

*Doris Pfeiffer*

## **Herausforderungen an ein qualitätsorientiertes Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes**

### **Zusammenfassung**

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kann das Jahr 2009 zu Recht als historischer Wendepunkt in ihrer bisherigen Entwicklung betrachtet werden. Insbesondere die Einführung des Gesundheitsfonds mit einem bundeseinheitlich vorgegebenen allgemeinen Beitragssatz und die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wird die Kassenlandschaft nachhaltig verändern. Diese Regelungen sind integraler Bestandteil der Finanzierungsreform des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)<sup>1</sup>. Neben der Finanzreform sieht dieses Gesetz jedoch auch eine – von der Öffentlichkeit eher unbemerkte – Organisationsreform vor, die ebenfalls tiefgreifende Änderungen der bisherigen Organisationsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen bewirken wird. Im Mittelpunkt dieser Veränderungen steht die Errichtung des GKV-Spitzenverbandes als Verband für alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Ihm fällt die Aufgabe zu, in einem neuen ordnungspolitischen Gefüge die Rahmenbedingungen für die Versorgung, die Finanzierung und die Qualität in der GKV zu gestalten.

### **1 Der GKV-Spitzenverband**

Die Errichtung des GKV-Spitzenverbandes ist als ein zentraler Umsetzungsschritt der ordnungspolitischen Leitvorstellung, einen stärkeren Konzentrationsprozess auf dem Krankenkassenmarkt insgesamt herbeizuführen, zu verstehen. Erklärter Wille des Gesetzgebers ist es, durch die Organisationsreform die traditionelle Gliederung der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten zu überwinden und kassenartenübergreifende Vereinigungen bzw. Fusionen von Kran-

---

<sup>1</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007

kenkassen voranzutreiben<sup>2</sup>. Dies betrifft die Ebene der Einzelkasse ebenso wie deren übergeordneten Verbandsstrukturen. Die Funktion der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen, die meist als Körperschaften des öffentlichen Rechts – jeweils für ihre Kassenart – nicht nur Lobbytätigkeiten, sondern auch im Sinne mittelbarer Staatsverwaltung gesetzliche Aufgaben erfüllt haben, wurde dem GKV-Spitzenverband als Dachorganisation aller gesetzlichen Krankenkassen übertragen.

Seit dem 1. Juli 2008 vertritt der GKV-Spitzenverband als Verband aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auch die Interessen der 70 Millionen Versicherten und Patienten und deren Arbeitgebern auf Bundesebene gegenüber Politik, Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern, sowie Medien. Darüber hinaus ist er Träger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes. Die bislang selbstständige Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) wurde zum 1. Juli 2008 in die Organisationsstruktur des neuen Verbandes eingegliedert. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben auf Bundesebene für die Kranken- und Pflegekassen. Der umfassende Arbeitskatalog zählt derzeit über 160 verschiedene gesetzliche Aufgaben.

Zu den zentralen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes gehört es, das Kollektivvertragsrecht der GKV zu gestalten. Im Kern sind das die Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Der GKV-Spitzenverband bestimmt Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel und setzt Höchstbeträge für Arzneimittel fest. Er macht Vorgaben für die Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene und unterstützt die Krankenkassen und deren Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, wie der Sicherung des elektronischen Datenaustauschs. Zur umfangreichen Aufgabenliste gehören zudem die Aufgaben als Spitzenverband der Pflegekassen, die Definition von Grundsätzen zur Prävention und Rehabilitation sowie die Entscheidungen über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung.

Die Bandbreite der unterschiedlichen Aufgaben verdeutlicht die unten stehende Tabelle.

---

<sup>2</sup> Begründet wird diese Fusionsoption über die Kassenartengrenzen hinweg mit der notwendigen Beschleunigung des Prozesses der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten. Die Begründung für diese organisationsrechtliche Änderung kann durchaus kritisch hinterfragt werden. Ob die Kassengröße letztendlich entscheidend ist, um den erhöhten Anforderungen eines stärkeren individuellen Vertragswettbewerbs oder der wirtschaftlicheren Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden, ist bislang für die gesetzlichen Krankenkassen noch nicht nachgewiesen worden. Ggf. ließe sich die notwendige Größe für ein wettbewerbs- und leistungsfähigeres Handeln durch vertraglich abgesichertes gemeinsames Handeln ebenso erreichen, wie die Gründung zahlreicher Servicegesellschaften durch gesetzliche Krankenkassen in jüngster Zeit vermuten lässt.

*Tabelle 1:* Übersicht über ausgewählte Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

Gestaltung der Versorgung	Interessenvertretung	Finanzen und Datenmanagement
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung der Versorgung im Gemeinsamen Bundesausschuss</li> <li>• Vergütungsvereinbarungen für den stationären Sektor (Fortentwicklung DRG, Kodierrichtlinien)</li> <li>• Vergütungsvereinbarungen für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte</li> <li>• Fest- bzw. Höchstbeträge und weitere Rahmenvorgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel</li> <li>• Grundsätze der Prävention und Rehabilitation</li> <li>• Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung</li> <li>• Bildung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Begleitung von Gesetzgebungsverfahren und Politikberatung</li> <li>• Vertretung der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss</li> <li>• Kommunikation mit Medien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitwirkung im GKV-Schätzerkreis</li> <li>• Festlegungen zur Beitragsbemessung, z. B. für freiwillig Versicherte</li> <li>• Datenbasis für den Risikostrukturausgleich</li> <li>• Meldewesen der amtlichen Statistiken (Datendefinition/-sammlung)</li> <li>• Telematik</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

### **Selbstverständnis und Rolle des GKV-Spitzenverbandes in einem wettbewerblichen und qualitätsorientierten Gesundheitswesen**

Auch wenn der GKV-Spitzenverband selbst keine wettbewerblichen Aufgaben wahrnimmt und in diesem Sinne wettbewerbsneutral ist, gehört es zu seinem Selbstverständnis, wettbewerbliche Freiräume für seine Mitgliedskassen zu schaffen. Wettbewerb ist dabei jedoch kein Wert an sich, sondern ein Mittel zu dem Zweck, die Versorgung der Versicherten kontinuierlich zu verbessern – sowohl im Hinblick auf die Qualität als auch im Hinblick auf die Effizienz der Versorgung. Die gesetzlich vorgeschriebene Wettbewerbskompetenz des GKV-Spitzenverbandes liegt in der Schaffung von Rahmenbedingungen bei der Versorgung, der Finanzierung und der Qualität im deutschen Gesundheitswesen. Diese nimmt er wahr in den oben beschriebenen Aufgabenfeldern sowie unter

anderem auch durch die Vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss oder die Trägerschaft des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes. Gleichzeitig sieht der GKV-Spitzenverband aber die Notwendigkeit, sich neben der Setzung und Einhaltung von hohen (Qualitäts-) Standards auch für Freiräume der Krankenkassen einzusetzen, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung von individualisierten Versorgungsangeboten als Reaktion auf sich stetig verändernde Versorgungsrealitäten ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband strebt daher einen Ordnungsrahmen an, der aus einem Mix von staatlichen Rahmenvorgaben, globalen Steuerungsanreizen durch die gemeinsame Selbstverwaltung und verstärkten individuellen Gestaltungsmöglichkeiten besteht. Die (gemeinsame) Selbstverwaltung muss einerseits Regelungskompetenzen (etwa im stationären Bereich) vom Staat übernehmen, andererseits Kompetenzen an die einzelnen Akteure (einzelne Krankenkassen, einzelne Leistungserbringer und Gruppen von Leistungserbringern) abgeben.

Die Herausforderung an ein qualitätsorientiertes Gesundheitswesen der Zukunft wird es daher aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sein, die Anreize für alle Akteure auf allen Ebenen so zu setzen, dass ein Wettbewerb um eine qualitätsorientierte und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung in Gang gesetzt wird.

Auf der Ebene der Krankenkasse bedeutet dies beispielsweise, dass neben zusätzlichen Möglichkeiten für Einzelverträge auch neue Tarifformen zugelassen werden. Die neuen Wahltarife gemäß § 53 SGB V sollen die Handlungsalternativen der gesetzlichen Krankenkassen erhöhen, um im Wettbewerb durch attraktive Tarife und Versorgungsformen die Versicherten an sich zu binden. Der Gesetzgeber gibt somit einen neuen Wettbewerbsrahmen für die gesetzlichen Krankenkassen vor, der einerseits die Aktionsmöglichkeiten für die einzelnen Krankenkassen erhöht, andererseits die Möglichkeit eröffnet, den schon bislang weitgehend einheitlich und gemeinsam verhandelten Kollektivvertrag konsequent um die Differenzierungsmöglichkeiten der Kassenarten zu bereinigen.

Dieser neue, wettbewerbsorientierte Ansatz wird im GKV-WSG allerdings nicht durchgängig umgesetzt. Während beispielsweise bei den Hilfsmitteln eine konsequente Selektivvertragslösung umgesetzt wird, bleibt die stationäre Versorgung ein wettbewerblischer Ausnahmbereich. Im Arzneimittelsektor findet sich ein Nebeneinander von einzelvertraglichen Rabattvertragsoptionen und kollektivvertraglichen Elementen wie Fest- und Höchstbeträge usw. Hier wird es Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes sein, einerseits die vorgesehenen gemeinsamen Steuerungselemente umzusetzen und andererseits den wettbewerblischen Lösungsansätzen den notwendigen Raum für eine sinnvolle Umsetzung zu geben. Es stellt sich also nicht die Frage des „entweder-oder“, sondern es sind Lösungskonzepte gefragt, welche die Synergieeffekte der beiden Vertragsbereiche erschließen. Im ambulanten ärztlichen Sektor werden hierfür beispielsweise

Lösungsansätze konzipiert, die für Verträge der Krankenkassen mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen die Bereinigung der Gesamtverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung für Projekte der integrierten Versorgung ermöglichen, da es sonst zu nicht gewünschten Doppelfinanzierungen kommen würde.

Der verbal propagierten Stärkung des Wettbewerbs laufen zwei Entscheidungen des Gesetzgebers bei der Gestaltung der ambulanten Versorgung entgegen und bleiben insoweit unverständlich. Gemeint sind die verbindliche Vorgabe für die Krankenkassen, Hausarztverträge mit bestimmten Gruppierungen abzuschließen, und die für die Krankenkassen verpflichtende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung durch die Neufassung des § 116b SGB V. So sehr die Schaffung neuer Vertragsmöglichkeiten für neue Versorgungsformen zu begrüßen ist, kann dies als Zwangsmaßnahme nicht erfolgreich sein. Die Forderung, dass sich Einzelverträge nach einer Übergangsphase aus sich heraus rechnen sollen, ist zwar wünschenswert, kann sich bei einer verbindlichen Vorgabe einer bestimmten Vertragsform aber nur noch schwerlich erfüllen. Auch die Entscheidung, die Möglichkeit zu einer Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen von der Willensbildung des staatlichen Landesplaners abhängig zu machen, führt in die Irre. Hier sind vielmehr individualisierte, vertragliche Lösungen von Krankenkassen mit ambulanten und stationären Leistungserbringern gefragt.

## **2 Herausforderungen an ein qualitätsorientiertes Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes**

Eine der zentralen Herausforderungen an ein qualitätsorientiertes Gesundheitssystem der Zukunft liegt darin, eine sinnvolle Balance aus staatlichen Rahmenvorgaben und individuellen Gestaltungsmöglichkeiten dauerhaft herzustellen bzw. zu erhalten. Hier bietet das selbstverwaltete Gesundheitssystem nach wie vor ein sinnvolles Organisationsprinzip.

Dass dieses Prinzip gut funktioniert, zeigt die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Während der Gesetzgeber den Rahmen vorgibt, ist es die Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung, diesen Rahmen auszufüllen und für die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu sorgen. Der G-BA ist durch den Gesetzgeber beauftragt, über den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten zu entscheiden. Diese Entscheidungen fallen erst nach vielschichtigen Prüfungsverfahren. Der G-BA wendet bei der Beurteilung der Studienlage die Methoden der evidenzbasierten Medizin an. Ziel ist es, eine bestmögliche Versorgung bei größtmöglicher Sicherheit und zu

einem bezahlbaren Preis zu erreichen. Denn ärztliche und zahnärztliche Leistungen dürfen zu Lasten der GKV nur erbracht werden, wenn sie die genannten Kriterien „diagnostischer und therapeutischer Nutzen“, „medizinische Notwendigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ erfüllen und der G-BA sie nach ihrer Bewertung empfiehlt (§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V). Der G-BA beauftragt bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von grundsätzlicher Bedeutung für die Versorgung – insbesondere bei sektorenübergreifend anwendbaren ärztlichen Methoden – in der Regel das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des Nutzens. Die Bewertung durch das IQWiG erfolgt nach der von ihm wissenschaftlich erarbeiteten Methodik, die den Verfahrensgang und die zu Beteiligten festlegt und nach einem breiten Diskurs veröffentlicht wird.

Auch die Strukturen des G-BA wurden im Zuge der Organisationsreform angepasst mit dem Ziel, eine Straffung der Entscheidungswege herbeizuführen sowie Handlungsblockaden durch eine zu stark ausgeprägte sektoral ausgerichtete Sichtweise zu vermeiden. So wurde weit mehr als bisher, eine konsequente Neuorientierung auf sektorenübergreifende Entscheidungsstrukturen vorgegeben.

Neben der Erhaltung und Weiterentwicklung solcher bereits institutionalisierter Wege und Strukturen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Überlegungen zu unterstützen, die die bereits bestehenden Qualitätsmanagementmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen sinnvoll fortentwickeln. Hier stellt sich die Frage, wie ein vernünftiges qualitätsbezogenes Anreizsystem aussehen kann, das zu einer tatsächlichen Verbesserung der Ergebnisqualität in der Versorgung führt. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang die Ansätze, entweder über immaterielle oder über unmittelbar finanzielle Anreize Qualitätsverbesserungen in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Der zweite Ansatz, über finanzielle Anreize Qualitätsverbesserungen zu erreichen, wird in den letzten Jahren vor allem in den USA und Großbritannien verfolgt. Durch unmittelbar finanzielle Anreize sollen die Leistungserbringer motiviert werden, die Qualität der Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Der Sachverständigenrat hat sich bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007<sup>3</sup> mit der so genannten qualitätsbezogenen Vergütung (pay for performance – P4P) befasst. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die qualitätsbezogene Vergütung grundsätzlich ein interessanter und zukunftsgerichteter Ansatz. Er macht allerdings nur dann Sinn, wenn er im Ergebnis nicht zu einer finanziellen Mehrbelastung des Gesamtsystems führt, sondern Kostenneutralität hergestellt werden kann. Überspitzt formuliert heißt das, wenn „gute Qualität“ besser vergütet wird, muss „schlechtere Qualität“ niedriger – oder im Extremfall gar nicht – vergütet werden. Voraussetzung hier-

---

<sup>3</sup> Sachverständigenrat (2007) Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“

für ist allerdings die Messbarkeit von „guter“ bzw. „schlechter“ Qualität<sup>4</sup>. Die Indikatorenbildung dürfte sich als äußerst schwierig gestalten. Angesichts der Komplexität eines solchen Vorhabens schließt sich der GKV-Spitzenverband daher der Empfehlung des Sachverständigenrates an, der eine schrittweise Einführung von Elementen dieser Vergütungsform in Pilotprojekten mit intensiver Evaluation vorschlägt.

Ein geglückter Ansatz für die Setzung von immateriellen Anreizen ist die aktuell vereinbarte „Schulnotensystematik für die Darstellung der Qualität in der Pflege“. So haben die Vertreter der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und der GKV-Spitzenverband Ende des letzten Jahres die Kriterien und die Bewertungssystematik zur Qualität der Pflegeheime sowie der ambulanten Pflege vereinbart. Die Prüfung wird in mehrere Qualitätsbereiche unterteilt, z. B. in Pflege und medizinische Versorgung sowie den Umgang mit demenzkranken Bewohnern. Ergänzt wird sie durch eine Befragung der Bewohner bzw. Kunden. Die Ergebnisse werden dann mit Schulnoten von sehr gut bis mangelhaft bewertet. Die Teilergebnisse fließen in eine Gesamtnote ein, wobei die Befragung der Bewohner bzw. Kunden separat in einer zweiten Gesamtnote berücksichtigt wird. Veröffentlicht werden diese künftig sowohl im Internet als auch an gut sichtbarer Stelle im Pflegeheim bzw. beim Pflegedienst. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich dann gezielt über pflegerelevante Kriterien im Internet und im Pflegeheim bzw. beim Pflegedienst informieren.

Die Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes über das Schulnotensystem in der Pflege hat in Deutschland durchaus pionierhaften Charakter und wurde daher in der Öffentlichkeit auch stark diskutiert. Festzuhalten bleibt, dass in keinem anderen Leistungsbereich bislang eine solche patientennahe Transparenz über ein Leistungsangebot erreicht werden konnte – zu groß war der Widerstand der Leistungsanbieter. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind aber gerade solche Weichenstellungen wichtig, die wettbewerbliche Anreize zur Steigerung der Versorgungsqualität erzeugen. Der GKV-Spitzenverband wird sich daher auch zukünftig dafür einsetzen, sinnvolle Rahmenbedingungen für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Versorgung in der GKV zu schaffen. Ziel muss es dabei sein, auf die unterschiedlichen Erfordernisse in geeigneter Art und Weise reagieren zu können, um starre Strukturen zu vermeiden und patientennahe Versorgungsangebote realisieren zu können.

---

<sup>4</sup> Die Kassenärztliche Bundesvereinigung setzt sich daher derzeit in dem Projekt der „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen – AQUIK“ umfassend vor allem mit der Frage der Indikatoren- und Kennzifferbildung auseinander.