

DialoQ

Das Magazin



Überzeugende Ergebnisse
auch im 5. BKK-Benchmark

casusQuo hat die Nase erneut vorn

22

Foto: Ljupco Smokovski/Adobe Stock

04 "Weiter so!"

Interview mit Tobias Mittmann,
Vorstand der BKK24

06 Ein Blick über die Grenze: Polen

Dauerhafte Defizite und kein Ende in Sicht

10 Frauen im Gesundheitswesen

Interview mit Dr. Gundula Werner, Vizepräsidentin
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

14 20 Jahre casusQuo:

Eindrücke vom dialoQ event am 04.05.2023

24 Gastbeitrag: Prof. Dr. Reinhard Busse

Warum wir eine echte Krankenhausreform
brauchen und wie sie aussehen sollte





Udo Halwe,
Geschäftsführer
casusQuo GmbH

EDITORIAL

20 Jahre und kein bisschen leise... aber täglich ein bisschen weiser

Liebe Leserin, lieber Leser,

Der 1. April 2003 war ein Dienstag, der 91. Tag des Jahres, und es waren noch 274 Tage bis zum Jahresende. Laut Chat GPT gab es an diesem Tag keine Ereignisse von besonderer Bedeutung. Spätestens hier wird deutlich: KI ist eben doch nicht allwissend, denn das Ereignis „Gründung von casusQuo“ ist ihr einfach durchgerutscht!

Wir haben unsere Gesellschafter*innen sowie weitere Entscheidungsträger*innen der GKV-Welt nach Hannover eingeladen, um unser 20. Jubiläum zu feiern und gemeinsam in die Zukunft zu blicken. Thema: Die Zukunft der Krankenhausversorgung in Deutschland. Am Ende der anspruchsvollen und auch kontroversen Podiumsdiskussion stellte Franz Knieps, der Vorstandsvorsitzende des BKK-Dachverbands, fest: „Auch für die nächsten 20 Jahre wird mir um die Existenz der Arbeitsgemeinschaft casusQuo nicht bange“. Dem schließen wir uns nur allzu gern an.

Denn obgleich derzeit geplant ist, die Prüfmöglichkeiten der Kassen erneut massiv einzuschränken, wird dieser Ausgabenblock auch künftig rund ein Drittel der Gesamtausgaben abbilden. Deshalb bleibt eine dezidierte Abrechnungsprüfung unverzichtbar. Inzwischen mögen die Volksvertreter*innen dem Wahlvolk erläutern, dass sie uns lieber höhere Krankenkassenbeiträge zumuten, als Falschabrechnungen der Leistungserbringer aufzudecken. Der dabei entstehende finanzielle Schaden für die GKV ist erheblich. (Und ethisch-moralisch halte ich die Angelegenheit für mindestens fragwürdig.) Wir jedenfalls wollen und werden unserem Motto „Mit uns geht die Rechnung auf“ auch künftig die Treue halten: mit Innovationskraft und unserem gewohnt hohen Qualitätsanspruch.

Was wir in dieser Ausgabe für Sie haben: Frau Dr. Gundula Werner, Vizepräsidentin der DKG, erläutert ihre Sicht auf Frauenkarrieren im Gesundheitswesen. Wir blicken auf das Gesundheitssystem unserer polnischen Nachbarn. Die Berlinale bringt etwas Glamour in das dialoQ Magazin. Und ganz besonders möchte ich Ihnen den Gastbeitrag von Prof. Dr. Reinhard Busse zur Krankenhausreform ans Herz legen.

Rechnen Sie auch weiterhin mit uns!

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

Produktionsleitung
Elke Lütke-meier

Autor*innen dieser Ausgabe
Claudia Schuh/zapato42 (Leitende Redakteurin),
Reinhard Busse (Gastbeitrag), Katrin Gardel,
Udo Halwe, Elke Lütke-meier, Aileen Müller, Britta
Niermann, Oliver Reinhardt. Die Redaktion errei-
chen Sie unter dialoQ-redaktion@casusquo.de.

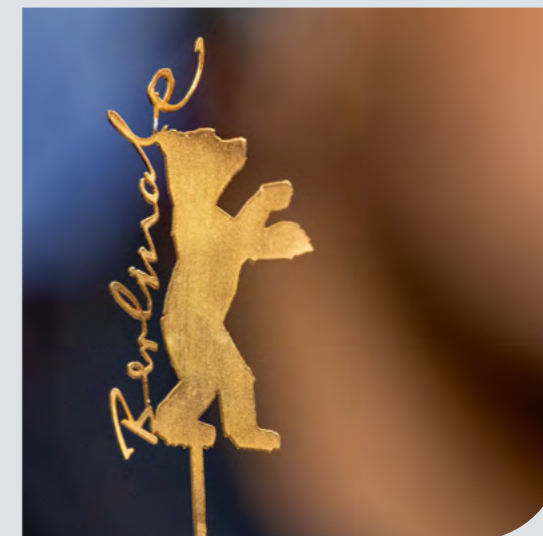
Fotos
BKK24 (Porträt Mittmann), Mario Klötzer (Porträt
Werner), TU Berlin (Porträt Busse), UVN e.V.
(Ukraine-Bilder), Jan von Allwörden (dialoQ event,
Porträts Halwe, Müller), iStock (Seite 3, 6, 8, 9,
24, 26), Adobe Stock (Seite 1, 3, 6, 8, 22, 28),
shutterstock (Seite 3, 8, 16, 18, 20)

Anzeigen
Die aktuellen Mediadaten
erhalten Sie unter
elke.luetkemeier@casusquo.de

Hinweis
Für unverlangt eingesendete
Manuskripte, Fotos oder Zeich-
nungen übernimmt die Redak-
tion keine Gewähr. Namentlich
gekennzeichnete Beiträge geben
nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder. Die Redaktion
behält sich die Bearbeitung der
Manuskripte vor.



Scanrail/Adobe Stock - sodafish/Stock



Asatur Yesayants/Shutterstock.com



Inhalt



"Weiter so!" _____ 4	Antje Schiffner und Udo Halwe, _____ 16
Interview mit Tobias Mittmann Vorstand der BKK24	die beiden casusQuo-ler der ersten Stunde im Interview
Ein Blick über die Grenze: Polen _____ 6	Erkenntnisse von der Berlinale _____ 20
Dauerhafte Defizite und kein Ende in Sicht	Goldener Bär zeigt: Psychische Erkrankungen nehmen weiter zu
casusQuo-Crew organisiert _____ 9	casusQuo hat die Nase erneut vorn: _____ 22
Spendenaktion für die Ukraine	Überzeugende Ergebnisse auch im 5. BKK-Benchmark
FRAUEN im Gesundheitswesen _____ 10	Gastbeitrag: Prof. Dr. Reinhard Busse _____ 24
Interview mit Dr. Gundula Werner, Vizepräsidentin der Deutschen Krankenhausgesellschaft	Warum wir eine echte Kranken- hausreform brauchen und wie sie aussehen sollte
Im dialoQ mit _____ 13	Der casusQuo-Marken-Relaunch _____ 26
Anna-Lena Müller	Wir dürfen vorstellen
20 Jahre casusQuo: _____ 14	
Eindrücke vom dialoQ event am 04.05.2023	

"Weiter so!"

Interview mit Tobias Mittmann Vorstand der BKK24

Sehr geehrter Herr Mittmann, wir wissen es zu schätzen, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen. Vielen Dank schon mal im Voraus!



TOBIAS MITTMANN,

Jahrgang 1975, wollte nach dem Abitur eigentlich Maschinenbau studieren. Sein Vater riet ihm aber vom Blaumann ab, und so entschied er sich für eine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei der Techniker Krankenkasse. Seine Laufbahn nach der Ausbildung führte ihn durch verschiedene Betriebskrankenkassen und sehr früh schon zum Thema Krankenhaus. Nebenberuflich hat Tobias Mittmann sich kontinuierlich weiterentwickelt, erst zum Krankenkassenbetriebswirt, später zum Bachelor in Angewandter Gesundheitswissenschaft. Seit 2021 arbeitet der Nienburger als Vorstand der BKK24.

Zwar hat er sich nicht für einen Blaumann entschieden, handfest ist der verheiratete Vater von drei Kindern aber dennoch: Seit seiner Jugend hat Tobias Mittmann 30 Jahre lang leidenschaftlich Faustball gespielt. Inzwischen streiken die Knie, deshalb hat er sich als Jugendtrainer an die Seitenlinie zurückgezogen. Der Sport ist ihm seit jeher Ausgleich und Ruhepol. Außerdem freut Tobias Mittmann sich, als Trainer zu Integration und Teamgeist beizutragen und jungen Menschen über den Sport seine Werte vermitteln zu können.

» *Kommen wir gleich zu meiner ersten Frage: Sie selbst kennen sich ja ausgesprochen gut aus in unserem Arbeitsgebiet. Bereits in einer früheren Position bei der Pronova BKK waren Sie u.a. für den Krankenhausbereich verantwortlich. Und ich habe mir sagen lassen, dass Sie auch mal eine Zeitlang bei einem Mitbewerber von casusQuo gearbeitet haben. Sie sind deshalb ein exzellenter Kenner der Materie – sowohl fachlich in der Krankenhausabrechnungsprüfung, als auch in Bezug auf die Anforderungen an einen Dienstleister wie casusQuo. Ihre Meinung ist uns also besonders wichtig, und wir möchten Sie um **FEEDBACK** bitten: wie zufrieden sind Sie mit unserer Arbeit? Und wo können wir noch besser werden?*

Vielen Dank für die Vorschusslorbeeren. Bei der Pronova BKK war ich nur noch wenige Monate in leitender Funktion für die Krankenhausabrechnungsprüfung zuständig. Davor habe ich tatsächlich 8 Jahre den Krankenhausbereich geleitet – durch Fusionen waren das offiziell verschiedene Arbeitgeber. Eingestiegen bin ich in das Thema parallel zur Einführung der DRG 2003.

Die Ergebnisse von casusQuo waren damals schon gut. Das kann ich aus eigenen Benchmarks unabhängig bestätigen.

Seit dieser Zeit hat sich viel verändert, PEPP z.B. gab es damals ja noch gar nicht. Und die nächsten Veränderungen werfen

ihre Schatten voraus. casusQuo hat sich permanent weiterentwickelt und sich kontinuierlich den jeweiligen Rahmenbedingungen flexibel angepasst.

casusQuo unterstützt die Kunden durch viele Berichte und Auswertungen, um das eigene erfolgreiche Handeln zu dokumentieren und die finanziellen Entwicklungen aufzuzeigen. Hierbei muss es aus meiner Sicht eine enge Verzahnung mit den Kassen geben, damit die Ergebnisse im Sinne der kasseneigenen Kostenprognosen richtig interpretiert werden. Wenn Sie aber jahrelang eine Dienstleistung outgesourct haben, dann verlieren Sie in dem Thema natürlich irgendwann den Anschluss, Ihr Know-how veraltet mit der Zeit. Hier könnte casusQuo über das Berichtswesen hinaus die Kunden noch aktiver unterstützen. Wir haben zum Beispiel einen Workshop mit casusQuo gemacht, um unsere verantwortlichen Kolleg*innen zu befähigen, qualifizierte Entscheidungen zu treffen. Solch ein Angebot rundet das Portfolio von casusQuo noch zusätzlich ab.

» *Entspricht das nicht dem Angebot, das casusQuo mit dem Format **CheQpoint** für die dialoQ Partner an der Schnittstelle schon bietet?*

Ja, da haben Sie im Prinzip Recht. Ich habe einfach den Eindruck, dass das Angebot von den Kassen noch nicht genug wahrgenommen und angenommen wird. Vielleicht auch mit dem falschen Fokus. Auf jeden Fall geht das in die richtige Richtung und ist für uns als Kassen extrem wertvoll und nützlich.

» *Sie sind seit einem Jahr im Vorstand bzw. jetzt Verwaltungsrat von casusQuo. Auch in Ihrer vorigen Funktion als stellvertretender Vorstand bei der energie-BKK haben Sie schon über mehrere Jahre mit casusQuo kooperiert. Wie finden Sie die **ZUSAMMENARBEIT** mit casusQuo – im Tagesgeschäft wie auch auf der Verwaltungsratsebene?*

Egal, ob im Tagesgeschäft oder im Vorstand bzw. Verwaltungsrat: ich habe es nie erlebt, dass casusQuo mal kein offenes Ohr für die Anliegen von uns Kunden gehabt hätte.

DIE ZUSAMMENARBEIT IST IMMER FRUCHTBAR UND SEHR VERTRAUENSVOLL.

» *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?*

Das Dienstleistungsportfolio von casusQuo rund um das Kernthema Krankenhaus empfinde ich als sehr stimmig und rund. Durch die Kooperation mit adesso zur Entwicklung einer neuen Abrechnungsprüfsoftware setzt casusQuo erneut Benchmarks in Sachen Weiterentwicklung. Dies sendet klare Marktsignale und trägt mit dazu bei, Fallmengen in Krankenhäusern durch neue Kundenkassen zu generieren. Davon profitieren wir am Ende ja alle.

MEINE KLARE EMPFEHLUNG LAUTET ALSO: WEITER SO!

» *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?*

Meine größte Sorge sind eigentlich immer die Krankenhäuser, denn sie bilden ja nun mal den größten Kostenblock für uns Kassen. Deshalb gilt mein besonderes Augenmerk den Entwicklungen im Krankenhaussektor, gerade im Moment auch in Bezug auf die politischen Signale. Ich bin sehr gespannt, was am Ende des Prozesses von der Krankenhausreform übrigbleiben wird.

Dabei kann casusQuo uns nur bedingt unterstützen. Aber es gefällt mir sehr gut, dass casusQuo etwa mit dem dialoQ event die Meinungsbildung unterstützt und im Rahmen seiner Möglichkeiten als Mittelständler auch versucht, im Sinne der Kostenträger politisch Einfluss zu nehmen.

Ich bin jedenfalls sicher, dass, egal was passiert, casusQuo sich wie gewohnt sehr dynamisch darauf einstellen und die passende Unterstützungsleistung für uns Kassen anbieten wird.

» *Welche Lösungsansätze sehen Sie, um dauerhaft zu einer **KOOPERATION** zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Sinne einer guten Versichertenversorgung zu gelangen? Verfolgen Sie in Ihrer Kasse konkrete Pläne dazu?*

Ein schwieriges Thema. Wir als Kassen können ja nur sehr begrenzt zu einer veränderten Zusammenarbeit beitragen, außer durch Lobbyarbeit. Kooperationen gibt es vielerorts insbesondere im selektivvertraglichen Geschäft. Hier wollen wir zukünftig eine stärkere Rolle in unseren Kernregionen übernehmen. Das geht nicht für alle Diagnosen, aber wo es gelingt, die Versorgung enger zu verzahnen, profitieren die Versicherten davon.

» *Gibt es noch etwas, das Sie gerne **LOSWERDEN** möchten im Zusammenhang mit casusQuo?*

Ich möchte an dieser Stelle einfach meinen Dank an die gesamte casusQuo-Crew für die gute Arbeit aussprechen. Nicht nur haben hier alle immer ein offenes Ohr auf allen Ebenen, sondern auch jederzeit die passende Unterstützungsleistung für uns.

ICH FREUE MICH, DASS ICH CASUSQUO ALS VERWALTUNGSRAT MIT UNTERSTÜTZEN DARF.

» *Herzlichen Dank für das Gespräch, Herr Mittmann!*



Länger besser leben.

Dauerhafte Defizite und kein Ende in Sicht

Mehr als 1,5 Millionen ukrainische Geflüchtete halten sich inzwischen in Polen auf, anderthalb Mal so viele wie in Deutschland und mehr als in jedem anderen Land der Welt. Nach der COVID-19-Pandemie ist dies die nächste große Herausforderung für das polnische Gesundheitssystem, das auch zuvor schon mit zahlreichen Problemen zu kämpfen hatte. Polen steht den Ukrainer*innen dennoch ungebrochen solidarisch bei. Grund genug für die dialoQ-Redaktion, den Blick einmal auf unseren östlichen Nachbarn zu richten.



Kennzahlen im Vergleich

	 Polen	 Deutschland
Bevölkerung (Mio. Einwohner*innen)	38	83
BIP/1.000 Einwohner*innen (Mio. €)	15,08	42,95
Gesundheitsausgaben je Kopf der Bevölkerung (USD/Jahr)	2.289	6.518
Gesundheitsausgaben in % des BIP	6,5	11,7
durchschn. Lebenserwartung Männer bei Geburt (Jahre)	73	79
durchschn. Lebenserwartung Frauen bei Geburt (Jahre)	81	83
Durchschnittsalter (Median in Jahren)	41,9	47,8
Fertilitätsrate (Kinder je Frau)	1,44	1,53
Kindersterblichkeit (Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten)	4,4	3,7
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner*innen	6,54	8
Praktizierende Ärzt*innen je 1.000 Einwohner*innen	2,4	4,21

Quellen: Destatis, Eurostat, laenderdaten.info, OECD

EIN 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.

Bereits 1934 hat die Republik Polen ein Sozialversicherungssystem für Renten-, Unfall-, Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und diverse andere Versicherungen etabliert und über die Jahrzehnte kontinuierlich weiterentwickelt. Trägerin dieses Systems ist die staatliche ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, auf Deutsch: Sozialversicherungsanstalt).

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde mehrfach reformiert und existiert in ihrer jetzigen Form seit 2004. Heute regelt die polnische Verfassung, dass alle in Polen lebenden polnischen Staatsbürger*innen unabhängig von ihrem Erwerbs- und Einkommensstatus Pflichtmitglieder der Krankenversicherung sind. Im Unterschied zu Deutschland gibt es allerdings nur eine Krankenkasse namens NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia, auf Deutsch: Nationaler Gesundheitsfonds). Verträge zwischen den regionalen Niederlassungen des NFZ und den Leistungserbringern regeln die Leistungsansprüche.

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Finanziert wird der NFZ über staatliche Zuschüsse und die Beiträge der Versicherten, wobei Menschen unter 26, Rentner*innen, Kleinbauern und -bäuerinnen und deren Familienangehörige, Arbeitslose und nicht berufstätige Ehepartner*innen keine Beiträge zahlen müssen. Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt 9 Prozent vom Nettoeinkommen. Hinzu kommt ein Beitrag in Höhe von 2,45 Prozent für das Krankengeld, das allerdings über einen anderen Zweig der Sozialversicherung abgewickelt wird. Ein Arbeitgeberanteil zu diesen Beiträgen existiert nicht. Da das durchschnittliche Einkommen in Polen weit unter dem OECD-Durchschnitt liegt und die Arbeitslosenrate hoch ist, ist der Nationale Gesundheitsfonds chronisch unterfinanziert.

Hohe Zuzahlungen und private Zusatzversicherungen

So müssen Patient*innen in Polen bei vielen Leistungen, vor allem bei Medikamenten, Hilfsmitteln, Zahnbehandlungen und einigen diagnostischen Verfahren, hohe Zuzahlungen leisten. Es wird geschätzt, dass die Versicherten 30 Prozent der Leistungsausgaben selbst tragen, 10 Prozent werden aus Steuermitteln gezahlt und nur 60 Prozent vom NFZ. Auf Krankenhausbehandlungen und bestimmte fachärztliche Behandlungen müssen gesetzlich Versicherte oft lange warten. Wer es sich leisten kann, „kauft“ sich einen vorderen Platz auf der Warteliste. Es ist also nicht verwunderlich, dass sehr viele Polinnen und Polen ergänzend private Krankenversicherungen abgeschlossen haben.

» Fortsetzung auf Seite 8

Eine vielerorts veraltete Ausstattung, mehr als doppelt so viele Behandlungsprobleme und eine höhere Sterblichkeit im Vergleich zum EU-Durchschnitt lassen Patient*innen an der Verlässlichkeit der staatlichen Einrichtungen zweifeln. Viele von ihnen weichen auf private Anbieter*innen oder solche im Ausland aus, was wiederum das staatliche Gesundheitswesen schwächt.

Manche Arbeitgeber*innen bieten inzwischen sogenannte Gesundheitspakete als Teil der Arbeitsverträge an. Wer ein solches Paket im Arbeitsvertrag stehen hat, kann bestimmte Privatärzte kostenlos aufsuchen. Unternehmen, die solche Pakete nicht anbieten, haben angesichts des Fachkräftemangels im „war for talents“ das Nachsehen. Für das System ist das bestenfalls Kosmetik, für gut qualifizierte Fachkräfte ein erfreulicher Ausweg aus der Misere des Gesundheitssystems, während alle anderen auf der Strecke bleiben.

Brain-Drain im Gesundheitssektor

Auch viele polnische Ärzt*innen und Pflegekräfte haben, nachdem sie jahrelang immer wieder erfolglos gestreikt haben, die Hoffnung auf Besserung aufgegeben und wandern in großer Zahl ins Ausland ab. Denn Fachärzt*innen, die ohne Festanstellung – also auf Honorarbasis – in Unikliniken arbeiten, teilweise in 24-Stunden-Schichten und in 50, 60 oder mehr Wochenstunden, das Ganze für ein Bruttogehalt von umgerechnet unter 1.500 € - das sind in Polen keine Ausnahmen. Viele arbeiten nach Feierabend noch in Privatpraxen, um ihre private Altersvorsorge bezahlen zu können. Klar, dass viele da ins Ausland schießen. (20 Prozent der ausländischen Pflegekräfte in Deutschland sind übrigens Pol*innen!) Der Abgang des Fachpersonals trifft das Land empfindlich und verstärkt die Probleme im Gesundheitssektor.

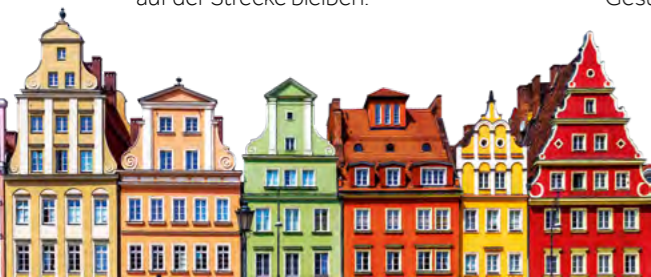
Bei der Zahl der Krankenhausbetten pro Einwohner*in steht Polen im internationalen Vergleich relativ gut da. Anders gesehen: Polen leistet sich ein überdimensioniertes Netz von staatlichen Krankenhäusern, die schlecht ausgestattet, teuer im Unterhalt und in weiten Teilen massiv überschuldet sind. Etwa ein Drittel der ca. 1.000 polnischen Krankenhäuser wird in den nächsten Jahren schließen müssen, heißt es. Je weiter man in den Osten des Landes geht, desto schwieriger werde im Übrigen die Versorgungslage.

DRG in Polen

Seit 2008 rechnen polnische Krankenhäuser ihre Leistungen nach DRG ab. Das System wurde mehrfach reformiert, die Kostensätze sollen eigentlich regelmäßig angepasst werden. 2017 wurde das Erstattungssystem für Krankenhäuser neu geregelt. Ein Teil der Krankenhäuser erhält jetzt statt der DRG-basierten Erstattung zweimal jährlich qualitätsbezogene Pauschalbeträge sowie für bestimmte Fälle auch pflegebasierte Zahlungen. Die Pauschalen hat man allerdings nach dem Niveau der DRG-Erstattungen von 2015 festgelegt. Das Entgelt für einige Operationen berechnet sich sogar auf der Grundlage von 2009. Die eigentlich vorgesehenen regelmäßigen Updates lassen auf sich warten.

Während also die Patient*innenzahlen sowie die Material- und Energiekosten steigen, stagnieren die Erstattungen. Die Konsequenz: eine verheerende Unterfinanzierung und infolgedessen drastische Qualitätseinbußen im stationären Sektor. Mit jeder zusätzlichen Operation landet ein Krankenhaus weiter in den Miesen. Kliniken, die keine Spender*innen oder Stiftungen im Rücken haben, können ihre Häuser nicht instandhalten, geschweige denn in neue Geräte oder dringend benötigte Ersatzbeschaffungen investieren. Über 30 Jahre nach Ende des Warschauer Pakts ist Mangelwirtschaft also nach wie vor gelebte Realität.

Fun Fact: Trotz des allgegenwärtigen Mangels ist Polen in Bezug auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen Deutschland um Längen voraus: e-Rezept und e-AU auf dem Smartphone sind Alltag. Der Medizinstudent aus Deutschland wird hier nicht nur von seinen Kommilitonen aus Norwegen oder Schweden, sondern auch von der polnischen Apothekerin mitleidig belächelt, wenn er mit einem handgeschriebenen Papier-Rezept sein Antihistaminikum kaufen möchte.



Scanrail/Adobe Stock

NICHT VERZAGEN - JUREK FRAGEN!

Ob auf Computertomografen, Brutkästen oder Röntgengeräten – in vielen polnischen Kliniken klebt ein kleines rotes Herz an medizinischen Geräten. Die Patient*innen wissen: Dieses Gerät wurde gespendet. Die WOSP-Stiftung, eine Initiative von Jurek Owsiak, sammelt seit 1993 im Rahmen der Benefizveranstaltung „Großes Orchester der Weihnachtshilfe“ jedes Jahr im Januar Geld für das polnische Gesundheitssystem, besonders für die Versorgung von Kindern. Rund 120.000 Freiwillige beteiligen sich, Schulklassen veranstalten Spendenläufe, Promis versteigern Fan-Artikel. Bedürftige Krankenhäuser bewerben sich um Geräte. Die 31. Kampagne im Januar 2023 brachte 243.259.387,25 Złoty (umgerechnet 54,68 Millionen Euro) ein. Im Anschluss gibt es jedes Jahr eine große Ausschreibung, und zu der Bieterkonferenz reisen Vertreter*innen von Medizintechnik-Herstellern aus ganz Europa an und hoffen auf Zuschlag. <https://en.wosp.org.pl/>



Longfin Media/Shutterstock.com



sodafish/Stock

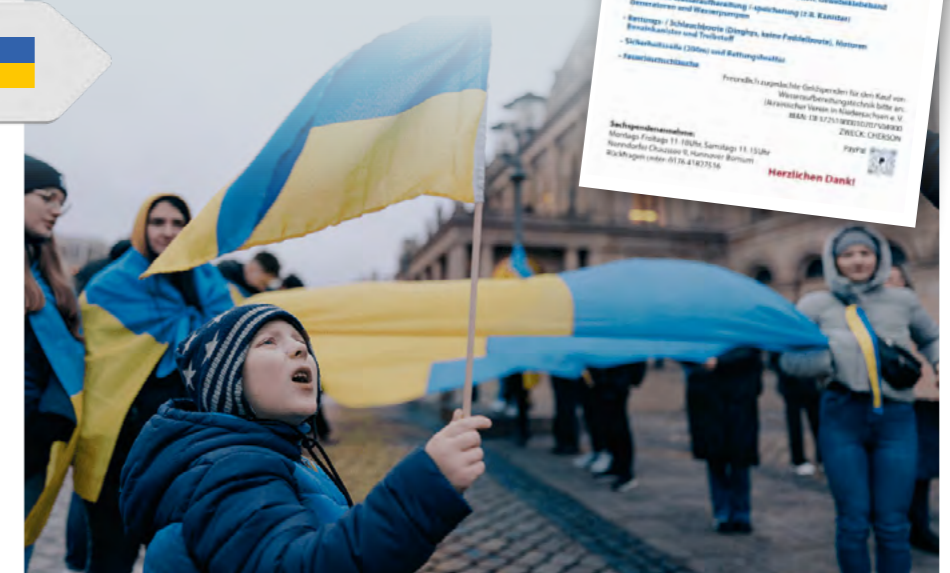
casusQuo-Crew organisiert Spendenaktion für die Ukraine

MarinaThach/Stock

Nicht nur die polnische Regierung und Bevölkerung unterstützt das ukrainische Volk nach Kräften – auch die casusQuo-Crew engagiert sich seit Beginn des russischen Angriffskriegs mit Sach- und Geldspenden.

Diese gehen an den Ukrainischen Verein in Niedersachsen e.V. (<https://uvnev.de/>), der sie einerseits direkt an notleidende Menschen in der Ukraine, andererseits an ukrainische Geflüchtete in Hannover und Umgebung verteilt. Seit dem verheerenden Erdbeben in der Türkei und Syrien unterstützt der UVN e.V. übrigens auch die Soforthilfe für das Katastrophengebiet mit Know-how und erprobten Strukturen.

Die casusQuo-Crew sammelt seit März 2022 regelmäßig – gemäß dem jeweils aktuellen Bedarf – Kleidung, Bettwäsche, Rucksäcke, Geschirr, Hygieneartikel, Lebensmittel und/oder Spielzeug. Insgesamt sind seit Beginn der Aktion 53 volle Umzugskartons an den UVN übergeben worden. Einige Kolleg:innen haben zudem einmalig oder monatlich per Abzug von der Gehaltsabrechnung Geld gespendet.



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 wie Fleischesser, Radfahrer und Autofahrer, Hindus, Christen oder Muslime. Die Liste ließe sich endlos fortsetzen. Klar ist: Chancengleichheit ist ein Gebot der Stunde, auch und gerade im Gesundheitswesen.

Nach einer Reihe von Gesprächen mit Vertreterinnen der GKV haben wir für diese Ausgabe mit Dr. Gundula Werner gesprochen, die uns die Perspektive der Leistungserbringer auf Frauenkarrieren nahebringt.

Interview mit Dr. Gundula Werner,
Vizepräsidentin der Deutschen Krankenhausgesellschaft

„Weniger zweifeln, zögern und zaudern...“



» Guten Tag Frau Dr. Werner, und gleich vorab vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview nehmen. Sie sind ja nicht nur Vizepräsidentin der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sondern auch Geschäftsführerin eines großen Klinikums in Thüringen mit etwa 1.000 Mitarbeitenden. Können Sie ad hoc sagen, wie viele davon Frauen sind? Ist das Verhältnis der Geschlechter bei Ihnen relativ konstant, oder verändert es sich, und falls ja, in welche Richtung? Wie ist die Verteilung bezüglich Voll- und Teilzeitstellen? Und gibt es eine sichtbare Korrelation zwischen Geschlecht und Qualifikationsniveau?

Der Frauenanteil bei uns im Krankenhaus liegt ziemlich stabil bei 80%. Das liegt natürlich daran, dass es im Krankenhaus viele soziale Berufe gibt, die traditionell stärker weiblich besetzt sind. Das gilt für die Pflege, aber auch für verschiedene therapeutische Berufe.

Was die Arbeitszeit angeht: Der Vollzeitanteil in unserem Klinikum beträgt insgesamt 48%, bei den Frauen arbeiten immerhin 41% Vollzeit. Tatsächlich kann ich empirisch sagen, es arbeiten auch viele Männer in Teilzeit und übernehmen Aufgaben in der Familie.

Und falls Sie bei der Korrelation zwischen Geschlecht und Qualifikation auf die Führungspositionen im Haus abzielen: Von 10 Chefarztstellen sind bei uns 3 mit Frauen besetzt. Bei den Oberarztstellen ist das Verhältnis deutlich ausgewogener. Nach oben hin wird auch bei uns also die Luft für Frauen immer dünner.

„Verantwortung in der Familie muss aus meiner Sicht geteilt werden“

» Verfolgen Sie als Geschäftsführerin des Klinikums eine Strategie zur Frauenförderung, und falls ja, welche?

Eine explizite Strategie im engeren Sinne verfolgen wir nicht, aber das heißt nicht, dass wir Frauen nicht unterstützen. Das heißt konkret: wenn mal eine Chefarztstelle zu besetzen ist, versuchen wir immer eine Frau dafür zu gewinnen. Nur passiert das natürlich nicht so oft. Aber wir unterstützen und ermutigen Frauen immer, sich zu bewerben.

Ich wehre mich zwar dagegen, das als Frauenförderung zu definieren, aber wir haben zum Beispiel bei uns auch eine Betriebskita. Ich verstehe das eher als Familienförderung. Die Einrichtung kommt natürlich Frauenkarrieren auch zu Gute, aber eben nicht nur. Ich weiß selbstverständlich, dass sowas oft als Frauenförderung verkauft wird. Vielleicht hat es mit meiner Vergangenheit in der ehemaligen DDR zu tun, aber ich denke nicht in solchen Rollenbildern und sträube mich auch dagegen. Verantwortung in der Familie muss aus meiner Sicht geteilt werden.

» Im DKG-Präsidium sitzen Sie als einzige Frau neben zwei Männern. Ist das Zufall oder doch ein Abbild der Machtverhältnisse insgesamt?

Vermutlich ist es kein Zufall, und es könnte ja theoretisch auch umgekehrt sein, aber es ist nun mal so im Moment. Es ist ja für mich die erste Legislaturperiode im DKG-Präsidium, aber ich habe momentan nicht das Gefühl, dass ich meine Ellenbogen ausfahren muss, um mich als Frau durchzusetzen. Ich habe da keine Schwierigkeiten.

Frauenfragen stehen bei der DKG nicht um ihrer selbst willen auf der Agenda. Aber wenn es z. B. um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen geht, dann sind Frauen davon natürlich überproportional betroffen, weil sie in Krankenhäusern einen großen Teil der Beschäftigten stellen.

Die DKG selbst hat sich übrigens zum Ziel gesetzt, ihre Geschäftsstelle zunehmend weiblicher zu besetzen. Frau Professor Neumeyer ist jetzt seit einem Jahr stellvertretende Vorstandsvorsitzende, und ich finde, als junge Frau bereichert sie die Arbeit in der Geschäftsstelle sehr. Damit sind wir also auf einem guten Weg, den wir weiter verfolgen werden.

„... für karrierebewusste Frauen bieten sich jetzt besonders viele Chancen und Perspektiven...“

» Fortsetzung auf Seite 12



Dr. Gundula Werner

Dr. rer. oec. Gundula Werner ist seit 2021 Vizepräsidentin der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Seit 2006 arbeitet sie als Geschäftsführerin des Klinikums Altenburger Land. Die Ökonomin ist seit 2010 zudem Vorstandsvorsitzende der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen. Außerdem engagiert sie sich politisch; Dr. Werner ist Stadtratsvorsitzende der Stadt Schmöln.

» Fortsetzung von Seite 11

» *Sind die Karrierechancen von Frauen im deutschen Gesundheitssystem Ihrer Einschätzung nach eher besser oder eher schlechter als in anderen Branchen? Wo sehen Sie die Gründe dafür?*

Dazu habe ich keine eindeutige Antwort. Ich denke, Frauenkarrieren funktionieren im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht besser oder schlechter als anderswo. Aber Frauen sind nun mal in sozialen Berufen, wie wir sie im Gesundheitswesen finden, traditionell überrepräsentiert. Gleichzeitig sind sie in Führungspositionen im Verhältnis zur Beschäftigtenquote unterrepräsentiert. Deswegen profitieren von unseren Bemühungen, den Fachkräftemangel zu bekämpfen, Frauen in besonderer Weise. Damit kommt der Fachkräftemangel Frauenkarrieren sozusagen entgegen, denn für karrierebewusste Frauen bieten sich jetzt besonders viele Chancen und Perspektiven. Wir fördern aber natürlich prinzipiell alle Mitarbeitenden und unterstützen weibliche und männliche Bewerber*innen gleichermaßen.

» *Als DKG-Vizepräsidentin können Sie das sicher am besten einschätzen: Sind die Krankenhäuser in Deutschland in der Förderung von Frauen in Führungspositionen Vorreiter oder dienen andere Branchen als Vorbild?*

Die Krankenhäuser sind in Deutschland wegen des hohen Frauenanteils unter den Beschäftigten in einer besonderen Position. Sie müssen sich deshalb intensiver als andere Arbeitgebende bemühen, den Karriereaufstieg von

Frauen zu erleichtern, und das tun sie meines Wissens auch. Aber natürlich gibt es immer noch Luft nach oben, man kann immer besser werden.

» *Welche Ansätze zur Förderung und Unterstützung von Frauenkarrieren verfolgen Sie bei der DKG, welche verfolgen Ihre Mitglieder? Wo sehen Sie Nachholbedarf?*

Ich hatte ja schon vorhin erwähnt, wie wir als DKG und wie Krankenhäuser allgemein Frauenkarrieren fördern. Aber wie gesagt: Man kann immer besser werden, das ist ja nichts Statisches. Ich möchte allerdings auch sagen, das ist aus meiner Sicht nicht nur eine Aufgabe der Arbeitgebenden. Es hat auch viel mit dem Selbstverständnis von Frauen zu tun, inwieweit sie Karrierechancen wahrnehmen. Ich fände es gut, wenn Frauen sich mehr zutrauen und weniger zweifeln, zögern und zaudern.

Noch etwas: Ich weiß nicht, ob es an meiner DDR-Geschichte liegt oder ob es eine Generationenfrage ist: Mich erstaunt, wie viele junge Menschen – Frauen wie auch Männer – heute gar nicht mehr unbedingt Karriere machen wollen. Da ist viel von Work-Life-Balance die Rede. Sowas kannten wir ja früher gar nicht.

» *Da haben Sie mir ja schon das Stichwort gegeben: Mögen Sie über Ihre eigenen Erfahrungen als Frau im Gesundheitssystem berichten? Vielleicht insbesondere im Hinblick auf Ihre Wurzeln in der ehemaligen DDR, wo ja Frauenkarrieren m.W. viel selbstverständlicher waren als in Westdeutschland.*

Mit einer Vergangenheit in der DDR sieht man vieles vielleicht wirklich ein bisschen anders. Ich hatte sicher damals weniger Zweifel als ich sie bei jungen Frauen heute wahrnehme. Natürlich wusste ich als junge Frau nicht, was ich genau erreichen wollte, aber dass ich etwas erreichen möchte, war für mich selbstverständlich. Mich beruflich nicht zu engagieren und weiterzuentwickeln, das stand für mich nicht zur Debatte.

Für mich kam es übrigens auch nie in Frage, Teilzeit zu arbeiten. Und selbstverständlich habe ich trotzdem auch Kinder großgezogen. Ich habe einfach die beiden Aspekte nicht als Gegenpole in meinem Leben begriffen.

Ich habe manchmal den Eindruck, es wird wieder mehr gezauert heutzutage. Prioritäten werden anders gesetzt, der Stellenwert der beruflichen Arbeit im eigenen Leben wird anders bewertet. Das ist, scheint mir, bei Frauen noch mehr der Fall als bei Männern. Aber es ist wohl inzwischen auch eine Entwicklung, die nichts mehr mit der Frauenfrage zu tun hat, sondern beide Geschlechter betrifft.

» *Jetzt könnte man natürlich entgegennehmen, dass die Entscheidung für mehr Freizeit, weniger Arbeit und womöglich mehr Zeit mit der Familie, wenn sie denn eine freie Entscheidung ist, auch ein Akt der Selbstermächtigung ist.*

All diese Dinge sind ja nie so eindimensional, wie sie manchmal scheinen. Natürlich kann man ein Leben nicht mit



einem anderen vergleichen. Für mich persönlich stand diese Entscheidung nie zur Debatte, und ich habe mich dabei auch nicht unfrei gefühlt. Es war für mich einfach selbstverständlich, dass ich mich auch beruflich verwirkliche, arbeiten gehe und etwas leiste. Meine Mutter hat immer gearbeitet, und selbst meine Großmutter war zeitlebens berufstätig. Ich hatte also wohl auch gute Vorbilder. In der DDR war das einfach üblich, das habe ich gar nicht in Frage gestellt. Und selbstverständlich gehört eine Portion Glück dazu!

Denn ich hatte immer Unterstützung in der Familie – sonst wäre das mit der Karriere so auch nicht gegangen. Mein Ehemann und ich haben uns die Kindererziehung geteilt und beide trotzdem beruflich viel erreicht. Und zum Thema Glück: Ich habe in der Wendezeit auch Chancen genutzt, die sich mir durch den Umbruch geboten haben.

» *.... die Chancen dann ergreifen, wenn sie sich bieten...“*

» *Mir scheint, auch wenn ich Sie ja gerade erst kennenlerne, dass Sie mit der Aussage „Glück gehabt“ etwas zu bescheiden auftreten. Sie haben sicher auch vieles richtig gemacht und, wie Sie sagen, Chancen ergriffen, die sich geboten haben. Das ist doch mehr als einfach Glück!*

Sie haben Recht – natürlich muss man das auch wollen und die Chancen dann ergreifen, wenn sie sich bieten. Das habe ich sicher immer getan. Ohne Vorbilder und Unterstützung von verschiedenen Seiten wäre meine Karriere aber trotzdem so nicht gelungen, und dazu gehört eben auch Glück. Glück hatte ich übrigens auch während meiner Assistentenzeit an der Uni Merseburg. Der Professor, bei dem ich promoviert habe, hat mich immer sehr gefördert und mir den Rücken gestärkt.

» *Glück und Verstand waren ja schon immer eine segensreiche Kombination. Ich denke, darauf können wir uns einigen, liebe Frau Dr. Werner. Ganz herzlichen Dank für das Gespräch und besonders für die persönlichen Einblicke!*



Im dialoQ mit: Anna-Lena Müller

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

... freue ich mich, nicht nur über Elternthemen zu sprechen. Ich kann fast sagen, hier im Büro, das ist meine Me-Time. Die Arbeit macht mir Spaß und gibt mir das Gefühl, abseits meiner Mutterrolle auch als eigenständige Person zu existieren. Und für den Kopf ist es ebenfalls gut, regelmäßig auch was anderes als Haushalt zu machen!

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

... verbringe ich die meiste Zeit mit meiner 2-jährigen Tochter. Sie ist ebenso neugierig auf die Welt wie ich. Im Urlaub reisen wir gern. In Hannover gehen wir in den Zoo oder auf den Spielplatz. Und wenn das Wetter nicht so gut ist, backen wir zu Hause Waffeln oder treffen uns mit Freunden, die ebenfalls Kinder haben.

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

... hmm... eigentlich bin ich total glücklich, so wie es ist, und habe kein Bedürfnis zu tauschen. Aber als Kind wäre ich gern Polizistin geworden, und darauf bin ich auch heute noch neugierig. Das würde ich mir ganz gern mal für einen Tag ansehen. Warum Polizistin? – Ich glaube, ich wollte einfach für Gerechtigkeit sorgen – und das machen wir ja hier bei casusQuo auch.

Anna-Lena Müller ist noch ganz frisch bei casusQuo: Seit 1. März 2023 arbeitet sie im Bereich Teamassistenz und ZVK.

Nach ihrer Ausbildung als Kosmetikerin und anschließend als Kauffrau im Gesundheitswesen zog es sie 2011 wegen des schönen Wetters und der hohen Lebensqualität ins sonnige Freiburg. Ab 2016 hat sie als Teamassistentin und im ZVK beim Abrechnungszentrum Emmendingen gearbeitet. Nach der Geburt ihrer Tochter erschien ihr dann die Nähe zur Familie wieder wichtiger: „Schließlich soll mein Kind mit Großeltern und im Kreis einer großen Familie aufwachsen.“ Es war ihr Teamleiter in Emmendingen, der ihr vorschlug, sich bei casusQuo zu bewerben. Gesagt – getan: So bleibt Anna-Lena Müller der Abrechnungsprüfung erhalten!

20 Jahre casusQuo: Eindrücke vom dialoQ event am 04.05.2023



Es gab etwas zu feiern am 4. Mai im Hannover Congress Centrum: casusQuo ist 20 Jahre alt geworden. 20 Jahre, in denen wir unsere Kunden bei der Abrechnungsprüfung unterstützen. 20 Jahre, in denen wir unzählige Einzelfälle geprüft und insgesamt weit über 300 Millionen Euro retaxiert haben. 20 Jahre an der Seite unserer geschätzten Kundenkassen: immer kooperativ, partnerschaftlich und schlagkräftig.



Anlass genug, endlich wieder ein großes dialoQ event zu veranstalten und unseren Kundinnen und Kunden live zu begegnen, gemeinsam zu feiern und zu networken. Aber wir wären ja nicht casusQuo, wenn wir nicht immer auch einen Blick in die Zukunft werfen würden.

Deshalb gab es zum dialoQ event 2023 auch wieder eine prominent besetzte Podiumsdiskussion, diesmal zum Thema „Die Zukunft der Krankenhausversorgung in Deutschland“. Namhafte Vertreter*innen aus Wissenschaft, Politik und Verbänden haben sich unter großer Anteilnahme des Publikums kontrovers, aber immer konstruktiv ausgetauscht. Das erfreuliche Feedback der Teilnehmenden zu dem Tag bestätigt unseren Eindruck: Das dialoQ event 2023 war inspirierend und informativ, und auch der Spaß am Feiern kam nicht zu kurz. Danke an alle, die dabei waren!



Fotos: Jan von Allwörden



Nelson Mandela als casusQuo-Geschäftsführer?



Liebe Antje, lieber Udo, Ihr seid ja sozusagen die casusQuo-Urgesteine und beide seit dem 1. April 2003 an Bord – Antje als Kostenmanagerin und Udo als Geschäftsführer.

Was waren aus Eurer Sicht die größten Erfolge und die größten Herausforderungen in den letzten 20 Jahren?

Udo Halwe: Grundsätzlich ist ja schon der Schulterchluss, der zu unserer Gründung geführt hat, als Erfolg zu bezeichnen.

Antje Schiffner: Ja, und dass wir es vom ganz kleinen Dienstleister zum Marktführer geschafft haben, das ist in jedem Fall auch ein Erfolg. Allerdings war das schnelle Wachstum Erfolg und Herausforderung zugleich. Denn wir mussten über die Jahre viele neue Kolleginnen und Kollegen einarbeiten. Dass es uns immer gelungen ist, sie alle in die casusQuo-Familie zu integrieren, das ist aus meiner Sicht eindeutig ein Erfolg.

Udo Halwe: Zu unseren Erfolgen zählt auf jeden Fall auch, dass wir ziemlich zu Anfang eine Ersatzkasse und eine IKK als Kunden gewonnen und dann eine Niederlassung in Hamburg eröffnet haben. Aber das war zugleich Segen und Fluch. Denn nach 3 Jahren hat die Ersatzkasse fusioniert, wir haben dadurch etwa die Hälfte unserer Fallzahl auf einen Schlag verloren und mussten den Hamburger Standort schließen. Es war an einem Freitag, dem 13., als wir das den Mitarbeitenden hier in einer Mitarbeitenden-

Versammlung sagen mussten. Den Tag habe ich als ganz furchtbar in Erinnerung – eine echte Herausforderung für mich persönlich. Aber alle haben zum Glück schnell neue Jobs gefunden.

Aus dieser Erfahrung heraus ist dann übrigens die casusQuo GmbH entstanden, um die anderen Kassen vor Haftungsrisiken zu schützen. Nach der Konsolidierung konnten wir relativ schnell die Früchte des Erfolgs ernten, denn dass wir eine GmbH waren, das hat Vertrauen geweckt.

Ganz eindeutige Erfolge waren und sind auch immer die bundesweiten BKK-Benchmarks, in denen bis heute die casusQuo-Kassen jedes Mal wieder an vorderster Stelle stehen.

Wo gab es mal wirklich etwas zu lachen?

Antje Schiffner: Bei unseren Firmenfeiern gibt es immer was zu lachen! Aber auch im Arbeitskontext gibt es immer mal wieder komische Situationen. Neulich sprach ich zum Beispiel mit einem Medizincontroller, als ich eine Kollegin vertreten habe. Der meinte, ich hätte so eine nette Stimme, er möchte mir ein Kochbuch schenken. Darauf warte ich jetzt allerdings noch...



Udo Halwe: Herrlich war auch, als unser allererster Azubi, noch ganz frisch bei uns mit 16 Jahren, versehentlich eine Mail, die für einen Mitschüler bestimmt war, mit der Anrede „Hallo Süßer“, an mich geschickt hat. Ich fand es brüllend komisch... er weniger.

Ihr habt 2 Jahrzehnte lang Einzelfälle geprüft – inzwischen sicher Hunderttausende. Gibt es einen, an den ihr euch besonders erinnert, und warum?

Antje Schiffner: Ja, ein Kind mit einem sehr teuren Hochkostenfall, wo ich durch den Kontakt mit der Kasse viel aus dem familiären Umfeld erfahren habe. Als das Kind – als Frühchen geboren und mit einem Jahr verstorben – am Ende gestorben ist, hat mich das schon sehr berührt. Das war vor ungefähr 4 - 5 Jahren... und ich bin ja selbst auch Mutter, das nimmt man dann schon mit nach Hause.

Udo Halwe: Das geht mir ganz ähnlich. Ich hab ja im Alltag nicht viel mit konkreten Fällen zu tun, aber wenn das mal vorkommt, dann sind es immer die Schicksale, die mir nahe gehen. Als Beispiel nenne ich mal einen Hochkostenfall über 1,36 Mio. EUR. Er betraf einen Säugling, der ein hochpreisiges

Medikament im Off-Label-Use bekommen hat – und in diesem Fall hat es geholfen!

Was mich dann immer begeistert: Ich rufe ja bei solch teuren Fällen normalerweise den Vorstand der Kasse an und informiere darüber, was auf die Kasse zukommt. Und als Reaktion bekomme ich ausnahmslos immer: „Ja, Herr Halwe, das ist natürlich unter Kostenaspekten hart, aber dafür sind wir als Krankenkasse da.“ Das finde ich einfach toll, dass wir in Deutschland unabhängig vom sozialen Status alle Zugriff auf die gleichen Behandlungen haben. Und das wird eben an solchen Einzelfällen deutlich.

Was waren die größten Überraschungen, mit denen ihr in 20 Jahren casusQuo konfrontiert wurdet?

Antje Schiffner: Eine richtig schöne Überraschung war, als wir 2021 erfahren haben, dass wir ab 2022 ein 13. Monatsgehalt bekommen – und das trotz der Pandemie!

Udo Halwe: Zwei schöne Überraschungen waren für mich auch die casusQuo-Ehepaare. Beide haben 2022 geheiratet. Paare gab es hier ja vorher schon, aber Ehepaare – das war neu im letzten Jahr und freut mich sehr.

Heute ist es ja eigentlich gang und gäbe, alle paar Jahre die Stelle zu wechseln. Bei casusQuo ist aber fast die Hälfte der Mitarbeitenden schon seit über 10 Jahren am Start. Was hält dich, Antje?

Antje Schiffner: Die anspruchsvolle Arbeit, bei zugleich viel inhaltlicher Freiheit. Dann der familiäre Rahmen: man bekommt viel Unterstützung, Verständnis, Hilfestellung, auch wenn man mal nicht fit ist – ich bin ja auch nicht die gesündeste. Ich denke, das gilt für alle hier, dass wir uns gut aufgehoben fühlen.

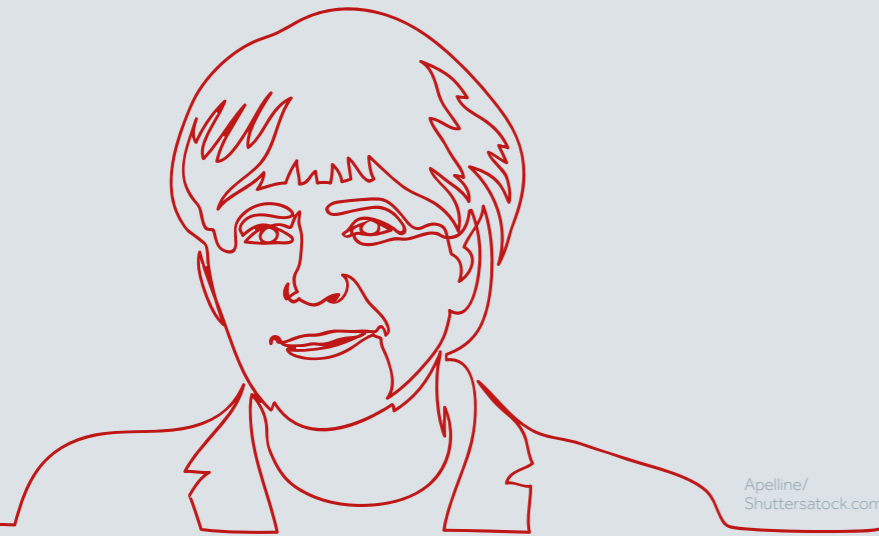
Udo Halwe: Das freut mich natürlich zu hören!

Udo, casusQuo ist ein großer Teil deines Lebens. Wie hat casusQuo dich verändert?

Udo Halwe: Mich haben die 20 Jahre Ehrfurcht vor und Dankbarkeit für meine Aufgabe gelehrt. Es vergeht keine einzige Woche, in der ich nicht dankbar bin, diesen Job angenommen zu haben und ihn machen zu dürfen.

» Fortsetzung auf Seite 18





Apeline/
Shutterstock.com

Ich finde es einfach immer noch erfüllend, der GKV dienen zu können und davon ein Bestandteil zu sein. Insbesondere auf Grund der Menschen – als Kundinnen und Kunden aber auch als Mitarbeitende – das ist echt toll und macht mich geradezu demütig.

Es ist übrigens bis heute keine Selbstverständlichkeit, was mir passiert ist: Ich bin als schwuler Mann im BKK-System immer akzeptiert worden, musste weder lügen noch mich verstecken. Alle wesentlichen Personen wussten Bescheid, und mein Schwulsein hat nie jemanden gestört, sondern ich bin in der BKK-Gemeinschaft immer zu Hause gewesen als der, der ich bin.

Antje, wenn du nicht Kostenmanagerin bei casusQuo wärst – was wärst du stattdessen?

Antje Schiffner: Ich würde etwas mit Tieren machen, Tierärztin oder Züchterin oder irgendwas in der Richtung – das wäre ein Traum gewesen!

Udo, wenn du nicht Geschäftsführer bei casusQuo wärst – was wärst du stattdessen?

Udo Halwe: Es ging ja gesundheitlich nicht, aber ich wäre sehr gern Pilot geworden, oder irgendwas anderes im Zusammenhang mit der Fliegerei, das wäre echt meins gewesen.

Und wenn nicht du casusQuo-Geschäftsführer wärst, Udo, wer sollte es an deiner Stelle sein? Nelson Mandela? Maria Magdalena? Elvis Presley? Steffi Graf? Ganz wer anders? Du hast die Wahl!

Udo Halwe: Nelson Mandela steht natürlich ganz weit vorne, weil er für Gerechtigkeit und Wertebewusstsein steht, für Fairness und einen vernünftigen Umgang miteinander. Aber natürlich ist er eigentlich eine Nummer zu groß. Es könnten auch eher unbekannte Leute sein wie z.B. mein guter Freund Bert, Inhaber einer renommierten Werbeagentur, der ein ähnliches Menschenbild hat wie ich. Oder auch Angela Merkel (lacht)... Was man an den Beispielen jedenfalls sieht: in meiner Position ist es vor allem wichtig, die Crew zusammenzuhalten und Themen nach vorne zu bringen.

Udo, dieses Interview ist eine gute Möglichkeit, um sich an Kunden und Mitarbeitende zu richten. Hast du eine Botschaft für sie?

Udo Halwe: Ich bin wirklich froh über die Kunden und ihr Vertrauen in uns, denn immerhin haben sie uns ihren größten Ausgabenblock anvertraut, und über die jederzeit partnerschaftliche Zusammenarbeit. Und natürlich wären wir da, wo wir heute sind, nicht ohne unsere Crew. Vom Führungskreis bis zum Azubi im 1. Lehrjahr: ohne die Mitarbeit jeder und jedes Einzelnen ginge und geht nichts!

Zu guter Letzt ein Blick in die Glaskugel: Wo seht Ihr casusQuo in 20 Jahren?

Antje Schiffner: Ich sehe uns weiterhin beständig am Markt mit unserem Angebot. Also ich hab absolut keine Zukunftsängste und bleibe hier bestenfalls bis zur Rente!

Udo Halwe: Ja, ich sehe uns ebenfalls nach wie vor am Markt, immer noch für die GKV aktiv. Aber unsere Kernaufgaben werden sich verändert haben, und dafür müssen wir uns in der Zwischenzeit immer wieder neu erfinden. Wir haben dafür auch genau die richtigen Leute, die das stemmen können und wollen. Und das alles übrigens ohne Udo Halwe – denn in 20 Jahren bin ich nicht mehr dabei!



 **adesso smile**

**HIGH PERFORMANCE
FÜR IHR LEISTUNGSMANAGEMENT**



**KI-unterstützte
Analysestraße**



**Optimierte
Datenströme**



**Hohe
Erweiterbarkeit**



**Standards
verpflichtet**



**Modernes Design
in Web-Technologie**



**Steuerung und
Konfiguration**

Mit der **adesso smile**-Plattform steht nun ein zukunftsweisendes Toolset zur Verfügung, das Kostenträger im Gesundheitswesen in idealer Weise dabei unterstützt, **Einsparpotenziale zu erkennen und zu nutzen**. Dies geschieht durch den Einsatz KI-gestützter Funktionen, die z. B. eingehende Abrechnungen analysieren und die Ergebnisse in eine Entscheidungsgrundlage für die Sachbearbeiter:innen verwandeln.

Jede Menge Fachkompetenz aus der Praxis fließt in die Entwicklung der Software, so dass ein Produkt entsteht, welches **optimal auf die Bedürfnisse der Leistungsprüfung auf Kostenträgerseite zugeschnitten** ist – und das durch seine intuitive Bedienung und intelligenten Funktionen keine Wünsche offen lässt.

Das hört sich auch für Sie interessant an?

Gern stellen wir Ihnen adesso smile persönlich vor:
E-Mail: andreas.bruegmann@adesso-health.de
Telefon: 04321 9995-51

 **adesso smile**



adesso | health solutions



Erkenntnisse von der Berlinale für Krankenkassen

Goldener Bär zeigt: Psychische Erkrankungen nehmen weiter zu

Asatur Yesayants/Shuttersatock.com

Das gab es noch nie! Ein Dokumentarfilm hat dieses Jahr den Goldenen Bären der Berlinale gewonnen. Kein Tierfilm und auch keine Landschaftsdoku, sondern ein Dokumentarfilm über Menschen mit psychischen Erkrankungen!

Dieser Film und der Preis zeigen, dass psychische Probleme immer mehr in den Fokus der Gesellschaft rücken. Die Jury hat vermutlich mit der Ehrung auch dazu beitragen wollen, diese Themen intensiver im gesellschaftlichen Diskurs zu halten.

Krieg, Corona-Pandemie, private Sorgen – all das bedeutet eine enorme psychische Belastung für immer mehr Menschen. Laut Statistischem Bundesamt¹ wurden im Jahr 2021 in Deutschland insgesamt 803.979 Patientinnen und Patienten vollstationär in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern behandelt – Tendenz steigend.

Die Fälle teilen sich wie folgt auf:

- » **Allgemeinpsychiatrie**
665.372 Behandlungsfälle
- » **Psychosomatik**
72.818 Behandlungsfälle
- » **Kinder- und Jugendpsychiatrie**
60.044 Behandlungsfälle

Zahlen im Vergleich

Die am meisten behandelten Krankheitsbilder sind die mittelgradig depressiven Episoden und die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Die Mehrheit der Behandelten ist männlich (52 %), der Altersdurchschnitt beträgt 45 Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei 29 Tagen.

Die casusQuo-Kundenkassen hatten im Jahr 2021 rund 9.110 Patientinnen und Patienten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, im Jahr 2022 waren es 9.596 Patientinnen und Patienten. Die vom Statistischen Bundesamt ermittelte durchschnittliche Verweildauer stimmt mit den casusQuo-internen Daten überein.

Aufnahmejahr	Fallzahl	Ø VWD (Tage)
2018	8.809	29,759
2019	8.878	30,769
2020	7.922	28,610
2021	9.100	30,695
2022	9.542	30,120
Gesamt	44.251	30,0

Quelle: casusQuo-interne Daten, cQ gesamt, Stand 25.04.2023: vollstationäre, nicht stornierte PEPP-Fälle

Für Krankenkassen bedeuten diese Erkenntnisse, dass sie sich auf zukünftig steigende Ausgaben für die Behandlung psychischer und psychiatrischer Erkrankungen einstellen müssen.

Kinder und Jugendliche besonders betroffen

Betrachten wir einen der oben genannten Bereiche näher: die Kinder und Jugendlichen. Laut einer österreichischen Studie, welche die Akutaufnahmen der ersten beiden Corona-Jahre (2020/21) mit den zwei Jahren vor der Pandemie (2018/19) verglichen hat, gab es keine Veränderungen von 2019 auf 2020. Im Jahr 2021 stieg jedoch die Zahl der Akutaufnahmen um 40,1 %.² Dieses Erkenntnis deckt sich mit den Zahlen der casusQuo-Kundenkassen:

Aufnahmejahr	Aufnahmen KJP
2018	310
2019	335
2020	314
2021	424
2022	402
gesamt	1.785

Quelle: casusQuo-interne Daten, cQ gesamt, Stand 25.04.2023: vollstationäre, nicht stornierte Notfallaufnahmen aus KJP

Es ist davon auszugehen, dass sich diese Erkenntnisse auf Deutschland übertragen lassen. Offenbar haben sich die Schutzmaßnahmen gegen COVID-19 stark auf die Psyche der Kinder und Jugendlichen ausgewirkt: Lockdowns mit Ausgangsbeschränkungen, geschlossene Geschäfte und vor allem die Einstellung des Präsenzunterrichts in Schulen waren gerade für junge Menschen besonders hart.

Die COPSY-Studie³, durchgeführt vom UKE in Hamburg, zeigt, dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Angstzuständen und depressiven Symptomen in Deutschland im Frühling 2020 und Winter 2020/21 zunahm. Dies ist ein globales Problem: Im Oktober 2021 wurde beispielsweise in den USA ein nationaler Notstand im Bereich der seelischen Kinder- und Jugendgesundheit ausgerufen, nachdem man einen dramatischen Anstieg an Notfallvorstellungen beobachtet hatte.

Expert*innen erwarten, dass die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch zukünftig auf einem höheren Niveau als vor der Corona-Pandemie bleiben⁴. Pandemiebedingt wurde z.B. die Arbeitsgruppe „Psychische Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Corona-Pandemie“ am baden-württembergischen Sozialministerium ins Leben gerufen. Sie hat 120 zusätzliche Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – leider zunächst nur für zwei Jahre – beschlossen. Langfristig wird es überall in Deutschland zu einer Ausweitung der Behandlungskapazitäten kommen müssen.

Die PEPP-Pauschalen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind, verglichen mit denen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik, relativ hoch bewertet. Krankenkassen sollten diese höheren und weiter steigenden Kosten in ihren Haushaltsplanungen berücksichtigen.

1 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html#:~:text=lm%20Durchschnitt%20waren%20sie%2045,bei%2047%20%25%20aufgrund%20eines%20Notfalls>
 2 <https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-022-00423-2>
 3 <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html>
 4 <https://www.swr.de/swr/aktuell/baden-wuerttemberg/stuttgart/interview-kinderpsychiater-esslingen-suizidgedanken-corona-langzeitfolgen-100.html>



casusQuo hat die Nase erneut vorn:

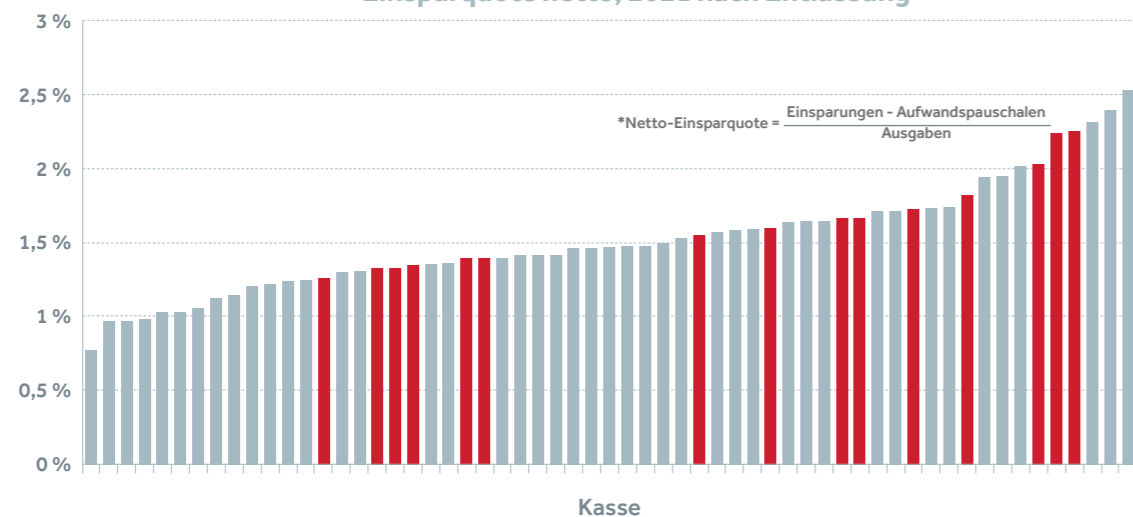
Überzeugende Ergebnisse auch im 5. BKK-Benchmark

Im Januar 2023 hat der BKK Landesverband Mitte die Ergebnisse des 5. BKK-Benchmark bekanntgegeben. Das Ergebnis bestätigt das Bild aus den vorigen Benchmarks: Die casus-Quo-Kassen haben die Nase erneut vorn.

Hohe Einsparquoten

4 der 10 Kassen mit den höchsten Retaxierungsquoten im 5. BKK-Benchmark sind casus-Quo-Kunden! Zum Vergleich: casusQuo hat 2021 25 % der am Benchmark teilnehmenden Krankenkassen bearbeitet, ist aber an 40 % der höchsten Retaxierungen beteiligt. Die folgende Abbildung zeigt die von den Krankenkassen realisierten Netto-Einsparquoten, wobei die von casusQuo bearbeiteten Kassen rot gekennzeichnet sind.

Einsparquote netto, 2021 nach Entlassung

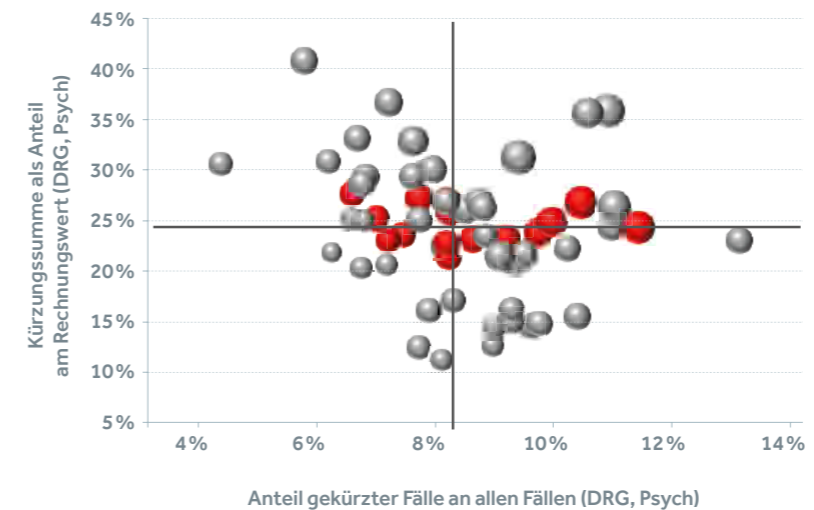


Quelle: casusQuo nach Daten des 5. BKK-Benchmark

Wert vs. Menge

Im nächsten Diagramm stellen wir die Wert-Komponente (= Kürzungssumme als Anteil am Rechnungswert) und die Mengen-Komponente (= Anteil gekürzter Fälle an allen Fällen) gegenüber. Dabei sind die von casusQuo bearbeiteten Kassen durch rote Kugeln markiert. Die Größe der Kugeln steht für die Einsparquote. Die blauen Linien kennzeichnen jeweils den Median. Es wird deutlich, dass die Ergebnisse der casusQuo-Kassen sich zum großen Teil nahe bei und oberhalb bzw. rechts der Medianlinien befinden.

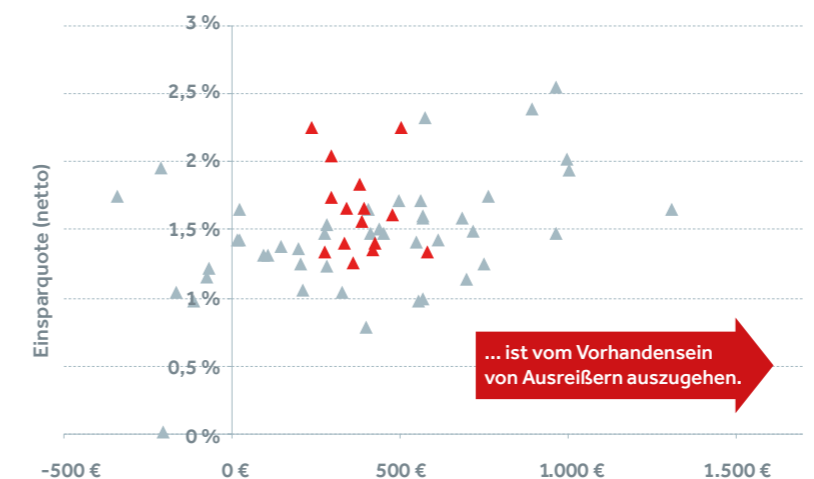
Gegenüberstellung von Anteil und Höhe der Kürzungen (Blasengröße = Netto-Einsparquote)



Quelle: casusQuo nach Daten des 5. BKK-Benchmark

Ausreißer

Abschließend betrachten wir den Einfluss von Ausreißern, also von einzelnen besonders hohen Abrechnungsfehlern. Diese können zu sehr hohen Einsparquoten führen. Ein Hinweis auf einzelne extrem hohe Einsparungen ergibt sich aus dem Abstand zwischen Mittelwert und Median der Einsparung. Datenreihen mit einer großen Differenz zwischen Mittelwert und Median sind viel stärker durch Ausreißer geprägt als Datenreihen mit einer geringen Differenz zwischen diesen Werten. Im 5. BKK-Benchmark ergibt sich folgendes Bild, wobei rote Dreiecke die casusQuo-Kassen kennzeichnen:



Quelle: casusQuo nach Daten des 5. BKK-Benchmark

Differenz zwischen durchschnittlicher Ersparnis je erfolgreichem Fall und Median der erfolgreichen Einsparsummen

Zum Thema Prüfquoten

Für das im 5. Benchmark untersuchte Jahr 2021 galt eine Prüfquote von 12,5 %, und zwar für DRG- und PEPP-Fälle gemeinsam. Es durften also nur sehr eingeschränkt Prüfungen beim Medizinischen Dienst (MD) eingeleitet werden: in jedem Quartal je Krankenhaus höchstens 12,5 % der Fallzahl jeder Krankenkasse. Mindestens eine MD-Prüfung war dabei je Krankenhaus, Kasse und Quartal immer möglich.

Die Fallauswahl erfolgte deshalb sehr gezielt, um auch tatsächlich nur die erfolgversprechendsten Fälle zum MD zu geben. Die Entscheidung fiel dabei eher auf eine sichere geringere Einsparung als auf unsichere höhere Einsparungen. Entsprechend sank damit auch die Höhe der durchschnittlichen Einsparung.

Erhebliche Preissteigerungen

Die jährliche Steigerung der Landesbasisfallwerte, die tagesbezogenen Pflegeentgelte seit 2020, dazu immer mehr Zuschlagszahlungen (auch durch Corona bedingt) und neue Zusatzentgelte, die zu Beginn häufig sehr teuer sind: all diese Faktoren haben zu einer deutlichen Kostensteigerung im stationären Sektor beigetragen.

Die Steigerung der Kosten führt allerdings nicht automatisch zu einer Steigerung der möglichen Einsparungen. Einer der Gründe dafür ist, dass die Pflegeentgelte aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht gekürzt werden dürfen. Bis 2019 waren diese noch in den DRGs eingepreist und konnten im Rahmen der Abrechnungsprüfung gekürzt werden. Ein weiterer Grund: 2021 stand die Behandlung von COVID-19-Fällen weiterhin im Vordergrund. Die Krankenhäuser haben deshalb viele geplante Operationen, die erfolgversprechende Prüfpotenziale bieten, nicht durchgeführt. Die daraus resultierenden Ergebnisse blieben aus.

Gerade angesichts dieses Kostenanstiegs ist es eine wichtige Aufgabe von casusQuo, Know-how und Kräfte zu bündeln. Die kontinuierlich guten Benchmark-Ergebnisse von casusQuo zeigen: Erfolgreiche Abrechnungsprüfung ist kein Zufall, sondern das Resultat aus Expertenwissen und Spezialisierung.

Gastbeitrag von
Prof. Dr. Reinhard Busse

Warum wir eine echte Krankenhausreform brauchen und wie sie aussehen sollte



gmaest3r/Stock

Warum muss es eine Krankenhausreform geben?

— Die deutsche Krankenhauslandschaft ist gekennzeichnet durch eine im internationalen Vergleich hohe Zahl von kleinen und wenig spezialisierten Krankenhäusern, vielen Betten (ca. 50 % mehr als im EU-Durchschnitt, vielen stationären Fällen (ebenfalls ca. 50 % mehr als im EU-Durchschnitt) und dementsprechend einem hohen Personalbedarf. Obwohl pro Kopf der Bevölkerung mehr Gesundheitspersonal als in den meisten Nachbarländern existiert, ist insbesondere das Patienten-Pflegepersonal-Verhältnis pro stationären Fall oder belegten Bett deutlich niedriger.

— Es bestehen daher keine bundesweit einheitlichen Definitionen von Versorgungsstufen und kaum Strukturvoraussetzungen, d. h. Voraussetzungen, welches Krankenhaus welche Leistungen erbringen darf (und welche nicht). So behandeln über 1.000 Krankenhäuser Patienten mit transmuralen Herzinfarkt; davon haben aber nur 578 einen Linksherzkatheter. Über 1.100 Krankenhäuser behandeln Patienten mit Schlaganfall; davon haben nur 475 eine Stroke Unit. Und fast 50 % aller Krebspatienten werden außerhalb von Krebszentren behandelt; beim Pankreaskarzinom sind es sogar über 70 %.

— Die fehlende Steuerung von Patienten ist problematisch, weil sie zu nachweislich schlechteren Behandlungsergebnissen führt: so ist die Sterblichkeit in Krankenhäusern mit kleinen Fallzahlen bei vielen Indikationen höher. Das WiZen-Projekt konnte zeigen, dass die Sterblichkeit von Krebspatienten, die nicht in Krebszentren behandelt werden, höher als bei Behandlung in Krebszentren ist. Gleiches gilt für Krankenhäuser ohne Stroke Unit im Vergleich zu solchen mit Stroke Unit. Und in Deutschland versterben mit 8,3 % der stationär behandelten Herzinfarktpatienten deutlich mehr als etwa in den Niederlanden mit 2,9 % oder in Schweden mit 3,5 %.

— Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2018 erstmalig Mindeststrukturvoraussetzungen für die Notfallversorgung in drei Stufen definiert. Dies war ein wichtiger erster Schritt hin zu einer bundesweit einheitlichen Definition von Versorgungsstrukturen und Schaffung von Transparenz. So ist seitdem klar, dass von den 1.700 Krankenhausstandorten, die nach DRGs abrechnen, nur 9 % der Stufe 3 („Umfassende Notfallversorgung“), 15 % der Stufe 2 („Erweiterte Notfallversorgung“), 37 % der Stufe 1 („Basis-Notfallversorgung“) und 38 % keiner Stufe zugeordnet sind.

— Ein weiterer Faktor ist das Geld: obwohl wir mit 3,4 % des BIP mehr für die stationäre Versorgung ausgeben als praktisch alle unsere Nachbarländer, werden dieses Jahr fast alle Krankenhäuser Defizite machen. Während der Corona-Zeit sind viele Patienten und Ärzte etwas abgekommen von der Haltung: besser mal ins Krankenhaus, das kann nicht schaden. Dadurch sind die Patientenzahlen gesunken, gegenüber 2019 um rund 15 %. Rein rechnerisch könnten von den 1.700 Standorten die 850 kleineren schließen, dann hätten die anderen 850 wieder das Patientenvolumen von vor der Pandemie. Das Problem ist also nicht das fehlende Geld, sondern, dass die Größe des Sektors und der Bedarf der Patienten nicht mehr zusammenpassen.

Professor Dr. Reinhard Busse,

MPH FFPH, Jahrgang 1963, ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin. Er arbeitet seit vielen Jahren u.a. in der vergleichenden Gesundheitssystemforschung. Zudem ist er wissenschaftlicher Leiter und Gründungsmitglied des Gesundheitsökonomischen Zentrums Berlin (HECOR), Fakultätsmitglied der Charité und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies.



» Fortsetzung auf Seite 26

Was hat die Regierungskommission vorgeschlagen?

— Der im Dezember 2022 vorgelegte Vorschlag der Regierungskommission zielt darauf ab, diese Probleme zu reduzieren oder gar zu beseitigen, also die nicht immer überzeugende Behandlungsqualität, die mangelnden strukturellen Voraussetzungen (Strukturqualität und Steuerung), den erheblichen Mengenreiz mit der daraus resultierenden Übertherapie, die damit verbundenen Personalprobleme und nicht zuletzt die von der Solidargemeinschaft zu tragenden Kosten. Im Kern ist der Vorschlag eigentlich banal: Krankenhäuser und ihre Leistungen werden einheitlich kategorisiert – und jedes Krankenhaus darf nur noch die Leistungen erbringen und vergütet bekommen, für die es personell und technisch ausgestattet ist. Im Gegenzug wird die Vergütung so umgestellt, dass Krankenhäuser ihre als bedarfsgerecht und qualitativ angemessen betrachteten Leistungen auch wirtschaftlich erbringen können, ohne nur auf die Fallmenge zu spielen.

— Die Veränderung der derzeit fast ausschließlich mengenbezogenen DRG-basierten Vergütung zugunsten eines 2-Säulenmodells durch Hinzufügen einer Vorhaltefinanzierung – bei gleichzeitiger Reduktion der DRG-Komponente – ist daher ein Kernelement der Reform.

— Zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und der bestmöglichen Patientenallokation werden Krankenhäuser zudem in bundeseinheitlich definierte Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level) eingeteilt, die es ermöglichen, lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge mit unterschiedlichem Bedarf an personeller und technischer Ausstattung abzugrenzen. Die Level sollen auf den derzeitigen Notfallstufen aufsetzen.

— Um die Mindestqualität auch auf Ebene der bisher kaum nach Leistungsspektrum definierten Fachabteilungen sicherstellen zu können, wird die Einführung eines Systems von etwa 100 Leistungsgruppen empfohlen, für die jeweils spezifische Anforderungen gelten, wenn die Krankenhäuser diese Leistungen erbringen möchten (bzw. sollen): Behandlung von Herzinfarkten nur bei einem Linksherzkatheter, Schlaganfälle nur mit Stroke Unit – und Krebs nur, wenn ein entsprechendes Zentrum zertifiziert ist.

— Obwohl der Vorschlag also zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenversorgung bei gleichzeitig rationalerer Nutzung der Personalressourcen führen würde, lehnen die Länder einen solchen Eingriff derzeit noch ab. Dabei ist schwer vorstellbar, dass sie die Alternative, nämlich eine ungeplante Veränderung der Krankenhauslandschaft, wirklich präferieren.

eva.

Einfache und verlässliche Datenanalysen für Krankenkassen

Mit unserer webbasierten Software EVA analysieren Sie eigenständig Ihre Versichertendaten ohne spezielle IT-Kenntnisse.



Der casusQuo-Marken-Relaunch

Wir dürfen vorstellen:

Unser Logo, unsere Website, das DialoQ Magazin: alles hat ein neues Look & Feel erhalten – digital und analog. Damit haben wir uns sozusagen selbst ein Geburtstagsgeschenk gemacht. Vieles wird Ihnen bekannt vorkommen, manches haben wir weiterentwickelt, die Farben sind geblieben. Die neue Optik ist zukunftsgerichtet und zugleich traditionsbewusst, modern, aber nicht modisch.



Und sie steht ganz im Zeichen unserer Werte: Kompetenz, Vertrauen, Innovation.

Wie gefällt Ihnen das neue Look & Feel? Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

ANWENDUNGSBEISPIELE

- Ermittlung von Kostentreibern und Identifikation von Einsparpotenzialen
- Beurteilung der Wirksamkeit neuer Versorgungsformen
- Identifikation und Unterstützung bei Off-Label-Use-Regressen
- Optimierung der Vertragsgestaltung
- Darstellung der Entwicklung der Risikostruktur
- Vergleich von Patientengruppen und deren Risiken
- Vergleiche eigener Leistungsdatenanalysen mit repräsentativen, anonymisierten Daten aus einer Forschungsdatenbank

ingef

InGef – Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin
eva@ingef.de | www.ingef.de

QR-Code
scannen
und Film
anschauen





casusQuo

Mit uns geht die Rechnung auf



JAHRE

- » 3,7 Mio. stationäre Fälle
- » Über 310 Mio. Euro Retaxierung
- » 56 Krankenkassen
- » 20 Jahre