



# GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2014

## BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Robert Paquet

„Das neue Qualitätsinstitut – ein Institut macht noch keine Qualität“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 (Seite 58–75)

Robert Paquet

## **DAS NEUE QUALITÄTSINSTITUT – EIN INSTITUT MACHT NOCH KEINE QUALITÄT**

Die Diskussion um das Thema „Qualität in der Versorgung“ wird aktuell vor allem vor dem Hintergrund des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) gesundheitspolitisch aufmerksam verfolgt. Im ersten Halbjahr des Jahres 2014 wurde die Gründung des „Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ beschlossen. Grundlegende Ziele des Instituts sind die sektorenübergreifende Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen, die wissenschaftliche Evaluation ebendieser und die Verbesserung der Transparenz. Nach einem kurzen Rückblick auf die Entwicklungen in der Qualitätssicherung im Rahmen der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung werden Konzeption und Aufgaben des neuen Instituts dargestellt. Weiterhin stellt der Beitrag die Rahmenbedingungen vor, unter denen das geplante Institut seine sehr anspruchsvollen Aufgaben wahrnehmen muss. Eine Fülle von unterschiedlichen Erwartungen, die an das Institut gestellt werden, werden hierbei deutlich. Der Beitrag bewertet kritisch Möglichkeiten und Einschränkungen.

### Einleitung

Die Gesundheitspolitik hat sich für diese Wahlperiode das Schwerpunktthema „Qualität der Versorgung“ vorgenommen. Im Koalitionsvertrag wird im Gesundheitskapitel insgesamt 22-mal von Qualität gesprochen. Qualität soll sektorenübergreifend gesichert, wissenschaftlich evaluiert und für alle Beteiligten, insbesondere für die Patienten transparent gemacht werden. Auch die Gründung eines neuen Qualitätsinstituts wird im Koalitionsvertrag versprochen. Seine gesetzlichen Grundlagen wurden bereits im ersten Halbjahr 2014 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) geschaffen (Bundestag 2014a).

Neben den Veränderungen der Finanzverfassung der GKV ist das Institut das zentrale Projekt des GKV-FQWG. Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser Publikation beginnt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit seiner praktischen Umsetzung. Die wichtigsten Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens sind entweder direkt

beteiligt oder mindestens betroffen. Die konkreten Gestaltungsfragen sind von höchster Aktualität. An das Qualitätsinstitut knüpfen sich große Hoffnungen. Dieser Beitrag diskutiert, ob und wie weit sie eingelöst werden können.

### Qualitätsdebatte und Wettbewerb

Historisch war das Aufkommen der Qualitätsdiskussion über die Versorgungsleistungen der GKV eine Reaktion auf die Kostendämpfungsgesetze, mit denen das Gesundheitssystem seit Ende der 1970er Jahre in schneller Folge überzogen wurde. Mit der GKV-Enquête-Kommission wurde seit Ende der 1980er Jahre erstmals systematisch über Qualitätsprobleme der einzelnen Versorgungssektoren und ihrer patientenbezogenen Zusammenarbeit nachgedacht (GKV-Enquête 1990).

Durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20. Dezember 1988 erfolgten die ersten zaghaften und ausschließlich sektorbezogenen gesetzgeberischen Konsequenzen: Ein Abschnitt „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ (§§ 135 ff.) wurde im Rahmen der Kodifizierung der Krankenversicherung im neuen SGB V eingefügt. Die Vorschriften zur Qualitätssicherung wurden im Laufe der neunziger Jahre zwar angereichert, ein wesentlicher Fortschritt ergab sich jedoch erst mit dem Beginn der rot-grünen Koalition 1998. Das umfangreiche Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit 2000/2001 etablierte die Formel von der „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (SVR 2002). Konsens der Fachleute war: Das deutsche Gesundheitswesen hat seine Potenziale der Versorgungsqualität bisher nicht ausgeschöpft; das gilt nicht nur in Relation zu den eingesetzten Geldmitteln.

Mit der Gesundheitsreform 2000 und dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde der Versuch gemacht, den Wettbewerb der Krankenkassen für Qualitätsverbesserungen zu nutzen. Mit der Einführung selektivvertraglicher Möglichkeiten sollten die Krankenkassen zu einem Qualitätswettbewerb motiviert werden. Dazu sollten die ursprünglich wettbewerblich konzipierten Disease-Management-Programme und vor allem die neuen Verträge zur Integrierten Versorgung dienen. Sie sollten insbesondere zu einer besseren Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer beitragen.

In diesem Zusammenhang wurden jedoch auch Bedenken im Hinblick auf eine Gefährdung der Versorgungsqualität durch den zunehmenden Wettbewerb der Krankenkassen und der Leistungserbringer untereinander diskutiert (Paquet 2011: 23 ff.). Dabei wurden die Grenzen der sektorbezogenen Qualitätssicherungsbemühungen deutlich; eine durchgreifende Verbesserung der Versorgungsergebnisse im Sinne patientenorientierter Endpunkte wurde von der Politik vor allem durch eine sektorübergreifende Zusammenarbeit erwartet. Dem entsprach der nächste Schritt der Gesetzgebung.

Einen wesentlichen Fortschritt brachte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007, das den G-BA in § 137 zur Entwicklung „sektorenübergreifender“ Richtlinien zur Qualitätssicherung verpflichtete und mit dem neuen § 137 a eine Institution etablierte, die mit der „Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend“ beauftragt werden sollte.

Die Qualitätsdiskussion ist daher auch ein Kind des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Zur Frage allerdings, wie eine Steigerung der Qualität erreicht werden soll, gingen (und gehen) die Meinungen auseinander. Zu viele (sektorspezifische) Gruppeninteressen sind berührt. Die Beharrungskräfte im Gesundheitswesen haben bis heute einen wesentlichen Fortschritt für sektorenübergreifende Vertragsinitiativen und eine Erweiterung der rechtlichen Möglichkeiten dafür verhindert (eine ausführlichere Darstellung der historischen Entwicklung findet sich bei Jacobs und Rebscher 2014). Mit dem Qualitätsinstitut will die neue Bundesregierung nun den Druck auf die Akteure im Gesundheitswesen verstärken, ernsthafte Schritte zu (sektorenübergreifenden) Qualitätsverbesserungen zu unternehmen.

### Vorgeschichte und Motivation der Politik

Das „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“, wie es offiziell heißt, wird in einer Neufassung des § 137 a SGB V konzipiert. Sie ersetzt die bisherige Regelung einer „fachlich unabhängigen Institution“, die im Auftrag des G-BA die Versorgungsqualität analysieren und sich „an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ beteiligen soll. In der Begründung des GKV-FQWG wird erklärt, dass diese (bisherige) Institution „im Rahmen eines europaweiten

Vergabeverfahrens zeitlich befristet beauftragt“ wurde. Es habe sich gezeigt, dass „das in regelmäßigen Abständen erforderliche europaweite Ausschreibungsverfahren umfangreiche Arbeitskapazitäten des G-BA und der in ihm tätigen Institutionen blockiert. Auch erfordert dies in der Regel eine längerfristige Planung der zu übertragenden Aufgaben an die Institution, wodurch die Flexibilität bei der Gestaltung der Qualitätssicherung und die Orientierung an aktuellen Herausforderungen beeinträchtigt werden.“ Hinzu komme, „dass mit jeder Neubeauftragung entwickelte Kompetenzen und Verfahrensmodalitäten zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer verloren gehen“. Notwendig sei daher eine dauerhafte und verlässliche Unterstützung des G-BA durch ein unabhängiges Qualitätsinstitut (Bundestag 2014a: 29).

Dahinter steht die Erfahrung, dass bis zum 31. Dezember 2009 das Düsseldorfer BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit (ursprünglich Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) im Auftrag des G-BA verantwortlich für die datengestützte externe Qualitätssicherung in den Krankenhäusern war. Diese Aufgabe ging mit dem Jahreswechsel auf das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) über. Zu diesem Zeitpunkt wurde das AQUA-Institut vom G-BA mit dem Aufbau der bundesweiten und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gemäß § 137 a SGB V beauftragt. Dieser Wechsel der Zuständigkeiten war wegen der Know-how-Verluste und der organisatorischen Umstellung nicht einfach zu verkraften und führte zu Verzögerungen bei der Bearbeitung der Aufträge.

Außerdem zeigte sich, dass der G-BA dem Institut im gegebenen rechtlichen Rahmen nur sehr kleinteilige Aufträge erteilen konnte. Veränderungen in der Konzeption von Vorhaben, selbst wenn sie sich nur aus forschungspraktischen Entwicklungen ergaben, musste er in seinem aufwendigen Beschlussverfahren genehmigen. Praktisch jede Datenbereitstellung hat ein erneutes Antragsverfahren ausgelöst. Dass mit diesem umständlichen Prozedere die Erwartungen an schnelle Fortschritte bei der sektorenübergreifenden Qualitätsbewertung nicht eingelöst werden konnten, liegt auf der Hand.

Die im § 137 a Absatz 1 Satz 3 (alte Fassung) gesetzte Vorgabe, dass „bereits existierende Einrichtungen“ genutzt und gegebenenfalls in ihrer „Organisationsstruktur“ den Aufgaben des Instituts angepasst werden sollten, hat sich damit als gut gemeint, aber praxisfern erwiesen. Ohne dass dies dem gegenwärtig vom G-BA beauftragten AQUA-Institut zum Vorwurf gemacht werden könnte, gab es eine wachsende Unzufriedenheit der Politik mit dem schleppenden Verfahren. Durch die gesamte Konstruktion konnten immer wieder methodische und datenschutzrechtliche Fragen politisch funktionalisiert werden. Die den G-BA tragenden Institutionen hatten damit die Möglichkeit, die Arbeit des Instituts im Sinne ihrer sektorspezifischen Interessen zu beeinflussen sowie teilweise auszubremsen und haben diese auch genutzt.

Es ist zwar durchaus offen, ob die neue Konstruktion für diese Probleme wirksam Abhilfe schafft, aber der erste Anlauf für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, der im Jahr 2007 begonnen worden war, erwies sich in den Augen der Politik nicht als Erfolgsmodell. Vor diesem Hintergrund kam es zur Formulierung im Koalitionsvertrag: „Die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Wir werden gesetzlich ein Institut begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.“ (Koalitionsvertrag 2013: 77).

## Konzeption und Aufgaben des Instituts

Die Politik drückte dann aufs Tempo: Schon in das GKV-FQWG, das – angesichts drohender Zusatzbeiträge – vor allem den Umbau des GKV-Finanzregimes vornehmen sollte, wurde der Auftrag an den G-BA aufgenommen, das Institut in Form einer Stiftung des privaten Rechts zu gründen. Mit dieser Rechtsform orientierte man sich am Vorbild des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (nach § 139 a SGB V). Dort habe sich diese Gestaltung – so die Gesetzesbegründung – bewährt; sie sichert beispielsweise die Unabhängigkeit und Rechtsfähigkeit des Instituts, andererseits gewährt sie unter anderem steuerliche Vorteile.

## Übersicht 1: Aufgaben des Qualitätsinstituts

Das Institut soll im Auftrag des G-BA an „Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen“ arbeiten. Dazu soll es insbesondere

1. möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet veröffentlichen,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darstellen und
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, entwickeln und die Öffentlichkeit verständlich über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel informieren.

Diese Aufgabenliste ist der Gesetzesbegründung zufolge nicht abschließend. Beispiele für Themen und Aufträge des AQUA-Instituts aus der Sitzung des G-BA vom 19. Juni 2014:

- Weiterentwicklung des Leistungsbereichs Herztransplantation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) (Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137 a SGB V)
- Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (Änderung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2015)
- Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen (Änderung der Beauftragung der Institution nach § 137 a SGB V)

- Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (Beauftragung der Institution nach § 137 a SGB V)
- Beauftragung der Institution nach § 137 a SGB V mit einer Konzeptskizze zu dem Thema Entlassungsmanagement
- Abnahme der Ergebnisse (der Institution nach § 137 a SGB V) zur Beauftragung „Vorbereitende Leistungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen im Rahmen des Qualitätssicherungs-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)“

Quelle: § 137 a – neu – SGB V und Tagesordnung des G-BA vom 19. Juni 2014

Die Aufgaben des Instituts sind in Übersicht 1 dargestellt. Die Punkte 1 bis 4 wurden dabei fast wörtlich aus der Aufgabenbeschreibung für die Institution nach § 137 a (alt) übernommen, allerdings ergänzt um die explizite Benennung der Patientenbefragungen zur zusätzlichen Gewinnung von ergebnisorientierten Eckpunkten der Versorgung. Mit den Punkten 5 bis 7 wurde der Aufgabenbereich des Instituts allerdings deutlich weiter gefasst als nach der bisherigen Regelung. Dabei ist die im vorletzten Punkt erwähnte Nutzung von „Sozialdaten“ besonders wichtig, die – so explizit im Gesetz – „dem Institut von den Krankenkassen“ nach § 299 Absatz 1 a SGB V „auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden“ müssen. Die Nutzung dieser Routinedaten (beispielsweise Abrechnungs- und Leistungsdaten) soll den Erkenntnisgewinn aus spezifischen Qualitätssicherungsdaten ergänzen. Die Bezugnahme auf Richtlinien des G-BA soll den kontinuierlichen Datenfluss von den Krankenkassen und den reibungslosen Aufbau eines sektorenübergreifenden Datenpools beim Qualitätsinstitut sichern. Angesichts der bisherigen Erfahrungen ist das eine wesentliche und Erfolg versprechende Neuerung.

Dass angesichts der verwirrenden Vielzahl der Zertifikate, Qualitätssiegel und Rankings im Gesundheitswesen eine Bewertung ihrer Aussagekraft erarbeitet werden soll, ist ein verständliches Anliegen. Ob es jedoch gelingt, „allgemeinverständlich über den Gehalt der Zertifikate zu informieren“ und damit eine „Hilfestellung für Patientinnen und Patienten bei der Beurteilung, welche Aussagen einer Zertifizierung in Bezug auf Qualität

entnommen und welche Schlüsse aus einem Zertifikat gerade nicht abgeleitet werden können“, zu geben, darf bezweifelt werden. Dieser in der Begründung des Gesetzes (Bundestag 2014a: 42) formulierte Anspruch ist sehr hoch. Nicht nur weil es nach aller Erfahrung schwierig ist, ein wissenschaftliches Institut gleichzeitig mit der populären Darstellung seiner Erkenntnisse zu betrauen. Sondern auch, weil es grundsätzlich problematisch ist, aus allgemeinen versorgungsepidemiologischen Erkenntnissen einen unmittelbaren Nutzen für Einzelfallentscheidungen von Patienten und Ärzten zu generieren. Der GKV-Spitzenverband warnte in seiner Stellungnahme außerdem vor rechtlichen Risiken: „Das Institut würde [...] zu einer übergeordneten Akkreditierungsstelle für in der Privatwirtschaft beziehungsweise auf dem Gesundheitsmarkt angebotene Zertifizierungen und Qualitätssiegel. Da zumeist belastbare wissenschaftliche Daten zu den einzelnen Zertifikaten fehlen, gibt es für eine methodisch belastbare Bewertung der Zertifikate nur unzureichende Grundlagen. Wettbewerbsrechtliche Risiken für die Arbeit des Instituts wären die Folge.“ (Ausschussdrucksache 18(14)0029(27.1) zur öffentlichen Anhörung am 21. Mai 2014 zum GKV-FQWG: S. 13).

Auch bei der Aufgabe, Übersichten über die Qualität von Krankenhäusern zu veröffentlichen, die „eine qualitätsorientierte Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten fördern“ sollen, wie es in der Begründung heißt (Bundestag 2014a: 41), wird dieselbe überzogene Erwartung geweckt. So möchte Gesundheitsminister Hermann Gröhe mit öffentlichen Klinikvergleichen eine „angemessene Fehlerkultur“ in deutschen Krankenhäusern durchsetzen. Das Qualitätsinstitut soll in diesem Sinne „verlässliche Kriterien für Klinik-Rankings im Internet entwickeln“ (DER SPIEGEL vom 2. Juni 2014: 69). Dem Bürger wird damit nahegelegt, ihm stünde mit dem Institut eine Art „Stiftung Warentest“ für die Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Verfügung. Die Idee wird erzeugt, dass er – ähnlich wie mit den FOCUS-Listen (Ärzte-Rankings) oder der Weißen Liste für die Krankenhäuser (Bertelsmann Stiftung mit Beteiligung des AOK-Bundesverbandes und der BARMER GEK) – unmittelbare Entscheidungshilfen für seine Arzt- oder Krankenhauswahl zur Verfügung gestellt bekommt. Es ist jedoch aus rechtlichen und tatsächlichen Gründen denkbar unwahrscheinlich, dass ein staatliches Institut – erst recht getragen von den öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die den G-BA bilden – einzelne Leistungsanbieter im Gesundheitswesen diskriminieren darf. Der andauernde

Streit um die Noten für stationäre Pflegeeinrichtungen vermittelt einen Eindruck von der mutmaßlichen Entwicklung des Problems.

Vielleicht deshalb hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in ihrer Stellungnahme zum GKV-FQWG nicht vehement gegen diese Regelung gewehrt. Wenn es nach der DKG geht, werden die Listen des Qualitätsinstituts etwa hinter die Weiße Liste zurückfallen. Denn die DKG hält alle diese von den Krankenkassen herausgegebenen Listen für voreingenommen und wettbewerbsverzerrend. Sie wünscht sich daher offiziell, dass sie komplett verschwinden und durch das hochstehende Produkt des Qualitätsinstituts ersetzt werden. Dessen Methodik und Maßstäbe kann die DKG als Mitglied des G-BA jedoch auf vielen Wegen beeinflussen. „Honi soit qui mal y pense“ („ein Schelm, wer Böses dabei denkt“).

Unabhängig von solchen Erwägungen haben die Einrichtung des Qualitätsinstituts und seine Aufgabenbeschreibung bei den wichtigsten Institutionen des Gesundheitswesens überwiegend Beifall gefunden. Wer könnte sich denn auch offen gegen mehr Qualitätssicherung aussprechen? So wurden unter anderem weitergehende Beteiligungsinteressen angemeldet. Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat – nachvollziehbar – unter Hinweis auf seine Finanzierungsbeteiligung über die Zuschläge auf die abgerechneten Krankenhausfälle eine Beteiligung im Vorstand und Stiftungsrat des neuen Instituts verlangt. Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer wollten ebenfalls im Vorstand der Stiftung vertreten sein. Auch die Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen hatten dasselbe Anliegen. Im Ergebnis liefen diese Forderungen jedoch ins Leere. Die einzige Änderung im parlamentarischen Verfahren gab es in Form der Präzisierung, dass die vom Institut zu entwickelnden Qualitätsindikatoren und die Krankenhaus-Vergleichslisten „risikoadjustiert“ sein sollen (Bundestag 2014b: 13 f.). Das hatte jedoch nur den Charakter einer Klarstellung, denn in der Begründung des Gesetzes war ohnehin eine Risikoadjustierung unterstellt worden.

Eine wichtige Bedeutung hat die Möglichkeit des Instituts, sich auch ohne Auftrag mit den vorgenannten Aufgaben zu befassen (sogenanntes „Selbstbefassungsrecht“ nach § 137 a – neu – Absatz 4). Dazu kann es bis zu zehn Prozent seiner Haushaltsmittel

einsetzen. Es muss zwar den Stiftungsvorstand davon informieren und ihm (und dem Bundesministerium für Gesundheit) die entsprechenden Ergebnisse vor der Veröffentlichung vorlegen. Das Recht, Qualitätssicherungsthemen aus eigener Initiative aufzugreifen und zu bearbeiten, ist jedoch nicht zu unterschätzen. Die Begründung des Gesetzes unterstreicht dabei: „Die Inhalte dieser Arbeit und die sich daraus ergebenden Ergebnisse sind allein vom Institut zu verantworten.“ (Bundestag 2014a: 42).

Um zu gewährleisten, dass das Institut methodisch die „maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt“, soll in der Stiftungssatzung ein Wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen eingerichtet werden, der das Institut in grundsätzlichen Fragen berät. Seine Mitglieder sollen auf Vorschlag der Institutsleitung einvernehmlich vom Vorstand der Stiftung bestellt werden. Der Beirat soll auch Vorschläge für die „Selbstbefassung“ des Instituts machen.

Für die Finanzierung des Instituts wird der Mechanismus vorgeschrieben, der bereits nach § 139 c SGB V für das IQWiG eingespielt ist. Dabei erfolgt die Mittelaufbringung hälftig durch Zuschläge auf die abgerechneten Krankenhausfälle und durch eine Anhebung der Vergütung für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Dieser Aufschlag erfolgt mit einem (geringen) Prozentsatz auf die Gesamtvergütung und wird über die Kassenärztlichen Vereinigungen an den G-BA weitergeleitet. Der G-BA regelt auch hier das Nähere insbesondere zur Höhe der finanziellen Leistungen sowie zum Verfahren der Mittelbereitstellung.

## Beteiligte

Die meisten der in Übersicht 2 gelisteten Institutionen wurden auch bisher schon in § 137 a (alt) Absatz 3 genannt. Dabei liegt auf der Hand, dass die den G-BA tragenden Einrichtungen an erster Stelle erwähnt werden. Neu ist jedoch, dass neben den wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch explizit das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung einbezogen wird. Es hat in den letzten Jahren gerade mit seinen Forderungen zur Ausweitung der Nutzung von GKV-Routinedaten für wissenschaftliche Zwecke Aufmerksamkeit erregt. Neu ist außerdem die Beteiligung von Vertretern der Gesundheitsministerkonferenz und der nachgeordneten Behörden des BMG.

## Übersicht 2: Beteiligte

An der Entwicklung der konkreten Untersuchungsthemen werden die folgenden Institutionen beteiligt:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV),
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,
7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.

Quelle: § 137 a – neu – SGB V

Der Gesetzesbegründung zufolge sollen die genannten Institutionen nicht nur Forschungsthemen vorschlagen, sondern auch in Arbeitsgruppen des Instituts mitarbeiten und seine Entwicklung durch Stellungnahmen begleiten. Für die Ausgestaltung dieser umfassenden Mitwirkung wird in der Begründung des Gesetzes die Erarbeitung eines Methodenpapiers empfohlen. Obwohl die Bundesländer – letztlich vergeblich – eine noch stärkere Beteiligung in Vorstand und Stiftungsrat des Instituts gefordert hatten (Bundesratsdrucksache 151/14(B) und Gegenäußerung der Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 18/1579), ist der staatliche Einfluss auf das Institut gewachsen. Die starke Stellung staatlicher Institutionen – in einem eigentlich für die gemeinsame

Selbstverwaltung arbeitenden Institut – wird auch dadurch unterstrichen, dass das BMG nach Absatz 4 der Vorschrift das Institut auch „unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen“ beauftragen kann, wenn es die Kosten übernimmt. Diese Regelung dürfte auf die Wahrnehmung zurückzuführen sein, dass sich die Akteure der Selbstverwaltung im G-BA gelegentlich bei heiklen Themen selbst blockieren. Die Politik könnte somit direkt auf die Kompetenzen des Instituts zugreifen.

Zur Sicherung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts (Absatz 9) soll der Stiftungsvorstand dafür sorgen, „dass Interessenkonflikte bei allen in die Institutsarbeit einbezogenen Personen und Institutionen vermieden werden“. Umgesetzt werden soll diese Verpflichtung „zum Beispiel dadurch, dass der Stiftungsvorstand Fragebögen erstellt und Verfahrensregelungen erlässt, um Interessenkonflikte durch Arbeitsbeziehungen zu Industrie, Verbänden und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens abzufragen und transparent zu machen“ (Bundestag 2014a: 44). Das gilt auch für hinzugezogene externe Sachverständige. Mit dieser Regelung wird ebenfalls an das bewährte Verfahren beim IQWiG angeknüpft.

Schließlich ermöglicht Absatz 10 die Auswertung anonymisierter Daten durch „Dritte“, wenn diese ein berechtigtes Interesse an der Arbeit mit Qualitätssicherungsdaten nachweisen. Der Zugang soll dabei ausgesprochen liberal gehandhabt werden: „Ein solches berechtigtes Interesse kann insbesondere angenommen werden, wenn keine überwiegenden öffentlichen Interessen entgegenstehen“ (Bundestag 2014a: 44). Das Nähere dazu soll der G-BA in seiner Verfahrensordnung regeln.

Die Ernsthaftigkeit, mit der die Politik das Thema verfolgt, und die Dringlichkeit, die sie für dieses Anliegen empfindet, kommen in dem vorgezogenen Inkrafttreten der Regelungen zum Qualitätsinstitut „am Tag nach der Verkündung“ des Gesetzes zum Ausdruck. Damit soll dem G-BA die Möglichkeit gegeben werden, mit der Vorbereitung zur Stiftungsgründung unverzüglich zu beginnen.

## Grundlegende Widersprüche

Die Politik bewegt sich in der Qualitätsdiskussion in einem grundlegenden Widerspruch. Es ist nur zu offensichtlich, dass die Versorgungsqualität in allen Bereichen unterschiedlich ist und daher Verbesserungsbedarf besteht. Dabei gibt es grundsätzlich zwei Wege, um solche Verbesserungen zu erreichen: Entweder durch korporatistische Bemühungen im Rahmen des bestehenden Institutionengefüges oder durch wettbewerbliche Aktivitäten, die sich von den traditionellen Institutionen lösen. Ersteres ist langwierig und mühsam, zum Zweiten fehlt der Politik, jedenfalls im Sinne eines entschiedenen Handelns, der Mut. So war das Verhältnis der Politik zum Wettbewerb schon immer ambivalent, ihre Zustimmung zu Selektivverträgen nur „*nolens volens*“ (Paquet 2011; Jacobs und Rebscher 2014).

Der politische Kompromiss ist, wenig überraschend, beides gleichzeitig zu tun. Die Trägerschaft des G-BA für das Institut legt einerseits nahe, dass doch wieder die sektororientierten Bemühungen im Vordergrund stehen. Der G-BA steht als „Ständekammer“ des Gesundheitswesens für die Verfestigung der sektoralen Sonderinteressen. In diesem Sinne könnte man zugespitzt fragen, ob mit der Trägerschaft durch den G-BA nicht „der Bock zum Gärtner gemacht wird“. Andererseits soll das Institut eine Vergleichsliste für die Krankenhausqualität liefern, die den Wettbewerb der Leistungserbringer forciert und eindeutig Gewinner und Verlierer bestimmen soll.

Damit kommt man zu einer weiteren generellen Problematik. Ein korporatistisch gestaltetes Gesundheitssystem, mit der Zulassung von niedergelassenen Ärzten und einer Bedarfs-Planung für Krankenhäuser, geht von der Fiktion aus, dass alle zugelassenen Einrichtungen bedarfsgerecht sind und im Prinzip die gleiche Qualität bieten. Schon die (wissenschaftliche) Offenlegung von Qualitätsunterschieden schafft daher eine heikle Situation für die korporativen Akteure. Insbesondere bei der Evidenz schlechter Qualität wären sie gezwungen, direkte Maßnahmen zu ergreifen und gegebenenfalls für das Ausscheiden der betreffenden Einrichtungen aus dem Markt beziehungsweise aus dem Kollektivvertrag zu sorgen. Damit sind aber sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländer überfordert.

Das zeigt sich auch bei allen wettbewerblichen Angeboten: Sie dokumentieren und erzeugen Unterschiede in der Versorgungsqualität; das ist gerade Sinn dieser Veranstaltung. Ohne solche Unterschiede gäbe es nur einen reinen (jedoch sinnlosen) Preiswettbewerb bei einem (idealerweise) „homogenen Produkt“. Hinzu kommt für die Politik das Gleichheitsgebot beim Leistungsanspruch in der GKV. Die Politik hat daher immer wieder Bedenken, ob wettbewerbliche Unterschiede nicht gegen dieses Gebot verstoßen. Sie tabuisiert folglich, dass es im Wettbewerb „Verlierer“ geben muss (Bode et al. 2013).

Dass das Qualitätsinstitut oder überhaupt „die Wissenschaft“ diese Widersprüche auflösen kann, ist offenbar die vage Hoffnung der Koalitionspolitiker. Trotzdem werden sie allein mit den neuen Qualitätsinformationen keine echten Konsequenzen erzeugen. Sie müssen vielmehr den Mut aufbringen, weit darüber hinausgehende, ordnungspolitisch mutige Entscheidungen zu treffen (etwa „Mindestmengen“ oder bestimmte Qualitätsmerkmale als verpflichtende Parameter der Krankenhaus-Bedarfsplanung einzuführen). Die Entscheidung zwischen einer staatlich-regulativen oder wettbewerblichen Steuerung des Gesundheitswesens steht daher nach wie vor im Raum.

## Zusammenfassende Bewertung und weitere kritische Punkte

Neben der beschriebenen Grundsatzproblematik wird das neue Qualitätsinstitut vor allem mit den folgenden Problemen zu kämpfen haben:

### Erwartungsmanagement 1

Durch die Bemühungen der Koalitionspolitiker und insbesondere durch Minister Gröhe, das GKV-FQWG populär zu machen, sind die Erwartungen an das Institut ungebürlich gewachsen. Vor allem sind die Krankenhaus-Vergleichslisten mit einem angeblich unmittelbaren Nutzen für die einzelnen Patienten in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Abgesehen von dem übermäßigen Optimismus, dass dies schnell geleistet werden kann, ist zu hoffen, dass sich das Institut nach und nach auf seine ursprüngliche Kernaufgabe konzentriert, nämlich auf die einrichtungs- und sektorübergreifende Analyse von Versorgungsprozessen im Sinne patientenorientierter Qualitätssicherung. Immerhin haben vor der Wahl noch alle Parteien diesen Aspekt als besonders wichtig herausgestellt.

## Erwartungsmanagement 2

Der Politik kann es gar nicht schnell genug gehen. Der Aufbau einer neuen Institution mit ihrem Stiftungsunterbau wird jedoch einige Zeit dauern. Auch die Bestellung des Personals wird nicht einfach sein, wenn es nicht zu einer Übernahme des AQUA-Instituts en bloc kommt. Die wichtigste Personalfrage ist die der Institutsleitung. Davon hängt nicht zuletzt die Gewinnung aller anderen wissenschaftlichen Mitarbeiter ab. Wenn das Institut schon im Jahr 2016 erste Ergebnisse liefern könnte, wäre das ein Rekord in Sachen Aufbauleistung. Das heißt jedoch noch lange nicht, dass sich damit auch schon die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern würde. Das erfordert harte und unpopuläre Entscheidungen auf Basis der neu gewonnenen Evidenz. Das Gesundheitssystem ist komplex und verändert sich nur langsam und in kleinen Schritten. Die Gründung des Instituts ist daher noch keineswegs der „Quantensprung bei der Verbesserung der Qualität der Versorgung“ in Deutschland, wie es Karl Lauterbach in seinem Debattenbeitrag zur Ersten Lesung des GKV-FQWG am 9. Mai 2014 im Deutschen Bundestag formulierte (Schütze-Brief vom 15. Mai 2014).

## Verhältnis zu anderen Institutionen

Bisher ungeklärt ist die Aufgabenteilung und Abgrenzung zu anderen Einrichtungen, die sich ebenfalls mit Qualitätsfragen im Gesundheitswesen beschäftigen. Das gilt insbesondere für das IQWiG und den Sachverständigenrat Gesundheit.

## Widersprüchlichkeit der Aufgaben

Einerseits soll das Institut für wissenschaftliche Evidenz sorgen. Andererseits patientenkompatible Informationen bereitstellen. Diese Doppelrolle zwischen einer Art NICE (National Institute for Clinical Excellence, dem englischen Qualitätsinstitut für den NHS) und einer „Stiftung Warentest“ ist nicht einfach zu spielen. Schon beim IQWiG wurden beide Aufgaben angestrebt, aber zumindest die Patienteninformation hat es nicht bis ins Bewusstsein der Öffentlichkeit geschafft.

## Viele Köche

Schon nach der gesetzlichen Konstruktion des Instituts sind viele beteiligt und werden gehört. Viele weitere, namentlich die Bundesländer, wollen stärker beteiligt werden.

Auch wenn sie keine direkte Vetokompetenz haben, könnte ihr Einfluss die fachlich-politische Unabhängigkeit und wissenschaftliche Kreativität gefährden. Auch die „Selbstbefassung“ des Instituts bietet zwar gewisse Möglichkeiten, hat aber enge Grenzen. Es hängt wohl vor allem von der Persönlichkeit des künftigen Leiters ab, ob er dem Institut die nötigen Spielräume für ein eigenes Profil verschaffen kann. Er muss in dem verminten Feld der „Qualität“ bereit sein, auch Konflikte (etwa gegen die Bänke des G-BA oder das BMG) durchzustehen. Außerdem muss er schon für die Aufbauphase unabhängige und kritische Geister mit Spitzenqualifikation (aber voraussichtlich zu bescheidenen Wissenschaftler-Gehältern) anziehen.

## Ausblick

Die größte Hypothek des Qualitätsinstituts sind die überbordenden und zum Teil fehlgeleiteten Erwartungen, die die Politik – öffentlich verkündet – hegt. Sie könnten bei allen Beteiligten schnell zu Enttäuschungen führen. Die disparate Interessenlage der Träger des Instituts wird jedenfalls dazu beitragen, dass es seinen Auftrag nur in kleinen Schritten erfüllen kann. Das muss jedoch nicht schlecht sein. Die Unparteiischen im G-BA sollten darauf achten, dass es vor allem die sektorübergreifenden Qualitätsfragen bearbeitet und nicht auf das Strohfeuer oberflächlicher Rankings setzt. Auch der GKV-Spitzenverband sollte ein genuines Interesse an Fortschritten bei der sektorübergreifenden Qualitätssicherung haben.

Wissenschaftliche Arbeit lebt nicht von Schnellschüssen. Wenn es die Politik mit dem Qualitätsthema ernst meint, sollte sie sich in Geduld fassen und akzeptieren, dass solider Erkenntnisgewinn zunächst ein ruhiges Fahrwasser braucht. Die Aufgabenbeschreibung des Instituts und sein gesicherter Datenzugang bieten dafür gute Voraussetzungen. So ist dem Qualitätsinstitut zu wünschen, dass es seine Aufbauarbeit nicht im grellsten Scheinwerferlicht bewältigen muss.

## Literatur

Bode, I., J. Lange und M. Märker (2013): Qualitätsagenda im Krankenhauswesen. Eine diffuse Agenda und reichlich Ambivalenz. In: Sozialer Fortschritt (62) 12.

- Bundesrat (2014): Stellungnahme des Bundesrates - Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). Drucksache 151/14. Bundestag (2014a): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). Bundestagsdrucksache 18/1307.
- Bundestag (2014b): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 18/1307. Bundestagsdrucksache 18/1657.
- Bundestag (2014c): Unterrichtung durch die Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) - Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung. Drucksache 18/1579.
- GKV-Enquête (1990): Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“: Endbericht. Band 1. Deutscher Bundestag. Bonn.
- Jacobs, K. und H. Rebscher (2014): Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: D. Cassel et al. (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Grundprinzipien, Reformbaustellen und Perspektiven. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg.
- Koalitionsvertrag (2013): Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode vom 27. November 2013.
- Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge: Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- SVR (2002): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, drei Bände. Baden-Baden.