

# dialoQ

das magazin

casusQuo

## DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN ISRAEL: 20

# Zwischen Bettenmangel und Big Data

**Frauen im Gesundheitswesen:** 04  
 „Haben Sie den Mut, sich zu engagieren!“

**10 Jahre PEPP** 08  
 Rückblick aus Sicht der Abrechnungsprüfung

**dialoQ im Gespräch mit Dieter Volpp,** 10  
*Vorstand BKK Würth*

**Wie immer ganz vorn mit dabei!** 25  
 casusQuo überzeugt auch im 4. BKK-Benchmark



**Im Gespräch mit Prof. Dr. Ullmann** 28  
 „Krankenkassen waren in der Pandemie eine wichtige Stütze für die Politik“



# Kassandrarufer der Krankenhäuser verhalten nicht

## LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

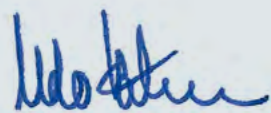
im Rahmen einer Online-Diskussion des GKV-Spitzenverbandes Mitte März dieses Jahres nahm BM Professor Karl Lauterbach unter anderem Stellung zu den Falschabrechnungen der Krankenhäuser und den erheblich eingeschränkten Prüfrechten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei verstieg sich unser gewöhnlich ja sehr gut informierter Bundesgesundheitsminister zu der Feststellung, die Prüfrechte seien vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie mit dem Ziel eingeschränkt worden, die Krankenhäuser vor einer Überlastung zu schützen. Nicht ganz, Herr Minister!

Denn tatsächlich hat sein Vorgänger ein MDK-Reformgesetz zum 1. Januar 2020 scharf geschaltet. Hierin war bereits die Einführung der Prüfquoten für den stationären Bereich enthalten. Mit der sich im Anschluss rasant entwickelnden Pandemie kam es zu einer weiteren Einschränkung der Prüfmöglichkeiten für die Kostenträger. Damit wurde, sogar politisch legitimiert, der Schlüssel zum Geldschrank der GKV faktisch an die Krankenhäuser durchgereicht.

Anstatt den Falschabrechnungen einen Riegel vorzuschieben, gehen der Solidargemeinschaft jetzt jährlich Beträge im mindestens dreistelligen Millionenbereich verloren. Das BMG hat den Kliniken sozusagen eine Blankovollmacht ausgestellt. Dabei wage ich zu bezweifeln, dass durch die – fraglos gut gemeinte – Entlastung des Medizincontrolling auch nur ein:e Patient:in schneller oder besser behandelt worden ist.

Die GKV muss sich nun wieder einmal die Frage stellen, weshalb es ihr nicht gelingt, ihre Kräfte zu bündeln, um den ewigen Kassandrarufern der DKG etwas entgegenzusetzen. Am fehlenden finanziellen Druck kann es nicht liegen. Und es mangelt ja auch nicht an guten, sogar für die breite Öffentlichkeit nachvollziehbaren Gründen. Wir bei casusQuo finden jedenfalls nach wie vor, dass es sich lohnt, gemeinsam an einem Strang zu ziehen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und freue mich auf Ihr Feedback.



Udo Halwe, Geschäftsführer casusQuo GmbH



Udo Halwe, Geschäftsführer casusQuo GmbH

## IMPRESSUM

**Herausgeber**  
casusQuo GmbH  
Udo Halwe (V.i.S.d.P.)  
Hildesheimer Straße 43  
30169 Hannover

**Konzeption & Gestaltung**  
Simone Rosenau  
Grafik & Design, Rinteln

**Druck**  
Joh. Dieckmann  
Druck & Verlag, Hannover

**Redaktion dieser Ausgabe**  
Claudia Schuh/zapato42  
(Leitende Redakteurin),  
Udo Halwe, Elke Lütke-meier,  
Aileen Müller, Dr. Petra Müller,  
Beate Rewerski. Die Redaktion  
erreichen Sie unter:  
dialoQ-redaktion@casusquo.de

**Anzeigen**  
Unsere aktuellen Media-  
daten erhalten Sie unter  
elke.luetkemeier@casusquo.de

**Produktionsleitung**  
Elke Lütke-meier

**Fotos**  
BKK Würth (Porträt Volpp),  
Salus BKK (Porträts Schrader),  
Andrew Ullmann, Jan von  
Allwörden (cheQpoint), Nina  
Weymann (Porträts Halwe,  
A. Müller, Taubert), Thilo Nass  
(Porträts Brockmeyer, Rewerski),  
Würth/Peter Petter (Schrauben),  
iStock, Adobe Stock, shutterstock

**Hinweis**  
Für unverlangt einge-  
sendete Manuskripte,  
Fotos oder Zeichnungen  
übernimmt die Redaktion  
keine Gewähr. Namentlich  
gekennzeichnete Beiträge  
geben nicht unbedingt die  
Meinung der Redaktion  
wieder. Die Redaktion be-  
hält sich die Bearbeitung  
der Manuskripte vor.

<b>FRAUEN im Gesundheitswesen</b> „Haben Sie den Mut, sich zu engagieren!“ Interview mit Ute Schrader, Vorständin der Salus BKK	<b>4</b>	<b>CORONA UND DIE KOSTEN</b>	<b>18</b>
<b>10 Jahre PEPP</b> Rückblick aus Sicht der Abrechnungsprüfung	<b>8</b>	<b>Das Gesundheitssystem in Israel:</b> Zwischen Bettenmangel und Big Data	<b>20</b>
dialoQ im Gespräch mit Dieter Volpp, Vorstand der BKK Würth	<b>10</b>	<b>WIE IMMER GANZ VORN MIT DABEI!</b> casusQuo überzeugt auch im 4. BKK-Benchmark	<b>25</b>
<b>SOLIDARITÄT mit der Ukraine</b>	<b>13</b>	Im dialoQ mit Michael Brockmeyer	<b>27</b>
<b>DAS ERÖRTERUNGSVERFAHREN -</b> ein Meilenstein mit Vor- und Nachteilen	<b>14</b>	<b>Im Gespräch mit Professor Dr. Ullmann</b> „Krankenkassen waren in der Pandemie eine wichtige Stütze für die Politik“	<b>28</b>
cheQPOINT Gemeinsam Zukunft gestalten	<b>16</b>	<b>„Neuer“ Kunde unter bekanntem Namen</b> Zur Fusion von energie-BKK und BKK RWE	<b>30</b>

Die Serie im dialoQ Magazin:

# FRAUEN

## im Gesundheitswesen



*Wenn wir uns als Gesellschaft zukunftsfähig aufstellen wollen, dann müssen wir in allen Lebensbereichen allen Menschen dieselben Chancen einräumen. Das gilt für Frauen und Männer natürlich ebenso wie für Menschen ohne binäre Geschlechtsidentität, es gilt für Menschen jeder Hautfarbe, für Vegetarier:innen wie Fleischesser:innen, Radfahrer:innen und Autofahrer:innen, Hindus, Christ:innen oder Muslime. Die Liste ließe sich endlos fortsetzen. Klar ist: Chancengleichheit ist ein Gebot der Stunde, auch und gerade im Gesundheitswesen. Wir haben mit Ute Schrader über das Verhältnis von Krankenkassen und Krankenhäusern und natürlich auch über Frauenförderung und Chancengleichheit gesprochen.*

## „HABEN SIE DEN MUT, SICH ZU ENGAGIEREN!“

Interview mit Ute Schrader, Vorstandin der Salus BKK

>> Guten Tag, Frau Schrader! Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für dieses Gespräch nehmen. Über zwei Themenkomplexe möchten wir mit Ihnen gern sprechen. Zum einen soll es um das Thema „Krankenhäuser – Partner:innen oder Gegner:innen der GKV?“ gehen. Und unser zweites Thema lautet „Frauen im Gesundheitswesen“.

Starten wir doch gleich mit dem ersten Thema: Wie ist das aus Ihrer Sicht mit den Krankenhäusern – sind sie Partner:innen oder Gegner:innen der GKV? War das schon immer so oder hat sich etwas verändert?

*Zu Beginn meines Berufslebens, in den 80er und 90er Jahren, habe ich für einen Grundversorger mit den örtlichen Krankenhäusern verhandelt. Damals habe ich diese Arbeit als Auftrag verstanden, die Versicherten mit qualitativ hochwertigen Leistungen zu versorgen und den Preis dafür fair und vernünftig mit den Kliniken auszuhandeln. Diese Haltung hat sich bei mir bis heute nicht verändert.*

*Was sich aber verändert hat, besonders mit der Einführung von DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten,*



### Salus BKK

Mit gutem Gefühl krankenversichert

*Kassen fungieren jetzt leider fast nur noch als Rechnungsprüfer:innen und nicht mehr als Verteidiger:innen von guten Leistungen und Vertragsoptimierungen im Sinne der Versicherten.*

*ist, dass eine unglaubliche Optimierung von Kosten vorgenommen wird. Das hat sich anfangs darin ausgedrückt, dass es enorm viele Kündigungen von Pflegepersonal gab. Dienstleistungen wie Küche oder Reinigung wurden ausgelagert – mit anderen Verträgen und kürzeren Kündigungsfristen. Die Krankenhäuser haben in der Folge die Dinge identifiziert, die Geld bringen. Klassische Operationen wie Hüfte, Knie und Schulter sind zum Beispiel gut abzurechnen und bedeuten nur eine kurze stationäre Verweildauer der Patient:innen. Darunter haben meiner Meinung nach die Dienstleistungsqualität und die pflegerische Versorgung in Krankenhäusern gelitten. Ich stelle immer mehr fest, dass das Verhältnis von Krankenkassen und Kliniken sich verschärft hat. Die*

*Insgesamt glaube ich, dass der Streit zwischen Kassen und Kliniken um die Optimierung der Kosten zumindest zum Teil auf dem Rücken der Patient:innen ausgetragen wird. Sie werden teilweise noch wund, gar „blutig“, oder mit nur wenigen Informationen für die weitere ambulante Behandlung entlassen. Das Entlassmanagement ist ausbaufähig. Diese Fälle haben zugenommen, wobei ich auch ganz klar sage, dass wir in Deutschland nach wie vor Spitzenmedizin in den Krankenhäusern haben. Wer schwer erkrankt ist, erhält in Deutschland – unabhängig von PKV oder GKV – eine gute Behandlung. Das durfte ich auch im privaten Umfeld schon erfahren und bin dafür sehr dankbar.*

**„WENN ICH EINEN WUNSCH FREI HÄTTE ...“**

>> Fortsetzung auf Seite 6

Wenn ich einen Wunsch frei hätte, würde ich sagen, dass man den Wert einer Behandlung so bemessen sollte, dass ein Krankenhaus wirtschaftlich arbeiten kann. So müsste es nicht zu unnötigen Operationen kommen, bevor konservative Behandlungen wie zum Beispiel Physiotherapie ausgeschöpft sind.

### „WIR SOLLTEN ÜBER QUALITÄT SPRECHEN.“

>> Können Sie konkrete Beispiele oder bestimmte Erfahrungen nennen, um das Verhältnis zwischen Kassen und Kliniken zu beschreiben?

Ich glaube, meine bisherigen Ausführungen treffen es schon ganz gut. Es findet meiner Meinung nach eine schleichende Entfremdung statt. Ohne Frage erkennen wir als Krankenkassen an, dass Krankenhäuser einen sehr wichtigen Beitrag zur Gesundheit leisten. Gerade die Notfallorganisation spielt eine enorme Rolle. In einem solchen Fall ist jede:r Versicherte auch dankbar für die Behandlung und Fürsorge. Dennoch hat die Zahl der Patient:innen, bei denen es Schwierigkeiten gibt, leider zugenommen. Und dabei geht es nicht um schlechtes Essen oder ein unbequemes Bett, sondern um die Qualität der medizinischen Behandlung. Hiervon sollte es so wenig Fälle wie möglich geben. Das verstehe ich als eine gemeinsame Aufgabe von Krankenhäusern und Krankenkassen.

>> Welche Lösungsansätze sehen Sie, um dauerhaft zu einer Kooperation zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Sinne der Versichertenversorgung zu gelangen? Verfolgen Sie in Ihrer Kasse konkrete Pläne dazu?

Der Lösungsansatz, den wir haben, ist, dass wir wieder anerkennen, dass beide

Partner:innen – Kassen und Kliniken – sich ausschließlich zum Wohle der Versicherten organisieren sollten. Dazu gehört, dass das Krankenhaus genug Ausstattung hat und genug Pflegepersonal da ist, das unter vernünftigen Bedingungen arbeiten kann, damit so wenig Fehler wie möglich passieren. Für mich ist es ein öffentliches Interesse, dass im Krankenhaus eine optimale Gesundheitsversorgung stattfindet: Was müssen wir tun, um eine gute Behandlung für die Versicherten sicherzustellen? Und wo müssen wir ambulante und stationäre Behandlung stärker miteinander verzahnen? Das halte ich für extrem wichtig.

Ja, die medizinische Leistung ist wichtig, aber die Pflege am Bett ist es auch. Gerade bei älteren, geriatrischen Patient:innen muss man einfach mehr anbieten. Dazu gehört auch, dass das Entlassmanagement seines Namens würdig ist. Dass man ältere, alleinstehende Menschen oder auch die unmittelbaren Angehörigen nicht einfach ihrem Schicksal überlässt, sondern dass sich alle Beteiligten – Krankenhäuser, Krankenkassen oder auch Sozialdienste – gemeinsam um die Patient:innen bemühen.

Es geht also darum, wieder den Menschen zu sehen und dafür zu sorgen, dass wir eine menschlich gute und hochwertige Behandlung gewährleisten können. Das sollte die Leitlinie für unsere Arbeit sein. Wir sollten über Qualität sprechen.

>> Nun zu unserem 2. Thema: Sind die Karrierechancen von Frauen im GKV-System – speziell in der BKK-Welt – Ihrer Einschätzung nach eher besser oder eher schlechter als in anderen Branchen?

Zunächst besagen die Regelungen für die Sozialversicherung ganz klar: wenn ein Vorstand durch Fusion oder Größe der Kasse einen zweiten Vorstand an die Seite bekommt, ist diese Position zwingend mit einer Frau zu besetzen.

Der Frauenanteil war vorher ja sehr klein, die Kompetenz der Frauen wurde stärker geprüft, als man dies bei einem männlichen Bewerber getan hätte. Heute besetzen immer mehr Kassen ihren Vorstand mit einer Frau, die Decke ist sozusagen durchlässig geworden. Dennoch gibt es nur sehr wenige weibliche Vorstandsvorsitzende. Ich glaube, dass es für viele Frauen noch ein Hemmnis ist, Kind und Karriere unter einen Hut zu bringen. Die Arbeit einer Vorständin endet nicht nach 8 Stunden, sondern hält einen oft länger im Büro und ist damit nicht unbedingt familienfreundlich. Daher ist es auch in unserer Branche nach wie vor schwer, mit Kind Karriere zu machen, wenn es um bestimmte Führungspositionen geht.

>> Mögen Sie über Ihre eigenen Erfahrungen (gute wie schlechte) als Frau in der GKV berichten? Kennen Sie weitere Beispiele, die Ihre Sicht auf das Thema illustrieren können?

Ich selbst bin sehr früh, mit 33 Jahren, in die Verantwortung gekommen. Das war anfangs schon etwas Besonderes. Nach einem Jahr war aber mein Geschlecht komplett unwichtig. Ich musste meine Arbeit machen und Ergebnisse bringen, das war das, was zählte. Vielleicht kam es mir zu Gute, dass ich mit 3 älteren Brüdern aufgewachsen bin. So habe ich früh gelernt, mich durchzusetzen und für mich einzustehen.

Meine Erfahrung ist aber auch, dass Frauen, wenn sie sich für etwas melden und Interesse zeigen, meist belohnt und

bestätigt werden. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass Vorschläge von Frauen in der Anfangszeit genauer geprüft werden, bis diese durch Leistung, Können oder Wissen überzeugt haben.

### „ES WÄRE STRÄFLICH, DAS GUTE KNOWHOW VON FRAUEN NICHT ZU NUTZEN.“

>> Welche Ansätze zur Förderung und Unterstützung von Frauenkarrieren verfolgen Sie in Ihrer Kasse? Mit welchem Erfolg?

Für mein Haus kann ich sagen, dass ich eine 50:50-Besetzung habe. Ich habe das auch immer gefördert. Gerade bei jungen Frauen, die schon in der Ausbil-

dung eine hohe Kompetenz bewiesen haben, bin ich immer diejenige gewesen, die sie zu Fortbildungen motiviert hat, weil ich Entwicklung wichtig finde. Eine gute Qualifikation – nicht nur in der Sozialversicherung – ist wichtig wie nie. Egal, ob bei Mann oder Frau.

Wir haben in unserem Haus fast 90 % weibliche Auszubildende und viele Frauen, denen wir auch durch Homeoffice ein familienfreundliches Arbeiten ermöglichen. Es werden zum Beispiel zwei Abteilungsleiterinnen, die in diesem Jahr aus ihrer Elternzeit wiederkommen, natürlich die Möglichkeit haben, ihren Job flexibel von zu Hause aus zu machen. Es wäre sträflich, deren gutes Knowhow nicht mehr zu nutzen und keine Arbeit mit Kind zu organisieren. Ich habe auch beide dazu ermutigt, ihren Weg weiter-

zugehen und beides, Kind und Karriere, zu versuchen. Ich bin sicher, wir werden das gemeinsam gut organisieren.

>> Haben wir etwas vergessen, das Sie unbedingt noch loswerden möchten?

Ja! Ich glaube, dass es für Frauen unendlich wichtig ist, sich ihrer Kompetenzen bewusst zu sein und sich auch etwas zu trauen. Das muss man Frauen leider immer wieder sagen: „Weisen Sie auf Ihre Kompetenz hin und fordern Sie Verantwortung auch ein! Haben Sie den Mut, sich zu engagieren – Kopf, Herz und Verstand sollten zusammengehen.“ Ich glaube, dass Frauen eine besondere Art und Weise besitzen, mit Menschen in Kontakt zu treten, und dass sie deshalb für Führungspositionen besonders geeignet sind.

## UTE SCHRADER

Ute Schrader ist seit 25 Jahren Vorständin der Salus BKK in Neu-Isenburg. Nach einer Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten sowie diversen Fortbildungen hat sie ein Studium zur Krankenkassenbetriebswirtin abgeschlossen. Ihre Berufserfahrungen führten sie in die Bereiche Budgetverhandlungen, Marketing und auch Personal, bevor sie 1997 Vorständin bei der Salus BKK wurde. Ute Schrader lebt mit ihrem Mann im Frankfurter Umland. In ihrer Freizeit liebt sie die Abwechslung: Hundespaziergänge in der Natur, Yogastunden und Besuche in der Oper machen ihr gleichermaßen Freude.



Salus BKK  
Mit gutem Gefühl krankenversichert

# 10 Jahre PEPP

## Rückblick aus Sicht der Abrechnungsprüfung



*Seit 2020 sind Krankenhäuser verpflichtet, ihre Leistungen nach PEPP, dem Pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik, abzurechnen. Das Budget wird dabei unter Berücksichtigung der krankenhausespezifischen Besonderheiten ermittelt. Da die Einführungsphase fast 10 Jahre lang war (erste Beschlüsse datieren aus 2009), hatten wir bei casusQuo ausreichend Zeit, uns auch unter dem Gesichtspunkt der Abrechnungsprüfung mit dem System vertraut zu machen.*

### Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik

#### Was ist anders?

Bei der Berechnung mit den Bundespflegesätzen wurde jeder Behandlungstag in der Klinik mit dem gleichen voll- bzw. teilstationären Basispflegesatz vergütet. Dasselbe galt für Behandlungstage in einer Fachabteilung – dort gab es einheitliche Abteilungspflegesätze. Die Pflegesätze waren unabhängig von den Diagnosen, Prozeduren, der Behandlungsschwere und der Verweildauer.

So war die Beurteilung der Verweildauer, wenn auch mit Blick auf die Schwere der Diagnosen, das einzige Instrument zur Steuerung psychiatrischer Fälle. Dies erfolgte häufig schon im laufenden Fall.

Seit dem Umstieg auf PEPP sind – ähnlich wie im DRG-Bereich – die Kodierungen der Diagnosen, Prozeduren, Therapieeinheiten und Zusatzentgelte (wie z.B. ergänzende Tagesentgelte) abrechnungsrelevant und damit auch maßgeblich für die Abrechnungsprüfung.

In den letzten Jahren kamen weitere Komponenten hinzu. Neue Versorgungsformen sollen primär der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker dienen, wie z.B. die stationsäquivalente Behandlung, eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Bereich oder das Modellvorhaben nach § 65b.

#### Was bedeutet das für die Abrechnungsprüfer:innen?

Wie im DRG-Bereich ist für die Prüfer:innen nun die Rechnungsstellung maßgeblich, also der Zeitpunkt, zu dem der Krankenhausaufenthalt beendet ist und das Klinikum die Abrechnung stellt. Erst wenn der Fall kodiert ist, kann auch die Verweildauer anhand der Diagnosen, Prozeduren, Zusatzentgelte und der daraus generierten PEPP beurteilt werden. Daher werden Prüfungen im laufenden Fall nun obsolet. Die Medizinischen Dienste (MD) haben ihre Arbeitsweise entsprechend angepasst.

Da das PEPP-System sich seit der Einführung jährlich weiterentwickelt (Bewertung der Diagnosen, Prozeduren, unbewertete Entgelte, ergänzende Tagesentgelte und Therapieeinheiten) und auch manche PEPP ganz neu bewertet werden, sind Jahreswechselschulungen auch für das Psych-Team bei casusQuo fest in der Routine verankert.



*„Die Umstellung hat sich gelohnt, denn PEPP bildet die Behandlung in der Psychiatrie viel besser ab als die Tagespflegesätze“, so Beate Rewerski aus dem Psych-Team von casusQuo. „So wird die Vergütung fairer, da sie mehr dem tatsächlichen Aufwand entspricht.“*

*Beate Rewerski*

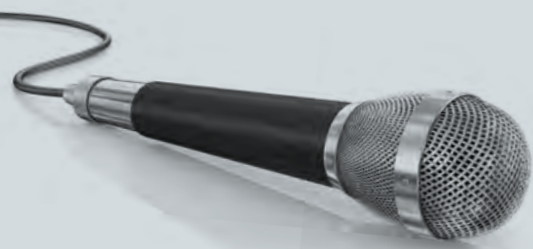


# dialoQ im Gespräch

mit Dieter Volpp,  
Vorstand der BKK Würth



## „Die Zusammenarbeit ist super gut!“



>> Guten Tag Herr Volpp! Vielen Dank zunächst, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen. Die BKK Würth lässt jetzt seit etwas mehr als einem Jahr ihre DRG-Rechnungen in den Leistungsmodulen CheQ und ambuCheQ von casusQuo prüfen. Deshalb möchten wir Sie zunächst ganz allgemein um Feedback bitten: wie zufrieden sind Sie mit unserer Dienstleistung und mit der Zusammenarbeit?

*Ich selbst habe im Tagesgeschäft relativ wenige Berührungspunkte mit casusQuo. Deshalb habe ich meinen Mitarbeiter Herrn Wiedmann dazu gefragt. Er ist bei uns im Haus für die*

*stationären Abrechnungen verantwortlich und ist deshalb auch derjenige, der am meisten mit casusQuo zu tun hat. Von ihm habe ich gehört: die Zusammenarbeit ist super gut! Besonders schätzt er, dass wir immer einen festen Ansprechpartner haben. Außerdem hebt er die gute Erreichbarkeit hervor und hat mir gesagt, dass alle Anfragen, die wir an casusQuo stellen, immer schnell beantwortet werden.*

*Aus meiner Perspektive möchte ich noch die gute Transparenz erwähnen. Gerade heute früh kamen wieder die Übersichten rein. Diese sind für uns sehr wertvoll, speziell wenn teure*

*Leistungsfälle drohen. Seitdem uns Krankenkassen von Herrn Spahn ein Gutteil des Vermögens abgeschöpft wurde und wir nicht mehr so hohe Rücklagen haben, ist es besonders wichtig, uns auf solche Situationen vorbereiten zu können. Aber auch die regelmäßigen Berichte sind für uns eine wichtige Quelle, um jederzeit den Überblick über unsere Zahlen zu haben.*

>> Vor der Zusammenarbeit mit casusQuo haben Sie Ihre Krankenhausrechnungen ja als Kasse selbst geprüft. Wie verlief der Übergang zum Outsourcing an casusQuo?

*Auch hierzu habe ich wieder Herrn Wiedmann gefragt. Er sagte mir, die Vorbereitung seitens casusQuo war sehr gut. Es gab einen guten, engen Austausch mit den Projektverantwortlichen bei casusQuo, und entsprechend niedrig war die Fehlerquote bei der Migration. Der Übergang lief also reibungslos.*

*Von meiner Seite aus kann ich auch Erfreuliches berichten: Wir mussten das Outsourcing ja beim BAS als unserer Aufsichtsbehörde anzeigen, und auch hier war die Unterstützung von casusQuo wirklich sehr gut. Für die geforderte Begründung des Outsourcings hat casusQuo uns eine sehr nützliche Vorlage zur Wirtschaftlichkeitsberechnung zur Verfügung gestellt, das hat uns die Arbeit wirklich erleichtert.*

**„... Gründe für den Wechsel: die Erfahrung und Kompetenz von casusQuo...“**

>> casusQuo ist dafür bekannt, dass wir das „Ohr am Kunden“ haben, deshalb fragen wir auch Sie: Welche Dienstleistung würden Sie sich von casusQuo noch wünschen? Was empfehlen Sie casusQuo, um sich im Markt zu behaupten und weiterzuentwickeln?

*Dazu kann ich noch nicht viel sagen, wir sind nach gerade einmal einem Jahr noch weit weg. Was ich aber sagen kann: Wir finden es gut, dass wir bei Rechtsstreitigkeiten die Unterstützung durch die casusQuo-Juristen haben, und das soll bitte unbedingt so bleiben. Denn speziell als kleine Krankenkasse haben wir dafür nicht die entsprechenden Kräfte im Haus. Das war übrigens auch einer der Gründe für den Wechsel: die Erfahrung und Kompetenz von casusQuo, auch z. B. für die Beurteilung der Erfolgsaussichten von Rechtsstreitigkeiten.*

>> Sie sind 2020 auch gleich Mitglied im casusQuo e.V. geworden – ein für uns erfreuliches Bekenntnis zu casusQuo als Arbeitsgemeinschaft. Inwieweit hat der Verein Ihre Erwartungen erfüllen können? Was würden Sie sich hier für die Zukunft wünschen? Wo möchten Sie sich gern mehr einbringen?

>> Fortsetzung auf Seite 12



Mein Vorstandsamt läuft ja Ende 2022 aus, für mich persönlich wird das mit dem Einbringen also nichts mehr. Ich hatte allerdings in diesem Bereich auch keine Erwartungen. Mir waren und sind die Krankenhausabrechnungen wichtig, und die klappen hervorragend, das ist für uns momentan völlig ausreichend.

>> Vertrauen Sie uns an, was Ihre größte Sorge als Vorstand einer BKK derzeit ist? Glauben Sie, dass casusQuo Sie bei der Bewältigung unterstützen kann oder könnte? Inwiefern?

Als kleine Krankenkasse macht uns der bürokratische Aufwand Sorgen. Aber auch das Thema Digitalisierung

stellt für uns eine große Herausforderung dar. Hierdurch fallen für kleinere Kassen relativ hohe Grundkosten an. Als Beispiel nenne ich nur Online-Geschäftsstelle, x-Rechnungen oder das Online-Zugangsgesetz OZG. Gewisse Pflichtangebote sind teilweise unwirtschaftlich und sorgen für einen Kostenschub in der Verwaltung.

>> Als Krankenkasse wurden Sie von der COVID-19-Pandemie in besonderem Maß getroffen. War casusQuo Ihnen in der Corona-Krise eine Hilfe, und wenn ja: wie? Was hätten Sie sich zusätzlich von casusQuo als Unterstützung gewünscht?

Wir haben von casusQuo in Bezug auf COVID-19 verschiedene Auswertungen erhalten über Fallzahlen, Fallkosten und Gesamtkosten. Diese Statistiken waren wie sonst auch übersichtlich. Solche Auswertungen sind ebenfalls hilfreich, wenn z.B. vom Verwaltungsrat Anfragen nach speziellen Kostenfaktoren kommen. Wir haben außerdem vereinzelt ganz spezielle Auswertungen zu bestimmten Themen bei casusQuo angefragt und auch hier zügig eine qualifizierte Antwort erhalten.



## DIETER VOLPP

Dieter Volpp war zu Beginn seines Berufslebens 10 Jahre lang bei einer AOK beschäftigt und hat dort seine Ausbildung zum Krankenkassenbetriebswirt absolviert. Sobald sie 1990 gegründet wurde, wechselte Dieter Volpp zur BKK Würth: zunächst als Geschäftsführer, nach der Organisationsreform dann als Vorstand. Angefangen hat die Kasse als 2-Mann-Unternehmen, inzwischen arbeiten etwa 25 Personen bei der BKK, die man wohl mit Fug und Recht als Volpps Baby bezeichnen darf. Nach 33 Jahren wird Dieter Volpp Ende 2022 mit fast 65 Jahren in den Ruhestand wechseln. Auch für die Krankenkasse wird damit ein neues Kapitel aufgeschlagen. Der langjährige Vorstand erwartet, dass ihm der Abschied nicht leichtfallen wird. Aber er freut sich

auf mehr Zeit an der frischen Luft und hofft, dass er noch lange gesund bleibt. Der langjährige aktive Fußballer legt schon jetzt für private Fahrten bei nahezu mehr Kilometer mit dem Fahrrad als mit dem Auto zurück – „natürlich nicht mit dem E-Bike!“, wie er betont. Er wohne zwar in der sogenannten Hohenloher Ebene, aber 1000 Höhenmeter mit dem Rad seien für ihn keineswegs die Ausnahme. Auch auf viel Zeit mit seinen beiden Enkelkindern freut Dieter Volpp sich sehr.



# SOLIDARITÄT mit der Ukraine

Seit dem 24. Februar 2022 werden wir auf europäischem Boden, quasi unmittelbar vor unserer Haustür, Zeugen eines Schreckens, wie ihn viele von uns für unmöglich gehalten haben. Die Bilder, die uns täglich erreichen, sind entsetzlich. Es geschehen furchtbare Verbrechen. Das Leid ist unendlich groß und für uns alle unfassbar.

Die casusQuo-Crew hat in den unterschiedlichsten Ländern der Welt ihre Wurzeln. Für uns als Unternehmen sind diese Unterschiedlichkeiten immer etwas Verbindendes und Bereicherndes gewesen – nie etwas Trennendes. Auf unsere Diversität sind wir stolz. Sie ist Teil unseres genetischen Codes, und das soll auch in Zukunft so bleiben.

Unsere unverbrüchliche Solidarität gilt den Menschen in der Ukraine, die in diesem Krieg ihr Leben, ihre Väter, Mütter, Kinder und Großeltern, ihre Gesundheit und ihre Heimat verlieren, und deren Menschenrechte mit Füßen getreten werden. Als äußeres Zeichen unserer Solidarität haben wir das casusQuo-Logo in unseren E-Mailsignaturen blau-gelb eingefärbt.

casusQuo

# DAS ERÖRTERUNGSVERFAHREN – ein Meilenstein mit Vor- und Nachteilen

## Teilweise erhebliche Änderungen im Prüfablauf

In der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) nach § 275 c Absatz 1 SGB V wurden u.a. Regelungen über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren (§ 17c Absatz 2 KHG) zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erlassen. Diese gelten für alle Krankenhausfälle mit Aufnahmen ab 01.01.2022.

Primäres Ziel des Erörterungsverfahrens (EV) ist die Vermeidung von Klagen bei strittigen Abrechnungen. Der Ablauf ist mit festgelegten Schritten definiert:

### 1. Bestreiten der Leistungsentscheidung

Ein Krankenhaus kann aufgrund von Gutachten der Medizinischen Dienste (MD) jede Leistungsentscheidung einer Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Entscheidung bestreiten. Dabei muss es den Einwand inhaltlich begründen. Gleichzeitig kann das Krankenhaus das Erörterungsverfahren (EV) einleiten, das schriftlich oder mündlich durchgeführt werden kann.

### 2. Zustimmung oder Ablehnung

Die Krankenkasse muss binnen sechs Wochen nach Zugang des Bestreitens mitteilen, ob sie der inhaltlichen Begründung des Krankenhauses zustimmt oder nicht. Spätestens mit dieser Mitteilung wird bei Nichtzustimmung das EV eingeleitet (sofern das Krankenhaus nicht schon beim Bestreiten das EV eingeleitet hat). Stimmt die Kasse der Begründung zu, ist das EV beendet.

## VOR- UND NACHTEILE

### Gespräche mit Medizincontroller:innen auf Augenhöhe

Durch Akteneinsicht können die Krankenkassen bzw. casusQuo die Begründungen der MD beurteilen. So ist es möglich, Sachverhalte im besten Fall außergerichtlich zu klären.

### Verrechnungen nur noch eingeschränkt möglich

Bei Nichteinigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse muss die Kasse bzw. casusQuo den Klageweg beschreiten. Dies bedeutet eine Umkehr des bisherigen Verfahrens: Nicht die Krankenkasse wird beklagt, sondern die Kasse verklagt das Krankenhaus.

### 3. Datenabgleich

Die Krankenkasse gleicht die vorliegenden Unterlagen ab. Grundlage des EV sind sämtliche erforderlichen Daten des strittigen Falls einschließlich der vom MD erhobenen Daten sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragene Argumente und Einwendungen.

Vom MD konkret angeforderte, aber vom Krankenhaus nicht an den MD übermittelte Daten dürfen im EV nicht vorgelegt werden. Vom MD nicht angeforderte, den Anspruch des Krankenhauses begründende Unterlagen dürfen im EV aber vorgelegt werden.

### 4. Abschluss

Führt das EV zu einer Einigung, ist es beendet. Die Abrechnung muss gegebenenfalls korrigiert, der Betrag darf verrechnet werden.

Wird keine Einigung erzielt, ist das EV ebenfalls beendet. In diesem Fall müssen sowohl die Kasse als auch das Krankenhaus die Ergebnisse und unterschiedlichen Ansichten und Begründungen mittels einer standardisierten Unterlage dokumentieren. Diese Dokumentation bildet die Grundlage für eine mögliche Klage.

## FAZIT

Die Einführung des EV ist ein Meilenstein im Rahmen der Abrechnungsprüfung. Die Krankenkassen bzw. Dienstleister wie casusQuo erhalten mehr Befugnisse. Sie können kodierrelevante medizinische Sachverhalte nun in Patient:innenunterlagen einsehen und beurteilen, dadurch Fehlinterpretationen oder nicht ausreichende Begründungen seitens der MD frühzeitig entdecken und diese mit den Krankenhäusern klären.

Der Kontakt und Austausch mit den Medizincontroller:innen der Krankenhäuser ist weiterhin ein wichtiger Bestandteil der Arbeit von casusQuo. Wenn alle Beteiligten bereit sind zu kooperieren, ersparen beide Seiten sich kostspielige und zeitaufwändige juristische Auseinandersetzungen.

Zentraler Erfolgsfaktor für ein gelingendes Erörterungsverfahren sind auch hier das Knowhow und die Expertise auf Seiten der Kassen bzw. von casusQuo. Denn der medizinische Sachverstand sowie die Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung und Auslegung von Vorschriften (wie z.B. den Deutschen Kodierrichtlinien) ermöglichen einen Kontakt auf Augenhöhe und tragen dazu bei, dass beide Seiten zu ihrem Recht kommen.



Aileen Müller  
Abteilungsleitung  
Medizinische Prüfteams



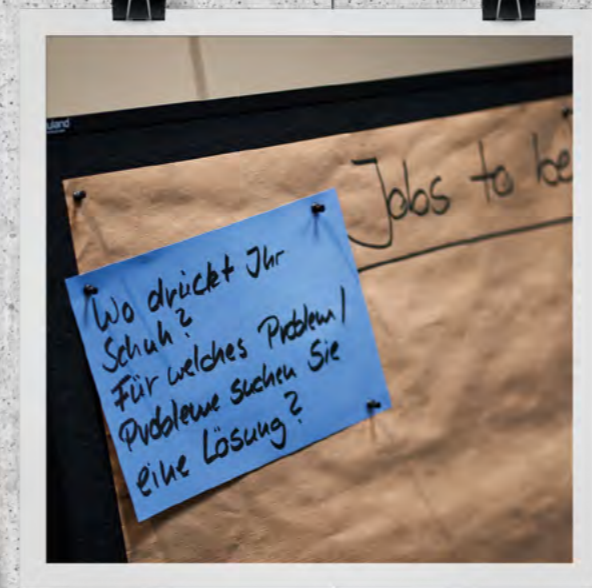
„Bestreitet das Krankenhaus den Leistungsentscheid nicht innerhalb der sechswöchigen Frist, gilt der Sachverhalt als erörtert. Das Krankenhaus darf in diesem Fall die Forderung der Krankenkasse nicht mehr streitig stellen. Die Krankenkasse bzw. casusQuo ist berechtigt, den Betrag zu verrechnen.“



„Dies ist in der Praxis gar nicht so einfach umzusetzen. Wir halten die MD aber an, genau mitzuteilen, welche Unterlagen mit welchem Seitenumfang vorgelegt haben.“







# che Q POINT



## Gemeinsam Zukunft gestalten

11.11.2021 | Hannover

*Fast 2 Jahre Pandemie – fast 2 Jahre, in denen auch wir von casusQuo unseren Kund:innen nicht live begegnet sind. Deshalb war der cheQpoint am 11. November 2021 für uns ein ganz besonderes Ereignis. Und dass unsere dialoQPartner:innen aus den Kundenkassen unserer Einladung so zahlreich gefolgt sind, hat uns gezeigt, dass auch Sie uns vermisst haben.*

*Gemeinsam haben wir in dem eintägigen Workshop an der Customer Journey der casusQuo-Kund:innen gearbeitet: Wie erleben Sie die Zusammenarbeit? Was können wir verbessern? Was wünschen Sie sich von uns für die Zukunft? Zahlreiche Ideen und Impulse konnten wir daraus mitnehmen. Wir haben jetzt die Ärmel hochgekrempt, werten alles aus und machen uns an die Umsetzung.*

*Natürlich sind auch Informationen über aktuelle Themen nicht zu kurz gekommen – und genügend Zeit für Austausch und Netzwerken gab es ebenfalls. Wir finden: der Tag war ein voller Erfolg, und Ihr erfreulich positives Feedback gibt uns Recht.*

# CORONA UND DIE KOSTEN



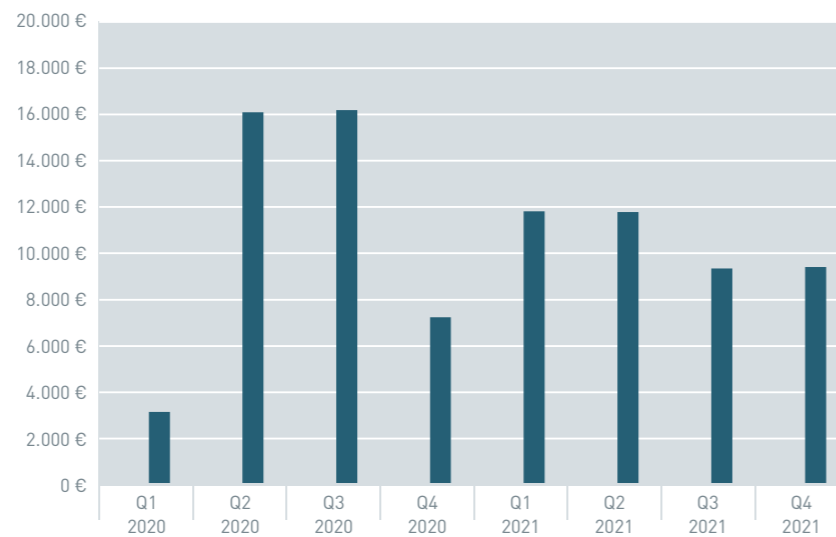
*Die Corona-Pandemie hat das GKV-System weiterhin fest im Griff. Alle Beteiligten müssen Improvisationstalent und viel Goodwill mitbringen.*



Denn das Virus entwickelt sich schnell weiter, und aktuelle Erkenntnisse aus der Wissenschaft lassen immer wieder neue Vorgehensweisen sinnvoll erscheinen. Von der Behandlung der COVID-Patient:innen über die verschiedenen Testverfahren und Impfungen bis hin zu Reha-Maßnahmen für an Long Covid Erkrankte: alles verursacht enorme Kosten, von denen die GKV einen erheblichen Anteil zu tragen hat.

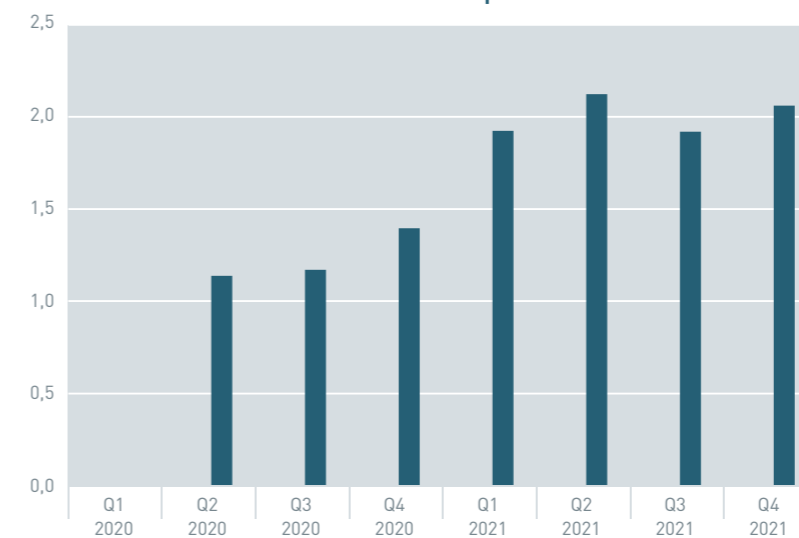
Die Grafik zeigt, dass die durchschnittlichen stationären Kosten pro Corona-Fall im Jahresverlauf 2021 gesunken sind. Neben der Impfung dürften neue

**Durchschnittliche Kosten (Fallkosten-Mittelwert für U07.1-Fälle im Vergleich)**



Durchschnittliche Fallkosten für U07.1-Fälle aller casusQuo-Kassen – Stand: Februar 2022

**Corona-Tests pro Fall**



Corona-Tests pro U07.1-Fall aller casusQuo-Kassen – Stand: Februar 2022

Erkenntnisse in der Behandlung dafür verantwortlich sein. Es wäre allerdings aufgrund der geringen Datenlage unseriös, davon auszugehen, dass die Kurve zukünftig weiter abflacht. Neue Virusvarianten könnten sehr schnell zu einem neuerlichen Kostenanstieg führen.

Interessant ist auch die Frage nach den Kosten für die verschiedenen Testverfahren. Denn nach der bisher gültigen Testverordnung trägt die GKV auch die Kosten für PCR-Testungen von Privatversicherten, wenn diese der Verifikation eines positiven Antigen-Schnelltests dienen. Für jede:n an COVID-19 erkrankte:n Privatversicherte:n übernimmt die GKV also mindestens einen Test, d.h. etwa 50 € pro Patient:in! Wird eine erkrankte Person anschließend von ihrem eigenen Arzt behandelt, kann dieser weitere Testungen nach GOÄ abrechnen.



## Das Gesundheitssystem in Israel:

# Zwischen Bettenmangel und Big Data

*Eine zupackende Impfkampagne, intelligente Kooperationen, durchgreifende Maßnahmen, schnelle Lockerungen und eine schwankende Infektionskurve kennzeichnen den Verlauf der COVID-19-Pandemie in Israel. Als mal gutes, mal abschreckendes Beispiel ist das Land derzeit in den Medien sehr präsent. Die dialoQ-Redaktion nimmt aus diesem Anlass das israelische Gesundheitssystem genauer in den Blick.*

### Krankenkassen: zugleich Kostenträger und Leistungserbringer

9,2 Millionen Menschen leben in Israel. Jeder von ihnen ist seit 1995 per Gesetz verpflichtet, Mitglied in einer der vier großen Krankenkassen zu sein. Diese werden als Health Maintenance Organizations (HMO) oder auf Hebräisch „Kupat Holim“ bezeichnet – eine direkte Übersetzung des deutschen Worts Krankenkasse. Das Bismarcksche System diente als Vorbild für die HMO, die übrigens schon vor der Gründung des Staats Israel existierten.

### Kennzahlen im Vergleich



Bevölkerung (Mio. Einwohner)	9,2	83,2
BIP/Kopf (USD)	44.169	46.208
Gesundheitsausgaben je Kopf der Bevölkerung (USD/Jahr)	2.903	6.518
Gesundheitsausgaben in % des BIP	7,46	11,69
durchschn. Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	82,9	81,4
Durchschnittsalter (Median in Jahren)	29,9	47,1
Fertilitätsrate (Kinder je Frau)	3,0	1,5
Geburtenrate (Geburten je 1.000 Einwohner)	20,1	9,4
Kindersterblichkeit (Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten)	3,1	3,2
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	3,0	7,9
Praktizierende Ärzt:innen je 1.000 Einwohner	3,3	4,4
Todesfälle nach Herzinfarkt je 100 KH-Einweisungen über 45 Jahren	5,3	8,3

Quellen: OECD, worldpopulationreview.com, World Bank, Statista

>> Fortsetzung auf Seite 22

BLICK ÜBER  
DIE GRENZE

Wie funktionieren  
Krankenhaussysteme  
und ihre Finanzierung  
in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen unserer internationalen Kolleginnen und Kollegen.



Die HMO sind inzwischen aber nicht nur Kostenträger, sondern auch Leistungserbringer: Sie betreiben Krankenhäuser, ambulante Versorgungszentren, Arztpraxen und Apotheken. Und während der COVID-Impfkampagne sind die Kassen auch für die Verteilung der Impfstoffe verantwortlich.

Im Grundsatz ist das israelische System eine Bürgerversicherung. Denn die HMO sind verpflichtet, jede Person aufzunehmen, deren Lebensmittelpunkt in Israel liegt – ohne Ausschlusskriterien. Ein Gesundheitsfonds verteilt das Geld pro Kopf und nach Risikofaktoren gewichtet auf die vier HMO.

Der Gesundheitsfonds speist sich aus Beiträgen der Versicherten (etwa 40 %) sowie aus Steuermitteln (ca. 60 %).

Die HMO müssen allen Mitgliedern einen Mindestumfang an Gesundheitsdienstleistungen, den sogenannten „Gesundheitskorb“, anbieten. Dieser Korb beinhaltet alle Kosten der ambulanten Diagnostik und Behandlung, alle Krankenhausaufenthalte (einschließlich Entbindungen und Psychiatrie), Prävention, Operationen, Transplantationen, Drogenentzug, Heil- und Hilfsmittel, Notfallversorgung einschließlich Notfalltransport, Kinderwunschbehandlungen (für die ersten zwei Kinder), Schwangerschaftsabbrüche, Physiotherapie, Ergotherapie und Psychotherapie. Die Liste der vom Gesundheitskorb gedeckten Medikamente ist lang und wird, genau wie der Leistungskatalog, jährlich überprüft und aktualisiert. Allerdings müssen die Versicherten für Arzneimittel und Behandlungen Zuzahlungen leisten, derzeit höchstens ca. 140 Euro monatlich.

Jenseits des staatlich festgelegten Gesundheitskorbs dürfen die HMO ihre exakten Leistungskataloge selbst definieren. Markt und Wettbewerb regeln die Qualität. Denn einmal jährlich dürfen die Bürger:innen ihre HMO wechseln. Unter den Vertragspartner:innen der jeweiligen HMO haben Versicherte die freie Wahl der Leistungserbringer.

Die Krankenversicherungsbeiträge steigen mit zunehmendem Einkommen von 3,8 % auf maximal 4,8 %. Einkünfte oberhalb von 60 % des Durchschnittseinkommens sowie Einkommen, die keine Arbeitseinkommen sind, werden mit 5 % verbeitragt. Arbeitslose ohne Einkommen zahlen einen geringen Mindestbeitrag. Minderjährige sind beitragsfrei, Rentner zahlen reduzierte Beiträge. Soldaten und Wehrpflichtige sind nicht über die HMO, sondern über die Armee versichert.

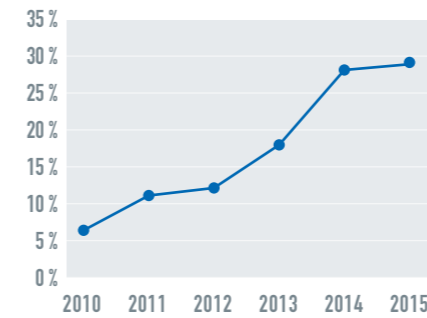
Für Leistungen außerhalb des Gesundheitskorbs bieten die HMO private Zusatzversicherungen an. Auch hier haben die Kassen aber nicht das Recht, die Beiträge auf Basis des individuellen Risikos zu kalkulieren oder bestimmte Versicherte abzulehnen. Mehr als drei Viertel aller Israelis haben solche

Zusatzversicherungen abgeschlossen, die je nach Alter und Leistungsumfang monatlich zwischen 10 € und 40 € kosten. Kommerzielle Privatversicherungen mit risikogerechten Prämien existieren natürlich daneben auch. Etwa 1/3 der Israelis nimmt solche privaten Zusatzversicherungen in Anspruch.

### PRG statt DRG

Seit 2002 rechnen Krankenhäuser in Israel teilweise nach dem PRG-System ab. **P**rocedure **R**elated **G**roups orientieren sich im Unterschied zu DRG nicht an Diagnosen, sondern an Prozeduren. Da für die Definition von DRG die Datenbasis fehlte, lag es nahe, auf Prozedurenbasis zu kalkulieren. Ziel des veränderten Abrechnungssystems war die Verkürzung unnötiger Krankenhausaufenthalte und eine Annäherung von Kosten und Preisen medizinischer Prozeduren. Bei der Konzeption der Reform haben sich Gesetzgeber, Leistungserbringer und Kostenträger an einen Tisch gesetzt. Durch die Einbeziehung aller Beteiligten genießt das neue System breite Akzeptanz. Finanz- und Gesundheitsministerium legen gemeinsam die Preise fest

Anteil der Entlassungen\* mit mind. 1 PRG-Code pro Jahr



\* nur elektive Aufnahmen ohne Geburten  
Quelle: Israelisches Gesundheitsministerium

und passen sie auch regelmäßig an. Die stationäre psychiatrische Versorgung wird dabei weiterhin nach Tagespauschalen abgerechnet, Notfall- und ambulante Behandlungen im Krankenhaus nach Servicepauschalen.

Bis 2012 wurden etwa 280 PRG identifiziert und Preise dafür festgelegt. Allerdings basierte bis zu diesem Zeitpunkt nur ein knappes Viertel der Krankenhauserlöse auf den PRG. Bis 2016 stieg der Anteil auf mehr als ein Drittel. Kontinuierlich werden weitere PRG definiert. Die Verantwortlichen gehen dabei nach Fachgebieten vor und arbeiten sich von allgemeinmedizinischen immer weiter zu fachbezogenen chirurgischen Prozeduren vor.

Die PRG werden auf der Basis des ICD-9-CM kalkuliert. Jede PRG entspricht entweder einem oder mehreren ICD-9-CM-Prozedurencodes. Diagnosen spielen darin genauso wenig eine Rolle wie Alter, Geschlecht oder Komorbiditäten.

### Big Data und KI

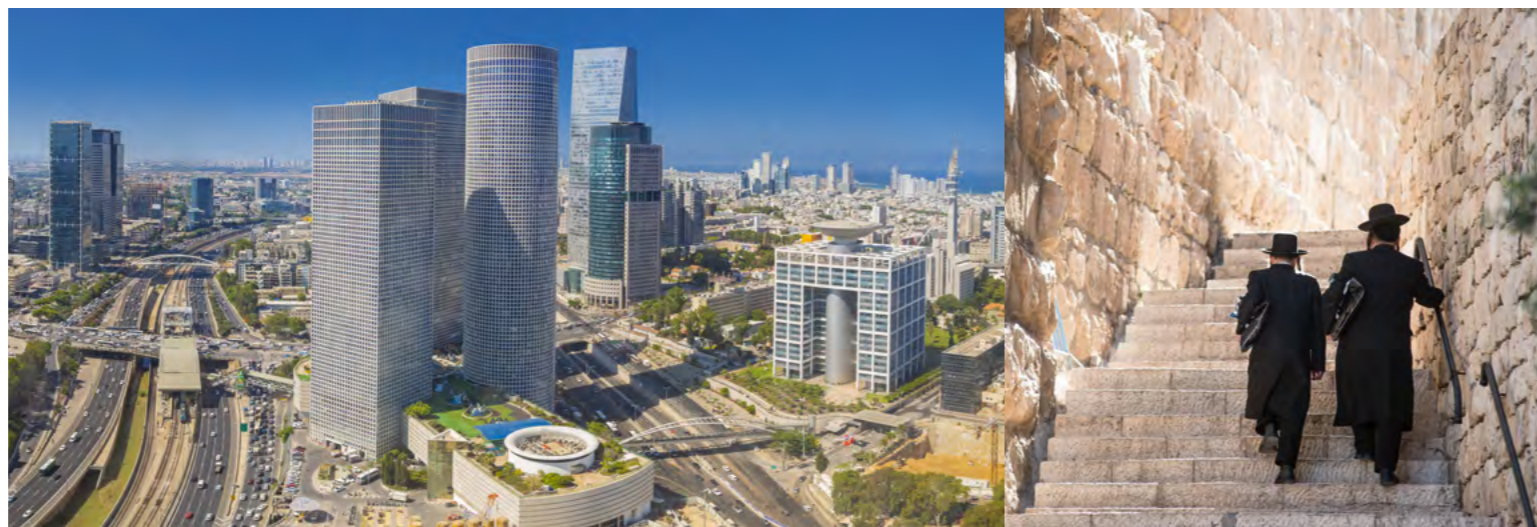
In seiner Zeit als Bundesgesundheitsminister erkannte Jens Spahn: „Wir können von Israel viel lernen.“ Das gilt insbesondere für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. In einer auf drei Jahre angelegten deutsch-israelischen Kooperation wollen beide Länder gemeinsam an der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Nutzung von künstlicher Intelligenz arbeiten.

Deutschland hat hier allerdings noch viel aufzuholen. Die elektronische Patientenakte (ePA) etwa ist in Israel bereits seit 1993 etabliert, auch E-Rezepte gehören zum Alltag. Über das Smartphone können Israelis auf ihre Gesundheitsakte zugreifen und dort zum Beispiel aktuelle Laborergebnisse oder einen Entlassungsbrief aus dem Krankenhaus abrufen. Alle vier HMO arbeiten mit einem einheitlichen Datensystem. Die HMO nutzen die ePA für Datenanalysen und die Versichertenkommunikation.

Seit 2018 werden die Gesundheitsdaten nahezu aller Israelis in einer zentralen Datenbank anonymisiert zusammengeführt. Diesen Datenpool, der Informationen zu Krebs, Autoimmunerkrankungen oder psychischen Störungen enthält, können Forscher, Unternehmen und

Start-ups nutzen. Auch die Impfstoffhersteller Pfizer/Biontech und Moderna haben von den israelischen Daten profitiert und dafür mit verlässlicher Lieferung ausreichender Vakzinmengen gezahlt. Israelische Start-ups bringen mithilfe dieser Big Data auch im Gesundheitswesen erstaunliche Innovationen hervor. AI-basierte Softwarelösungen sind beispielweise bei der Triage von Akutpatient:innen sowie zur Auswahl der optimalen Therapieform bereits im Einsatz. Auch Algorithmen, mit denen Pflegepersonal Entscheidungen treffen und Ratschläge geben kann, gehören zum Gesundheitsalltag.

Vielleicht ist das ein Baustein zum Umgang mit dem akuten Personal-mangel im Gesundheitswesen, mit dem auch Israel konfrontiert ist? Gegen die Abwanderung von Ärzt:innen und Pflegekräften ins besser zahlende Ausland setzt das Land bisher vor allem auf Zuwanderung aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion sowie auf zusätzliche Medizinstudienplätze. Da die Bevölkerung vergleichsweise jung ist, konnte ein Zusammenbruch des Systems bisher vermieden werden. Während der Corona-Wellen mussten aber Notkrankenhäuser in Hotels eingerichtet werden, und manch ein Klinikarzt versorgte seine kranken Angehörigen lieber zu Hause, damit sie nicht auf ein Bett im überfüllten Krankenhausflur angewiesen sind. Gegen einen Mangel an Krankenhausbetten hilft eben leider auch die Digitalisierung nicht.





>> Fortsetzung von Seite 23

## Zwei-Klassen-Gesellschaft – Kratzer auf dem sonst makellosen Bild

>> Eine Hochschwangere kurz vor der Entbindung, aber der Weg zum Krankenhaus ist versperrt.

>> Eine Nierenkranke, die zur Blutwäsche eine mehrstündige Anreise in Kauf nehmen muss, obwohl die Dialysestation nur 5 km Luftlinie entfernt ist.

>> Ein Zwölfjähriger, der sich beim Fußballspielen den Unterschenkel gebrochen hat und mehrere Stunden auf den Arzt warten muss.

Das ist die ganz alltägliche Versorgungssituation für Menschen in den palästinensischen Gebieten. Denn sie sind nicht über die HMO versichert. Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sind sie auf das Wohlwollen israelischer Behördenvertreter:innen angewiesen.

In Übereinstimmung mit den Osloer Verträgen trägt die palästinensische Autonomiebehörde seit 1994 die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in den besetzten Gebieten, also dem Westjordanland (3 Mio. Einw.) und dem Gazastreifen (2 Mio. Einw.). De facto beschränkt Israel aber die Bewegungsfreiheit von Menschen und Gütern

(auch Hilfsgütern) in beiden Gebieten. Das makellose Bild der israelischen Gesundheitsversorgung bekommt tiefe Kratzer, wenn man sich die Situation der Palästinenser:innen anschaut.

Das palästinensische Gesundheitsministerium hat seit 1994 mithilfe zahlreicher NGOs und viel ausländischer Unterstützung mobile Kliniken und einfache Versorgungseinrichtungen aufgebaut. Dieses Basis-Gesundheitssystem ist weniger abhängig von Israel, dafür umso mehr von ausländischen Geldgeber:innen. Bei schweren und komplizierten Erkrankungen, für Facharzttermine oder in Notfällen sind die Bewohner:innen der besetzten Gebiete darauf angewiesen, mit sogenannten „humanitären Visa“ nach Israel oder mit Passierscheinen nach Ostjerusalem einzureisen und sich dort behandeln zu lassen. Die administrativen Hürden schrecken viele Menschen so ab, dass sie auf die Arztbesuche ganz verzichten.

Israel behindert das palästinensische Gesundheitssystem, indem es die Bewegungsfreiheit einschränkt – innerhalb der Westbank, zwischen der Westbank und dem Gazastreifen, zwischen dem annektierten Ostjerusalem und den besetzten Gebieten sowie zwischen den

besetzten Gebieten und dem Ausland. Viele Gegenden und Dörfer sind durch die willkürlich errichteten israelischen Checkpoints von den urbanen Zentren abgeschnitten, in denen sich die palästinensischen Gesundheitseinrichtungen befinden. Oft dürfen Krankenwagen die Grenze zu Israel nicht passieren. Angehörige organisieren deshalb immer wieder private Krankentransporte in israelische Kliniken. Manche Frauen ziehen in den letzten Schwangerschaftsmonaten in die Nähe eines Krankenhauses, um am Entbindungstag nicht vor einem Checkpoint festzustecken.

Von diesen Einschränkungen ist auch medizinisches Personal betroffen, das für Fortbildungen oder andere Veranstaltungen zur beruflichen Weiterentwicklung die besetzten Gebiete verlassen möchte. Auch Medikamente und medizinisches Material sind nicht genügend vorhanden. Und da Israel die nach Gaza eingeführte Strommenge kontrolliert, können Kläranlagen und Krankenhäuser nicht zuverlässig arbeiten.

Last but not least: Auch bei der COVID-Impfung kamen palästinensische Bürger:innen erst nach den Israelis an die Reihe.



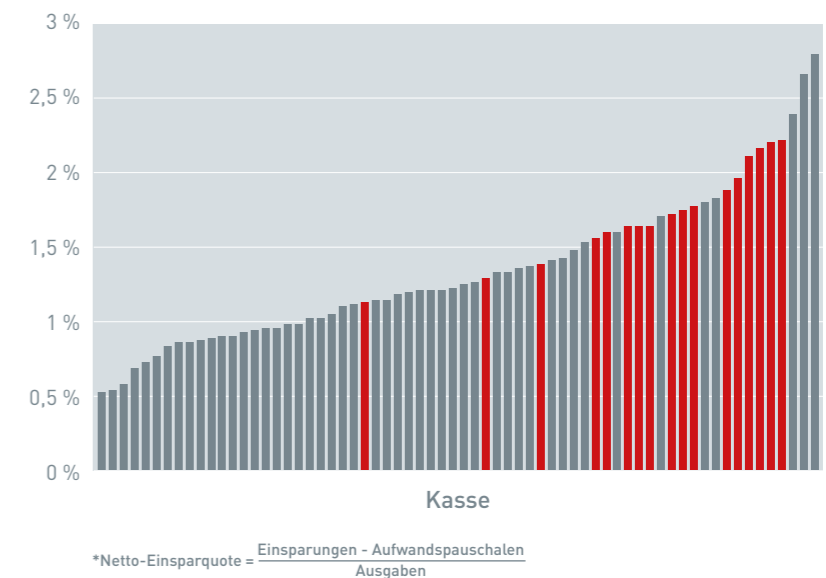
# WIE IMMER GANZ VORN MIT DABEI!

## casusQuo überzeugt auch im 4. BKK-Benchmark

Im September 2021 wurden die Ergebnisse des 4. BKK-Benchmark bekanntgegeben. Die casusQuo-Kassen schneiden darin erneut sehr gut ab.

6 der 10 Kassen mit den höchsten Retaxierungsquoten im 4. BKK Benchmark sind casusQuo-Kunden! Zum Vergleich: casusQuo hat 2020 nach Kassenzahl knapp 26 % der am Benchmark teilnehmenden Krankenkassen bearbeitet, ist aber an 60 % der höchsten Retaxierungen beteiligt. Die folgende Abbildung zeigt die von den Krankenkassen realisierten Netto-Einsparquoten, wobei die von casusQuo bearbeiteten Kassen rot gekennzeichnet sind.

Netto-Einsparquote, 2020 nach Entlassung



>> Fortsetzung auf Seite 26

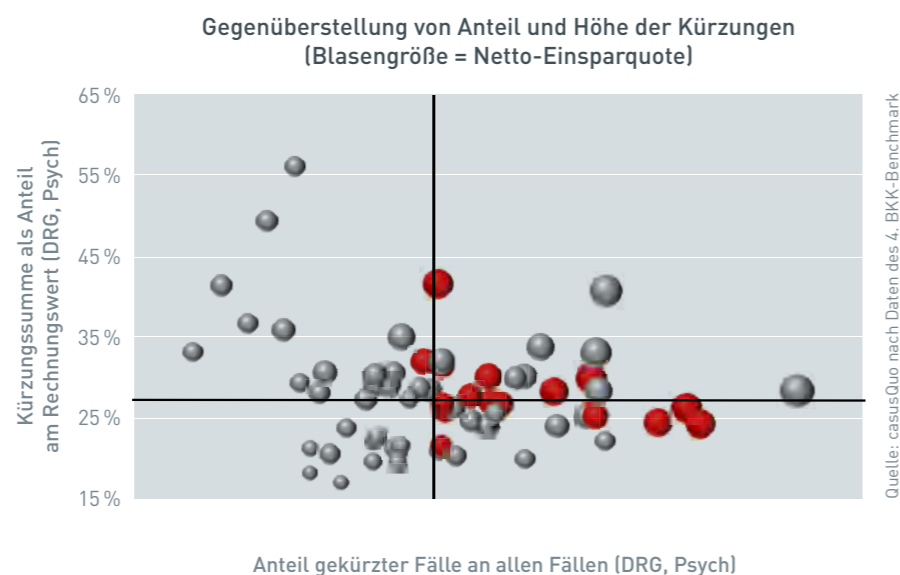
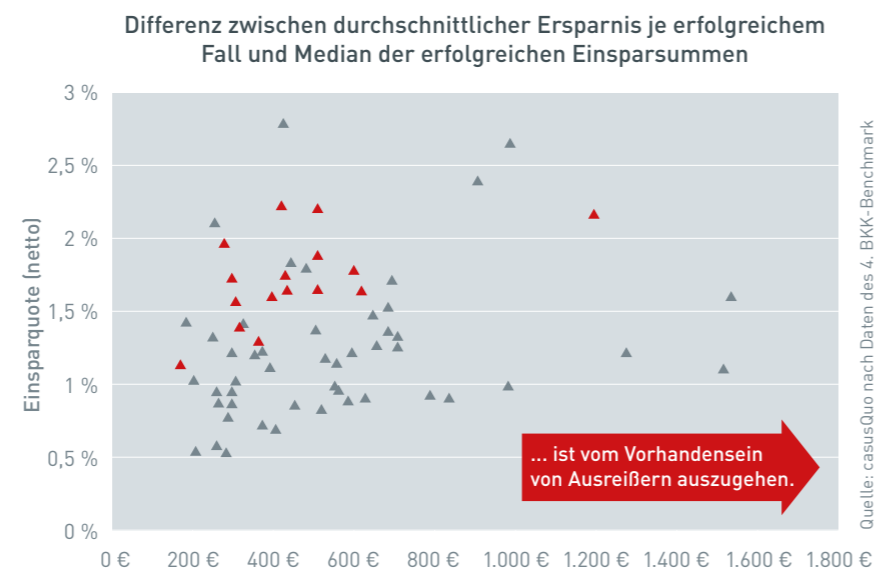
Das Benchmark-Ergebnis bestätigt das Bild aus den drei vorigen Benchmarks: Eine hoch spezialisierte und dezidierte Abrechnungsprüfung, die auf den langjährigen Erfahrungen aus der Bearbeitung einer großen Fallzahl basiert, zahlt sich für alle Beteiligten aus – auch unter den mit dem MDK-Reformgesetz eingeführten Prüfquoten sowie den erschwerten Pandemie-Bedingungen mit ihren zusätzlichen Prüfeinschränkungen. Die guten Ergebnisse der casusQuo-Kassen beweisen, dass die Profi-Abrechnungsprüfer:innen aus der hannoverschen Südstadt sich auch den veränderten Prüfbedingungen gut anpassen konnten. Denn seit 2020 heißt es ja: wähle mit Verstand! Es gilt, nur diejenigen Rechnungen zu prüfen, die die höchsten Retaxierungen versprechen, um die rigiden Prüfquoten im Sinne der Kassen optimal auszunutzen.

### Wert vs. Menge

Die Abbildung rechts zeigt eine Gegenüberstellung der Wert-Komponente (= Kürzungssumme als Anteil am Rechnungswert) und der Mengen-Komponente (= Anteil gekürzter Fälle an allen Fällen). Dabei sind die von casusQuo bearbeiteten Kassen durch rote Kugeln gekennzeichnet. Die Größe der Kugeln steht für die Einsparquote. Die schwarzen Linien kennzeichnen jeweils den Median. Auch hier wird deutlich, dass die Ergebnisse der casusQuo-Kassen sich vor allem im oder nahe beim oberen rechten Quadranten finden.

Abschließend soll auch diesmal der Einfluss von Ausreißern, also einzelnen besonders hohen Abrechnungsfehlern, betrachtet werden. Diese können zu sehr hohen Einsparquoten führen. Ein Hinweis auf einzelne extrem hohe Einsparungen ergibt sich aus dem Abstand zwischen dem Mittelwert und dem Median der

Einsparung. Datenreihen mit einer großen Differenz zwischen Mittelwert und Median sind viel stärker durch einen Ausreißer geprägt als Datenreihen mit einer geringen Differenz zwischen diesen Werten. Im BKK-Benchmark ergibt sich folgendes Bild, wobei rote Dreiecke die casusQuo-Kassen kennzeichnen:



### Keine Zufallstreffer

Diese Auswertungen zeigen: die guten Ergebnisse von casusQuo in den vorigen Benchmarks waren keine Zufallstreffer. Die stetige Qualitätssicherung und kontinuierliche Weiterentwicklung des casusQuo-Prüfregelwerks sowie das fundierte Fachwissen und die Erfahrung der casusQuo-Kostenmanager:innen zahlen sich also aus.

Gerade angesichts der Prüfbeschränkungen durch das MDK-Reformgesetz sowie die Corona-Pandemie ist es eine wichtige Aufgabe von casusQuo als spezialisierter Arbeitsgemeinschaft, Know-how und Kräfte zu bündeln.

**Nur gemeinsam kommen auch Krankenkassen gut durch diese Zeit!**



## Im dialoQ mit Michael Brockmeyer

### Wenn ich bei casusQuo bin, dann ...

... freue ich mich auf den Austausch mit vielen unterschiedlichen Menschen. Das sind neben den Kolleginnen und Kollegen natürlich zuallererst unsere DialoQpartner:innen bei den Kassen. Aber auch zu den Ansprechpersonen in einigen Krankenhäusern habe ich mir einen guten Kontakt aufgebaut. Das hilft bei der Fallprüfung und bei Verhandlungen. Die Betreuung von Azubis unserer Mitglieds-kassen gehört ebenfalls zu meinem Aufgabenbereich und macht mir viel Freude.

### Wenn ich nicht bei casusQuo bin, dann...

... koche ich sehr gerne. Seit der Pandemie habe ich schon viele neue Rezepte ausprobiert. Ich würde mich zwar nicht gerade als Meisterkoch bezeichnen. Aber meine Kreationen haben meiner Frau und mir bis jetzt immer geschmeckt und sind uns auch gut bekommen.

Wenn ich für längere Zeit nicht bei casusQuo bin, also im Urlaub, dann bin ich gerne an der Nord- oder Ostsee. Dort habe ich den Eindruck, dass die Uhren noch etwas langsamer ticken, die Menschen sind sehr entspannt, und das färbt dann auf mich ab. Bei Wochenendtrips darf es auch mal etwas mehr Action sein. Da verbinden wir gern Städtereisen mit Sportveranstaltungen. Ein Highlight war zum Beispiel die Beachvolleyball-WM in Hamburg.

### Wenn ich einen Tag im Leben tauschen dürfte, dann wäre ich gerne mal...

... Hellscher! Dann würde es vielleicht auch mal beim Lotto klappen :-). Ansonsten möchte ich eigentlich keine andere Person sein. Ich bin mit mir und meinem Leben sehr zufrieden.



### MICHAEL BROCKMEYER

Michael Brockmeyer arbeitet seit 1. Februar 2007 als DRG-Kostenmanager im Team DRG2. An seine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten in einer Krankenkasse hat er ein BWL-Studium mit dem Schwerpunkt Gesundheitswesen angehängt und dann bei einem Krankenhausverband sowie im Leistungscontrolling eines Krankenhauses gearbeitet. Er konnte also Einblicke in die Arbeitsweise auf beiden Seiten der Abrechnungsprüfung gewinnen, die er nun im Sinne der casusQuo-Mitglieds-kassen anwendet.



# „Krankenkassen waren in der Pandemie eine wichtige Stütze für die Politik“



Professor Dr. Andrew Ullmann MdB bezeichnet sich selbst als „Ehemann, Vater, Kind, Arzt, Forscher, Grillmeister, Trekkie, Politiker, Deutscher, Amerikaner, Liberaler, Weintrinker, Würzburger, Westfale, Datenmensch, Herzmensch, Freiheitsliebhaber“. Als Obmann der FDP-Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuss kann er tun, was er liebt: nach Lösungen suchen, Argumente austauschen, Politik gestalten. Wir haben mit ihm über die Gesundheitspolitik der Ampel-Regierung gesprochen.

>> Guten Tag, Herr Professor Dr. Ullmann! Ihre Partei, die FDP, definiert sich als fortschrittsorientiert und ökonomisch kompetent - zwei Aspekte, die im Gesundheitswesen in besonderer Weise miteinander verknüpft sind. Hier ist zum einen das Thema Digitalisierung zu nennen. Sowohl bei der elektronischen Patientenakte (die ja ohnehin nur auf einem Minimalkonsens beruht) als auch beim E-Rezept geht es nicht voran. Andere Industrienationen reiben sich verwundert die Augen, wenn wir mit Papierrezepten und gelben Scheinen hantieren. Was muss aus Ihrer Sicht passieren, damit Deutschland sich hier zeitgemäß aufstellt?

Was passieren muss, ist seit Jahren klar. Deutschland mangelt es schließlich nicht an Planungen, sondern an der Umsetzung. Viele Konzepte stehen bereits seit langem. Daher brauchen wir zunächst einen Mentalitätswandel in der Gesundheitspolitik. Wir müssen eine Hands-on-Mentalität entwickeln.

Die elektronische Patientenakte muss in die Versorgung gelangen. Dafür haben wir in den Koalitionsverhandlungen eingesetzt, dass die elektronische Patientenakte zu einem Opt-out-Modell wird. Das bedeutet, dass jeder Versicherte von seiner Krankenkasse automatisch eine elektronische Patientenakte angeboten bekommt. Er kann sie jedoch ablehnen. Bisher war es so geplant, dass die Versicherten aktiv auf ihre Krankenkassen zugehen und die elektronische Patientenakte beantragen müssen.

>> Es ist kein Geheimnis: ab spätestens 2023 reicht das Geld im Gesundheitsfonds nicht. Schon jetzt gab es in der GKV Beitragserhöhungen, viele Kassen müssen ihre Rücklagen einschmelzen. Als FDP-Obmann im Gesundheitsausschuss des Bundestags dürfte Ihnen dieses Thema hinlänglich bekannt sein. Wie wollen Sie dem Problem nachhaltig begegnen?

Die Vorgängerregierung hat uns hier einen Bärendienst erwiesen. Bereits vor Corona wurde das Geld der Versicherten mit beiden Händen rausgeworfen. Wir müssen wieder zur soliden Finanzierung zurück.



Zuletzt haben die Krankenkassen 2018 Überschüsse erwirtschaftet. Das ist gar nicht so lange her und zeigt, dass es möglich ist, die Jahresbilanzen wieder aus dem Negativen herauszuholen. Klar ist aber auch, dass wir die Gesundheitsversorgung effizienter, modern, innovativ und bedarfsgerechter gestalten müssen. Diese strukturellen Reformen werden langfristig zu Einsparungen führen. Ein Beispiel ist die Reform des AMNOG, auf die sich im Koalitionsvertrag verständigt wurde.

>> Als Krankenhausarzt kennen Sie die immer wiederkehrende Frage nach der Schließung von Krankenhäusern nicht nur aus politischer Perspektive, sondern auch aus der Binnensicht. Kürzlich sind z. B. in Niedersachsen wieder Gerüchte kursiert, im Land sollten 30 - 40 Kliniken geschlossen werden. Wie müssen sich aus Ihrer Sicht Krankenhäuser aufstellen, um im Spannungsfeld zwischen Überversorgung, wohnortnaher Versorgung und notwendiger Spezialisierung eine Zukunft zu haben?

Die Debatte um die Krankenhäuser ist sehr kontrovers. Leider besteht immer noch ein großes Missverständnis über die Qualität in der Versorgung. Ein Krankenhaus vor der Haustür strahlt stationäre Versorgungssicherheit aus. Die ist aber nicht unbedingt in diesem Umfang in der Realität auch gegeben. Die Wissenschaft und die Experten zeigen ganz klar, dass in zu kleinen Krankenhäusern die Versorgungsqualität leidet. Dies passiert aus dem logischen Grund, dass bestimmte Eingriffe nicht regelmäßig durchgeführt werden können.

Wir müssen die Versorgung im ganzen Land bedarfsgerecht verbessern. Und dazu gehört es, dass wir über Kreis- und Landesgrenzen hinweg eine übergreifende ärztliche Versorgung vom niedergelassenen Arzt bis zum Krankenhaus planen müssen. In der Ampelregierung werden wir dafür eine Regierungskommission einsetzen, die uns zu einer entsprechenden Strukturreform beraten kann.

>> Die Vielfalt der Krankenkassen gehört sozusagen zum genetischen Code des deutschen GKV-Systems. Seit Jahresbeginn gibt es nun in Deutschland erstmals weniger als 100 Krankenkassen. Wo geht die Reise aus Ihrer Sicht hin? Wie viele Krankenkassen brauchen wir auf die Dauer?

Ich glaube nicht, dass die Politik Vorgaben machen muss, wie viele Krankenkassen wir in Deutschland benötigen. Die Anzahl der Krankenkassen wird sich auf ein Niveau einpendeln, das ein Gleichgewicht zwischen Kosteneffizienz und Wettbewerb sicherstellt. Schließlich müssen zum einen die Verwaltungskosten geringgehalten und zum anderen die Vorteile einer Wettbewerbsstruktur genutzt werden. Neben den gesetzlichen Krankenversicherungen gehört für mich auch die private Krankenversicherung dazu. Sie ist auch ein wichtiger Bestandteil unserer Gesundheitsversorgung.

>> Während der Corona-Pandemie haben die Bürgerinnen und Bürger auffällig wenig von den Krankenkassen gehört. Sei es für die Unterstüt-



zung der Impfkampagne oder vor bald zwei Jahren für die Verteilung der ersten medizinischen Masken an die Versicherten: auf die Kompetenzen und Möglichkeiten der Kassen wurde und wird selten gesetzt. Dabei verfügen die Krankenkassen über die notwendigen Daten (anders als etwa die Deutsche Post - sicher erinnern Sie sich an dieses traurige Debakel zu Beginn der Impfkampagne) und hätten manches günstig und effizient erledigen können. Wie kann es gelingen, die Krankenkassen, die ja ein originäres Interesse an der Gesundheit ihrer Versicherten haben, besser einzubinden?

Das bedeutet aber nicht, dass die Krankenkassen in der Pandemie nicht geliefert hätten. Sie waren eine wichtige Stütze für die Politik. Nahezu jede Maßnahme in der Politik wurde auch mit den Krankenkassen abgestimmt.

Ich gehe davon aus, dass die Rolle der Krankenkassen in den kommenden Jahren weiter steigen wird. Insbesondere mit der elektronischen Patientenakte haben sie auch ein Instrument, mit dem sie im direkten Kontakt mit den Versicherten stehen. Durch eine strukturierte Erfassung von Daten in dieser Akte werden Patienten schnell einen Vorteil erkennen. Dann ist die Krankenkasse mitten im Leben jedes Versicherten.

>> Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Ullmann, für das interessante und aufschlussreiche Gespräch!

**energie**-BKK

**„Neuer“ Kunde unter  
bekanntem Namen**

# FUSION

## Zur Fusion von energie-BKK und BKK RWE



*René Taubert,  
Leiter EDV und  
Qualitätssicherung*

„Wir mussten für diese Häuser die Prüfquoten korrigieren“, berichtet René Taubert vom Team QS, der den Fusionsprozess bei casusQuo technisch geleitet hat. „So konnten unsere Kostenmanager:innen beim Prüfstart ohne weitere Störungen die zu prüfenden Fälle auswählen.“

Unter dem Motto „Noch mehr Energie für Ihre Gesundheit!“ haben energie-BKK und BKK RWE sich zum 1. Januar 2022 unter dem Namen energie-BKK zusammengeschlossen. Natürlich haben wir als casusQuo unsere langjährige Kundenkasse auf diesem Weg begleitet und stellen auch weiterhin die Krankenhausabrechnungsprüfung für die nun fast 140.000 Versicherten der Kasse sicher.

Dazu gehörten etwa:

- das Mapping der Beanstandungsdaten auf „casusQuo-Standard“,
- die Prüfung und Korrektur von Wiedervorlageterminen und
- das Setzen einheitlicher Fallabschlüsse.

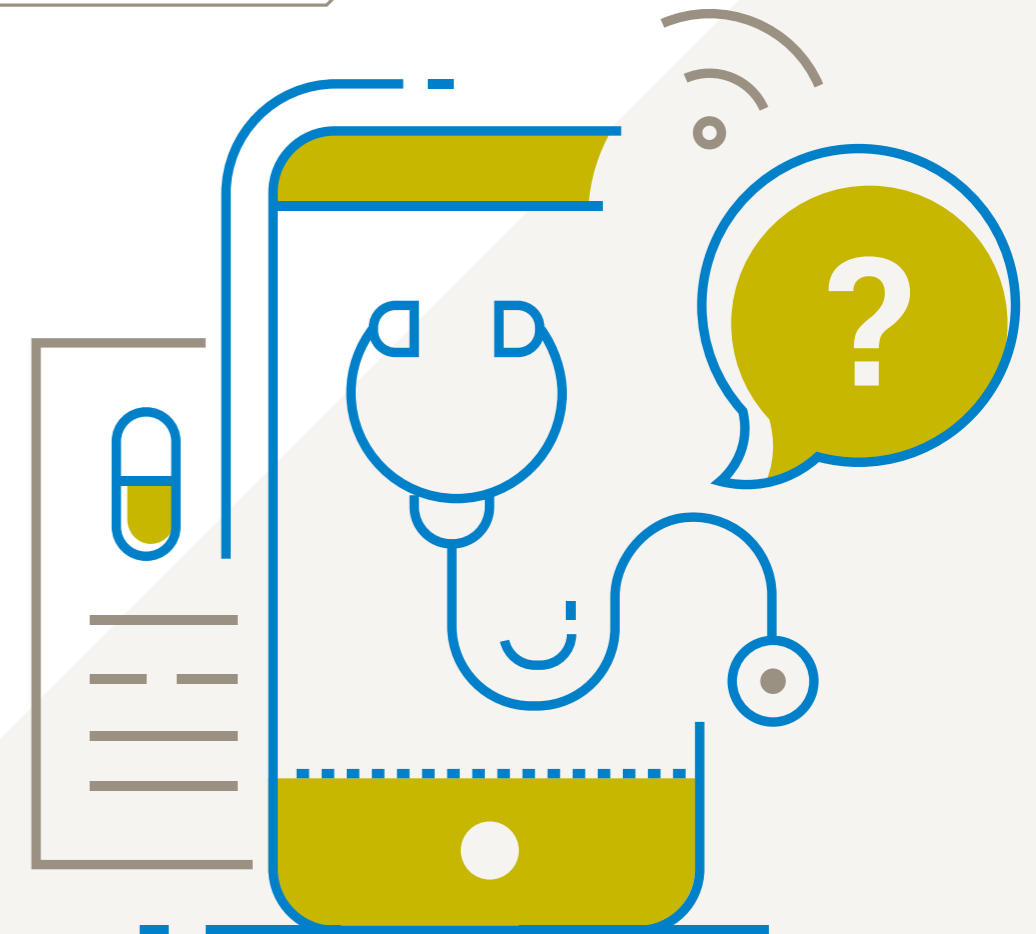
In Vorbereitung auf die Bestandszusammenführung hat casusQuo schon zum 01.10.2021 die Rechnungsprüfung der BKK RWE von einem anderen Dienstleister übernommen. So konnten wir bereits vor der eigentlichen Fusion Vorbereitungen für einen reibungslosen Übergang in der Abrechnungsprüfung treffen.

Eine Herausforderung war allerdings die Berechnung der Prüfquoten (für ca. 1.700 Krankenhäuser) für das Anwendungsquartal 1/2022. Die Rechnungseingänge beider Kassen mussten addiert und mit den gültigen Prüfquoten der jeweiligen Krankenhäuser multipliziert werden. Bei etwa einem Drittel der Kliniken gab es hier Anpassungsbedarf.

Die technische Fusion zu Jahresbeginn lief dann weitgehend geräuschlos. Gelegentlich sind die casusQuo-Kostenmanager:innen über die Bearbeitungsweise des vorigen Dienstleisters ein wenig gestolpert. Das waren aber ausnahmslos geringe Störungen, die sich leicht beheben ließen. Inzwischen sind alle Prozesse angepasst, und casusQuo hat faktisch einen neuen Kunden unter einem bekannten Namen hinzugewonnen. **Wir sagen: „Herzlich willkommen!“**

## FRÜHJAHRSSYMPOSIUM 2022

Entwicklungen im Leistungs- und Versorgungsmanagement im deutschen Gesundheitswesen



### **GESUNDHEITSEXPERT:INNEN IM GESPRÄCH:**

Digitalisierung, Koalitionsvertrag, neue Regularien, Innovation, Fall- und Kostenmanagement aus Sicht der Kostenträger

**27.04.2022 in Dortmund & online**

**Kostenlos anmelden:**

**[www.adesso.de/fruehjahrssymposium22](http://www.adesso.de/fruehjahrssymposium22)**



# ENDLICH FRÜHLING!

Die beste Zeit für einen  
Neuanfang ist jetzt!

casus**Quo**

