„Datenbasierte Ansätze und Dialog mit Fachexperten verknüpfen“

Interview mit Dr. Thilo Grüning, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Herr Dr. Grüning, Sie haben die Leitung des IQTIG in einer Phase übernommen, in der Krankenhäuser umfassende Veränderungen bewältigen müssen. Was sind Ihre Ziele, welche Impulse wollen Sie im neuen Amt geben?

Das Institut wird sich für die Zukunft strategisch und inhaltlich neu aufstellen. Wir wollen uns stärker am eigentlichen Zweck des Instituts orientieren: an der Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Das ist der Sinn unserer Arbeit. Alle Maßnahmen des IQTIG müssen beim Patienten ankommen und zu einer tatsächlichen Qualitätsverbesserung führen. An diesem Ziel müssen wir uns orientieren. Um das zu erreichen, haben wir uns Schwerpunkte und strategische Ziele gesetzt: die Steigerung der Wirksamkeit der QS, die Integration von indikatorenbasierten mit expertenbasierten Ansätzen, die stärkere Einbeziehung der Patientenperspektive, eine umfassendere Qualitätstransparenz und die Evaluation der Wirksamkeit der Instrumente der Qualitätssicherung.

So wollen wir daten- bzw. indikatorenbasierte Ansätze der Qualitätssicherung stärker mit expertenbasierten Ansätzen verknüpfen: Dabei geht es darum, nicht mehr nur auf das Ergebnis eines einzelnen Qualitätsindikators Bezug zu nehmen, sondern die Qualität der Versorgung in einem Leistungsbereich als Ganzes zu betrachten – im Dialog mit Fachexperten. Auch die



Dr. Thilo Grüning leitet das IQTIG seit 1. Juli 2026. Er leitete die Abteilung Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und zuletzt den Geschäftsbereich „Qualität der Versorgung und Psychiatrie“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Dr. Grüning ist Facharzt für Anästhesiologie mit langjähriger klinischer Erfahrung in der Intensivmedizin und Transplantationsmedizin an der Charité und weiteren Kliniken in Deutschland und England, darunter acht Jahre als Chefarzt im Kollegialsystem an einer Universitätsklinik in London. *Foto: Simone M. Neumann.*

Patientenperspektive soll, etwa mit einer allgemeinen Patientenbefragung, ein größeres Gewicht bekommen.

Viele Klinikverantwortliche verbinden Qualitätssicherung zunächst mit Dokumentationsaufwand, Fristen und Rückmeldungen. Was entgegnen Sie dem Eindruck, dass die Bürokratie den tatsächlichen Nutzen für die Versorgung überlagert?

Für mich ist es wichtig, die Wirksamkeit der Instrumente und Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung zu steigern. Dazu gehört, auch die eingesetzten Ressourcen, insbesondere den Aufwand für die Leistungserbringer, zu betrachten. Wenn ein Instrument oder Verfahren wirksam die Qualität der Patientenversorgung verbessert, stellt es per definitionem keine Bürokratie dar. Aufwand und Nutzen müssen stets ins Verhältnis gesetzt werden.

Die inhaltliche Neuausrichtung des IQTIG bedeutet, dass wir uns nicht nur auf die Qualitätsmessung mit Daten fokussieren, sondern dass wir so lange am Ball bleiben, bis eine tatsächliche Verbesserung der Qualität erreicht wird. Zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes bieten beispielsweise auch Routinedaten der Krankenkassen oder Krebsregisterdaten viele Möglichkeiten. Die stärkere Einbindung dieser Daten in die Qualitätssicherung ist ohne zusätzlichen Aufwand bei den Leistungserbringern möglich. Eine wichtige Möglichkeit zum Abbau von Bürokratie wird auch das FDZ, das Forschungsdatenzentrum Gesundheit[1)], bieten. Die Zusammenarbeit mit dem FDZ ist für uns wichtig. Doch für die Qualitätssicherung benötigen wir andere Daten als in der Forschung. Da wird der Gesetzgeber noch nacharbeiten müssen. Wir müssen beispielsweise in der Lage sein, die Leistungserbringer bei Qualitätsdefiziten anzusprechen. Dafür muss bei Bedarf eine Depseudonymisierung von Leistungserbringern möglich sein.

Woran erkennen Sie eine gute Qualitätssicherung? Welche Kriterien muss ein Verfahren erfüllen, damit es für Krankenhäuser fachlich sinnvoll und im Alltag handhabbar ist?

Am Ende zählt das Ergebnis: Ein Verfahren der Qualitätsbeurteilung und -verbesserung muss einen Effekt auf die Qualität der Versorgung und damit auf die Gesundheit der Patienten haben - es muss beim Patienten ankommen. Dieser Effekt muss nachweisbar sein. Das ist allerdings nur zu erreichen, wenn die Instrumente und Verfahren der Qualitätsbeurteilung und -verbesserung auch von den Leistungserbringern akzeptiert werden, wenn also Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte im Krankenhaus das Gefühl haben, der Aufwand lohnt sich, das bringt etwas für meine Patienten. Dieser Effekt muss spürbar sein.

Sie kennen die Krankenhausbranche sehr gut. Welche Instrumente der QS wären für Kliniken akzeptabel?

Die Maßnahmen der Qualitätssicherung *dürfen den klinischen Ablauf nicht stören. Sie* müssen für Ärzte und Pflegefachkräfte im Klinikalltag handhabbar und in ihrem Nutzen, ihrer positiven Wirkung nachvollziehbar sein. Wir sehen, dass insbesondere Dialogverfahren in den Kliniken durchaus gut ankommen und geschätzt werden. Hier wird auf Augenhöhe mit Fachexperten über Verbesserungsmöglichkeiten und ihre Umsetzung im klinischen Alltag gesprochen. Expertenbasierte Verfahren können unmittelbar zu Verbesserungen führen und werden von den Beteiligten gut akzeptiert . Ganz ohne Dokumentation und Aufwand für die Leistungserbringer geht es nicht, aber ich bin überzeugt, dass er deutlich reduziert werden kann.

Im Rahmen der Krankenhausreform wird Strukturqualität zur Zulassungsvoraussetzung für Leistungsgruppen. Wann sind solche Vorgaben aus Ihrer Sicht ein wirksames Instrument für mehr Patientensicherheit – und wann drohen unerwünschte Folgen für die regionale Versorgung?

Strukturanforderungen der Leistungsgruppen sollten reine Mindeststrukturvoraussetzung sein, ohne die eine Leistung nicht erbracht werden kann. Die Anforderungen sollten jedoch auf keinen Fall als Ersatz für die bedarfsorientierte Planungsentscheidung über die Zuweisung der Leistungsgruppen zweckentfremdet werden. Aus meiner Sicht sind die Leistungsgruppen ein sinnvolles Instrument zur KH-Planung. Diese muss dann aber auch aktiv erfolgen, und zwar vor allem orientiert am Bedarf der Bevölkerung. Auch Qualität kann im Einzelfall, z.B. bei einer Auswahlentscheidung, eine Rolle spielen, aber es ist nicht sinnvoll, bundesweite Strukturanforderungen in den Leistungsgruppen als Ersatz für eine bedarfsorientierte Planung zu verwenden. Dann riskieren wir, dass die Leistungsgruppen nicht dort zugwiesen werden, wo sie gebraucht werden und in bestimmten Regionen eine notwendige medizinische Leistung möglicherweise nicht mehr angeboten wird. Erst nach der bedarfsorientierten Planung, wenn also die Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, müssen wir uns mit der Frage beschäftigen, welche Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung erforderlich sind, um den von der Gesellschaft erwarteten Qualitätsstandard und die Qualitätsziele, die wir in unserem Gesundheitssystem anstreben, zu erreichen.

Welche Auswirkungen hat die angestrebte Ambulantisierung im Gesundheitswesen auf die QS?

Die Ambulantisierung ist ein notwendiger Schritt. Sie muss aber gut begleitet sein, was die Qualitätssicherung betrifft. Die Ambulantisierung geht mit neuen Herausforderungen für die Qualitätssicherung einher, wenn etwa nach der sofortigen Entlassung aus dem Krankenhaus Komplikationen auftreten oder der Patient sich nicht allein versorgen kann. So entstehen Herausforderungen, die bei einem stationären Aufenthalt geregelt wären, im Rahmen der Ambulantisierung aber ein Risiko darstellen können.

Nicht zu unterschätzen sind auch mögliche technische Herausforderungen für die datengestützten Qualitätssicherung. Mit der Ambulantisierung stoßen die KIS-Systeme der Krankenhäuser zunehmend an strukturelle Grenzen.

Auch der Vergleich zwischen ambulanten und stationären Fällen wird ein großes Thema sein. Es sind zwei unterschiedliche Gruppen mit unterschiedlichen Risikoprofilen. Hier sind unterschiedliche Qualitätsergebnisse möglich. Das muss die Qualitätssicherung berücksichtigen.

Die meisten QS-Verfahren sind allein für Krankenhäuser relevant. Wie kann die Qualitätssicherung über Sektorengrenzen hinweg gesichert und organisiert werden?

Es gibt relativ viele Aktivitäten in dieser Richtung. Zu einem wird der vertragsärztliche Bereich zunehmend auch in diese Verfahren eingebunden – als Stichworte sind hier beispielsweise QS PCI und die ambulante Psychotherapie zu nennen. Auch was die Transparenz von Qualitätsergebnissen angeht, ist der vertragsärztliche Bereich gefordert: Eine Richtlinie des GBA, die QbT-RL, regelt detailliert die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen im vertragsärztlichen Bereich. Diese werden künftig in einem Internetportal abrufbar sein.

An den Schnittstellen der sektorenübergreifenden Verfahren gibt es spezielle Instrumente, die geeignet sind, solche Behandlungswege zu betrachten. Zum Beispiel Fallkonferenzen. Das Zusammenkommen von Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren oder auch aus zwei Krankenhäusern, die Qualitätsthemen besprechen, sind sehr geeignet, die Qualität zum Nutzen der Patientinnen und Patienten voranzubringen. In Netzwerkanalysen beispielsweise wird sektorenübergreifend entlang des Behandlungpfads gedacht. Wir blicken dann nicht auf das eine Krankenhaus, sondern auf drei oder vier, und auch auf ärztliche Praxen. Zentraler Fokus ist dann: Wie schafft es das Netzwerk von mehreren Leistungserbringern, die Patientinnen und Patienten gut zu versorgen und wie kann die Qualität verbessert werden?

Eine wichtige Schnittstelle im Fokus der Qualitätssicherung ist beispielsweise das Entlassmanagement. Das IQTIG wurde mit der Weiterentwicklung und Erprobung eines strukturierten Qualitätsprüfinstruments zur Bewertung des Entlassmanagements beauftragt.

Immer wieder, etwa im Rahmen des DKG-Krankenhausgipfels Ende September, wird eine stärkere Orientierung an der Ergebnisqualität statt an Strukturqualität gefordert. Was halten Sie davon?

Ergebnisqualität ist ein sehr wichtiger Parameter. Genau darum geht es ja: Der Patient, die Patientin soll wieder gesund werden, es geht um Wiederherstellung der Lebensqualität im Ergebnis der Behandlung. Wir haben bereits eine hohe Zahl von Indikatoren, die auf die Ergebnisqualität zielen. Die Kritik an Strukturvorgaben, die keinerlei Nutzen haben, ist nachvollziehbar. Auch für Strukturvorgaben müssen positive Effekte evident sein. Es muss wissenschaftlich geprüft werden, ob eine Vorgabe einen Nutzen hat und die Qualität voranbringt. Der GBA hat unlängst auf Initiative der DKG ein Modul für seine Verfahrensordnung auf den Weg gebracht, die bei Beschlüssen zu Strukturvorgaben eine gewisse Evidenzbasierung, also zumindest eine Prüfung auf Hinweise für positive Effekte auf die Qualität, voraussetzt. In diesem Modul ist anschließend die Abwägung positiver und negativer Wirkungen von Strukturvorgaben vorgesehen. Dennoch: Der Zusammenhang von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist unverändert gültig. Gute Strukturen und Prozesse sind Voraussetzung für gute Ergebnisse. Außerdem ist die faire Beurteilung der Ergebnisqualität eines Krankenhauses, z.B. durch die erforderliche Berücksichtigung des Risikoprofils der behandelten Patientinnen und Patienten, ganz besonders schwierig und erzeugt dann ebenfalls Aufwände.

Auch Patientenbefragungen sollen in diesem Zusammenhang eine größere Bedeutung zugewiesen werden.

Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und -verbesserung. Das ist einer unserer Schwerpunkte, die wir voranbringen wollen. Hier sind andere Länder und Gesundheitssysteme schon weiter als Deutschland. Wir wollen Instrumente entwickeln, die es den Leistungserbringern ermöglichen, mit den Ergebnissen der Patientenbefragungen besser umzugehen und nutzbringende Maßnahmen abzuleiten.

Wie sollten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität künftig zusammenspielen?

Sie spielen immer zusammen: Strukturen ermöglichen Prozesse, diese führen zu guten oder eben weniger guten Ergebnissen. Alle drei Dimensionen der Qualität sind in der Realität eng miteinander verknüpft. Das muss auch die Qualitätssicherung berücksichtigen. Wenn man Auffälligkeiten in der Ergebnisqualität sieht, dann müssen wir uns die zugrundeliegenden Strukturen und Prozesse ansehen. Gute Qualitätsbeurteilung und -verbesserung denkt alle drei Aspekte gleichzeitig und kann so wirksam zur Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung beitragen.

Anmerkungen

1) Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) wurde 2020 im Rahmen des Digitale-Versorgung-Gesetzes bzw. Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetzes beim BfArM eingerichtet. Es hat am 9. Oktober 2025 offiziell seinen Betrieb und die Eröffnung beim BfArM aufgenommen.

Das Gespräch führte Katrin Rüter, Chefredakteurin das Krankenhaus ■

Redaktionstelefon:
030 20847294-1/-2

Fax: 030 20847294-9