



FRAUEN im Gesundheitswesen

„Allianzen auf Augenhöhe“

Ein Interview mit
Nicole Müller-Coonan,
Vorständin MAHLE BKK

04

08 **Ein Blick über die Grenze: Österreich**

Von den Spitälern im Land der Paradeiser,
Ribiseln und Marillen

14 **6. BKK-Benchmark:**

casusQuo läuft ganz vorn mit

18 **„Gutes Feedback auch von den Krankenhäusern“**

Interview mit Dirk Sulzmann, Vorstand Merck BKK

22 **THC und die Folgen**

Zur Legalisierung von Cannabis

24 **Revolution in der Krebsbehandlung:**

Die CAR-T-Zell-Therapie





Udo Halwe,
Geschäftsführer
casusQuo GmbH

EDITORIAL

Von der PKV lernen: miteinander statt gegeneinander

Liebe Leserin, lieber Leser,

neulich durfte ich dem Vortrag einer Vertreterin des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) lauschen. Thema: die novellierte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und wie die PKV sie mit der Bundesärztekammer (BÄK) ausgehandelt hat. Besonders positiv fiel mir dabei auf, wie beide Verhandlungspartner miteinander umgegangen sind: wertschätzend und auf Augenhöhe. Immerhin hat sich die GOÄ ja von ca. 1.800 auf knapp 5.600 Positionen mehr als verdreifacht. Trotzdem scheint die Aushandlung geräuschlos stattgefunden zu haben. Beide Seiten unterstellen offenbar eine Gleichwertigkeit der Argumente und ziehen im Sinne des großen Ganzen an einem Strang. Oder anders gesagt: Man redet miteinander statt übereinander.

In der GKV habe ich hingegen persönlich erlebt, dass ein Verbandsvertreter der Kassenseite von einem Arzt vor Verhandlungsbeginn ein Führungszeugnis verlangt hat (sic!) Das ist zum Glück lange her, inzwischen hat sich manches verändert. Aber bis heute habe ich oft das Gefühl, dass das sinnbildliche Messer auf dem Tisch liegt, wenn die GKV mit Leistungserbringern verhandelt. Es gibt Freunde und Feinde, und statt gemeinsam an der Versorgungsqualität zu arbeiten, wird der Schwarze Peter hin- und hergeschoben. Dabei gäbe es so vieles, auf das wir stolz sein können!

Überall auf der Welt beneiden uns Menschen um unsere gerechte und leistungsfähige Versichertenversorgung. Nur im eigenen Land gilt der Prophet nichts. Unser Image als GKV ist so viel schlechter als die Arbeit, die wir leisten. Aus der PKV sehen wir gemeinsame Imagekampagnen mit Ärzten und Krankenhäusern. Als GKV setzen wir dem in den Augen der Öffentlichkeit nichts entgegen als offen ausgetragene Konflikte.

Verstehen Sie mich nicht falsch: casusQuo wird mit einzelnen Krankenhäusern immer Tacheles reden, wenn es nötig ist. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass ich ganz persönlich sehr froh und dankbar bin über diese Krankenhauslandschaft in Deutschland. Sie hat sich in der Vergangenheit bewährt, muss sich in Zukunft aber natürlich den veränderten Gegebenheiten anpassen. Und ich bin zuversichtlich, dass das gelingen wird. Denn auch wenn es mal Unstimmigkeiten gibt: Die Krankenhäuser sind keine Verbrecher, sondern unsere Partner in der Versichertenversorgung. Darüber sprechen wir viel zu selten. Wir sollten uns an dieser Stelle die PKV zum Vorbild nehmen.

Udo Halwe, Geschäftsführer casusQuo GmbH

IMPRESSUM

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

Gestaltung
Simone Rosenau,
Grafik & Design, Rinteln

Produktionsleitung
Elke Lütke-meier

Autor*innen dieser Ausgabe
Claudia Schuh/zapato42 (Leitende Redakteurin),
Udo Halwe, Jesper Jacobsen, Elke Lütke-meier,
Aileen Müller, Dr. Petra Müller, Britta Niemann,
Oliver Reinhardt. Die Redaktion erreichen Sie
unter dialoQ-redaktion@casusquo.de.

Bildrechte
ahs GmbH (Porträt Alpers), Bertelsmann BKK
(Porträt Titlbach), Christian Staehle (Porträts
Müller-Coonan), energie-BKK (Porträts Heine,
Dette), Eva Speith (Porträt Sulzmann),
Jan von Allwörden (Porträt Halwe), privat (Foto
Rewerski), SAGES (Porträt Lutzenberger),
iStock (siehe Abb.), AdobeStock (siehe Abb.)

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

Hinweis
Für unverlangt eingesendete
Manuskripte, Fotos oder Zeichnungen
übernimmt die Redaktion keine
Gewähr. Namentlich gekennzeichnete
Beiträge geben nicht unbedingt die
Meinung der Redaktion wieder.
Die Redaktion behält sich die Bear-
beitung der Manuskripte vor.



wingmar/stock sodatsh/stock



Clerkenwell/stock



Inhalt



FRAUEN im Gesundheitswesen : _____ 4
**Interview mit Nicole Müller-Coonan,
Vorständin MAHLE Betriebskrankenkasse**

Ein Blick über die Grenze: Österreich _____ 8
Von den Spitälern im Land der
Paradeiser, Ribiseln und Marillen

„smooth operation“ _____ 13
im casusQuo-Verwaltungsrat:
Reibungsloser Übergang von
Frank Heine zu Torsten Dette

6. BKK-Benchmark: _____ 14
casusQuo läuft ganz vorn mit

Hybrid-DRG _____ 16
Stand der Dinge

„Gutes Feedback auch von _____ 18
den Krankenhäusern“
Interview mit Dirk Sulzmann,
Vorstand Merck BKK

Revolution in der Krebsbehandlung: _____ 20
Die CAR-T-Zell-Therapie

THC und die Folgen _____ 22
Zur Legalisierung von Cannabis

Und was kommt nach dem _____ 25
Krankenhaus?
**AHB seleQt unterstützt
das Fallmanagement**

Gemeinsam zur optimalen Lösung: _____ 26
die adesso health solutions/
casusQuo-Entwicklungspartnerschaft

Im dialoQ mit _____ 27
Beate Rewerski

Pflegeberatung für die _____ 28
casusQuo-Crew
**Gut für den Einzelnen –
gut für die Gemeinschaft!**

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.

Für diese Ausgabe hat uns Nicole Müller-Coonan, Vorständin der MAHLE Betriebskrankenkasse, Einblicke in ihre Karriere und ihre Perspektive auf das Thema Frauenförderung gewährt.

Interview mit Nicole Müller-Coonan,
Vorständin MAHLE Betriebskrankenkasse

„Allianzen auf Augenhöhe“

» Guten Tag, Frau Müller-Coonan, schon mal vorab herzlichen Dank, dass Sie Ihre Sicht auf Frauenkarrieren mit uns teilen. Ich habe gehört, dass Sie als Vorständin eine klare Strategie zur Frauenförderung verfolgen und inzwischen 50 Prozent der Führungspositionen weiblich besetzt haben. Stimmt das so? Und falls ja: wie haben Sie das geschafft? Hat der Prozess nicht für ordentlich Unruhe bei Ihnen im Haus gesorgt?

Bei uns in der MAHLE Betriebskrankenkasse setzt sich die siebenköpfige Führungsebene - mich einbegriffen - aus drei Frauen und vier Männern zusammen. Tatsächlich war ich ja schon einige Jahre hier in der Kasse, bevor ich Vorständin geworden bin, und damals bestand der Führungskreis außer mir nur aus Männern. Nachdem ich dann an die Spitze gewählt wurde, hat sich in dieser Hinsicht einiges geändert. Für mich sind Ergebnisse wichtiger als Hierarchien, und ich führe sehr kommunikativ und wertschätzend. Ich bin der festen Überzeugung, dass Diversität einen echten Mehrwert schafft, gerade auch im Umgang miteinander und erst recht in den Ergebnissen. An den neuen Führungs- und Kommunikationsstil müssen sich Menschen natürlich erst mal gewöhnen, doch ich bin mir ganz sicher, dass sich dieser neue Weg lohnen wird.

Dieser Weg war nicht radikal, sondern wir haben im Zuge der Neubesetzung von Stellen nach und nach mehr Frauen in die Verantwortung geholt. Der Start war meine damals freige-wordene Position, als ich in den Vorstand gegangen bin.

Wir haben meine ehemalige Position neu strukturiert und die so neu geschaffene Stelle der Abteilungsleitung Marketing/Vertrieb und IT mit einer jungen Frau besetzt. Für die durch Ruhestand neu zu besetzende Stelle der Abteilungsleitung Leistungen konnten wir dann ebenfalls eine Frau gewinnen. So ergab sich fast von alleine die Genderparität. Denn was mir ganz wichtig ist zu sagen: Ich würde niemals eine Stelle mit einer Frau besetzen, nur weil sie eine Frau ist! Mir ist es wichtig, Frauen in ihrer Karriere zu unterstützen, weil ich fest daran glaube, dass vielfältige und gleichberechtigte Teams nicht nur innovativer und leistungsfähiger sind, sondern auch ein gerechteres Arbeitsumfeld schaffen und so den nachhaltigen Erfolg

unserer BKK sichern. Durch die internen Umstrukturierungen, die sowieso anstanden, hatte ich die Chance, Frauen zu empowern, und habe das getan. Ich habe einen hohen Gerechtigkeitsanspruch. Ich fördere Männer genauso wie Frauen - daher besetzen wir grundsätzlich alle freien Stellen nach Qualifikation, Mindset und Verantwortungsbereitschaft.

» Genderparität klingt ja gut. Und wie ist die Verteilung bezüglich Voll- und Teilzeitstellen?

Von uns 7 Führungskräften auf der obersten Ebene sind, wie gesagt, 4 Männer, die alle Vollzeit arbeiten, und 3 Frauen. Eine davon hat keine Kinder und arbeitet ebenfalls Vollzeit, eine andere ist Mutter und arbeitet auf einer 80 %-Stelle. Ich selbst bin auch Mutter und arbeite in meiner Position als Vorständin in Vollzeit. Dafür hat jedoch mein Mann seine Arbeitszeit reduziert und übernimmt einen großen Anteil der Care-Arbeit.

Auch auf zwei der stellvertretenden Positionen haben wir Frauen, die Teilzeit arbeiten. Und ich muss sagen, wir machen mit Müttern sehr gute Erfahrungen. Vermutlich sind sie daran gewöhnt, sich gut zu organisieren, jedenfalls arbeiten sie sehr effizient und außerordentlich verantwortungsbewusst.

„klingt wie
im Gender-
Schlaraffenland,
ist aber keine
Einbahnstraße“

» Fortsetzung auf Seite 6





Nicole Müller-Coonan

Nicole Müller-Coonan, 44, ist Diplom-Volkswirtin (FH) und Sozialversicherungsfachangestellte. Nach diversen beruflichen Stationen und Positionen arbeitet sie seit 2015 bei der MAHLE Betriebskrankenkasse, zunächst als Leiterin Marketing, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Digitales, seit 2022 als Vorständin. Nicole Müller-Coonan ist verheiratet und Mutter zweier Kinder im Alter von 10 und 17 Jahren. Sport spielt in ihrem Leben seit jeher eine wichtige Rolle. Ihre Liebe zum Skifahren hat sie offenbar auch an ihren Sohn weitergegeben, der Teil des Regionalkaders Skirennsport in Baden-Württemberg ist. Ansonsten hält sich Nicole Müller-Coonan auch mit Yoga und Ausdauertraining fit.

Wir wollen Rollenvorbilder schaffen und aufzeigen, was möglich ist – da bin ich als Alleinvorständin mit 2 Kindern natürlich ein gutes Beispiel. Da wir grundsätzlich den Anspruch haben, alle Mitarbeitenden bestmöglich zu befähigen, heißt unser Konzept „Zuhören und reden“.

„es braucht beide Perspektiven: die der Frauen und der Männer“

» **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?**

Ich finde es schade, dass wir gerade im Gesundheitswesen mit über 70 % Frauenanteil in der Beschäftigung nur 9 % Frauen im oberen Management haben. Das kann nicht nur an mangelnder Qualifikation oder fehlendem Mut liegen. Ich war nie eine vehemente Verfechterin der Quote. Aber gerade mit Blick auf die Situation im Gesundheitswesen und insbesondere bei den Krankenkassen bin ich froh über das Führungskräftepositionengesetz FüPoG II. Ich bin optimistisch, dass sich dadurch etwas an der Situation verbessert. Dazu tragen im Übrigen auch Vereine wie die Spitzenfrauen Gesundheit e.V. und die Healthcare Frauen e.V. bei. Bei den Spitzenfrauen habe ich beispielsweise gerade

in der Zeit, als ich mich als Vorständin beworben habe, viel Unterstützung erfahren. Und bis heute begleitet mich deren Co-Vorsitzende Cornelia Wanke in Fragen der Gleichstellung und Frauenförderung. Sie ist übrigens auch diejenige, die das Thema Frauenförderung in eine neue Richtung bringt, weil sie immer wieder betont, dass es um Allianzen auf Augenhöhe geht – auch und gerade mit Männern, die das Gesundheitswesen genauso transformieren wollen. Deshalb sind bei den Spitzenfrauen Gesundheit auch Männer als Mitglieder vertreten. Das ist auch genau mein Thema: Wir können das Gesundheitswesen nur gemeinsam verändern – es braucht beide Perspektiven: die der Frauen und der Männer. Und wir brauchen einen Ansatz, der weggeht vom rein paternalistischen System der Honorierung bei Krankenbehandlung hin zu einem präventiven Gesundheitswesen, das Prävention und Eigenverantwortung in den Mittelpunkt stellt.

» **Im BKK-System gab es zuletzt offenbar eher Rück- als Fortschritte beim Thema Frauenförderung: früher waren jedenfalls deutlich mehr BKK-Vorstandsposten mit Frauen besetzt als heute. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?**

Ganz ehrlich, das empfinde ich nicht so. Es gibt eben auch viele gut qualifizierte Männer. Und bei genauerer Betrachtung sehe ich auch sehr viele positive Entwicklungen. Viele Frauen sind mutiger geworden und unterstützen einander jetzt viel stärker.

„Wir müssen viel öfter Banden bilden“

» **Die gegenseitige Unterstützung ist ein gutes Stichwort: Pflegen Sie Frauennetzwerke innerhalb oder außerhalb der GKV?**

Ich bin, wie eben schon erwähnt, Mitglied im Verein „Spitzenfrauen Gesundheit e.V.“ Wir sind dort im regelmäßigen Austausch, auch informell. Der Verein war auch am FüPoG II beteiligt. Also etwa daran, dass Doppelspitzen bei Kassen und ihren Verbänden jetzt paritätisch besetzt sein

müssen. So eine Regelung greift viel weiter, als es auf den ersten Blick scheint. Denn sie sorgt dafür, dass Frauen auch für Führungspositionen entsprechend qualifiziert werden. Es profitieren also schon deutlich weiter unten in der Hierarchie unzählige Frauen von dieser Quote. Was mir jedoch ganz besonders wichtig ist, ist die Haltung der Frauen zueinander und die gegenseitige Unterstützung: Wir Frauen müssen viel öfter Banden bilden, uns austauschen, gemeinsam das Gesundheitswesen bewegen und uns nicht argwöhnisch betrachten – das ist leider immer noch viel zu oft der Fall.

» **Mögen Sie über Ihre eigenen Erfahrungen als Frau im Gesundheitssystem berichten? Wie vereinbaren Sie persönlich Beruf und Familie?**

Mein Mann stammt aus Irland – und da ist es ganz normal, dass Frauen und Männer arbeiten, auch wenn sie Kinder haben. Deshalb war das für unsere Familie eine wichtige Prägung. Mir persönlich gelingt, wie gesagt, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch deshalb, weil mein Mann einen großen Teil der Care-Arbeit übernimmt.

Übrigens ist mein Mann zum Glück nicht mehr ganz allein auf weiter Flur. Also z.B. auf dem Elternabend oder in der WhatsApp-Gruppe vom Sportverein, da sind inzwischen einige Väter. Denn all diese Sachen gehören ja zur Care-Arbeit dazu: Geschenke für Kindergeburtstage besorgen oder sich mit anderen Eltern über Fahrgemeinschaften abstimmen. Ganz nebenbei ist mein Mann damit auch ein Vorbild für unsere Söhne. Denn Sozialisation und Prägung sind wichtig in Sachen Geschlechtergerechtigkeit, das kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen.

In meiner eigenen Karriere ging es bis zu meinem Vorstandsamt nie darum, ob ich Frau und Mutter bin, sondern immer nur um Ergebnisse und wie man die optimalen Bedingungen für alle schafft, um gute Ergebnisse zu ermöglichen. Doch das ist nicht immer so – gerade deshalb ist es mir wichtig, für meine Mitarbeitenden eine Mentorinnenrolle zu übernehmen. Jede und jeder, der oder die sich weiterentwickeln möchte, soll bei uns die bestmögliche Unterstützung erfahren – das ist mein persönlicher Anspruch als Arbeitgeberin.

„raus aus der Aktivistinnen-Ecke“

» **Welche wichtigen Aspekte haben wir womöglich vergessen? Was liegt Ihnen persönlich zum Thema „Frauen im Gesundheitssystem“ noch am Herzen?**

Mir ist wichtig, dass diese Diskussion um Parität herausgeholt wird aus der Aktivistinnen-Ecke. In einer Branche, in der die Hälfte der Versicherten und zwei Drittel der Beschäftigten Frauen sind, ist es doch wichtig, dass Frauen ihre Perspektive und Expertise einbringen können. Frauen blicken anders als Männer auf die Themen Gesundheit, gesunde Führung und Unternehmenskultur. Dieser Blick bereichert, wenn man ihn stärkt und einbindet, jede Organisation, das Gesundheitssystem und auch die ganze Gesellschaft. Das gilt natürlich auch für die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen und für die Gemeinsame Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern. Auch hier leisten Frauen in Führung einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung des Systems. Ich nenne da beispielhaft nur das Thema Gendermedizin, wo wir noch viel nachzuholen haben, wie auch in anderen Aspekten struktureller Ungerechtigkeit. Das gilt übrigens analog für andere Aspekte der Diversität, wie etwa Alter oder Ethnie usw.

„wichtig, dass Frauen ihre Perspektive und Expertise einbringen können“

Zusammenfassend möchte ich es so formulieren: Vielfalt in entscheidenden Positionen und damit einhergehend auch ein höherer Frauenanteil verändern die Kommunikation und die Prioritäten – und zwar definitiv zum Besseren.

» **Herzlichen Dank, liebe Frau Müller-Coonan, für Ihre Zeit und Ihre Offenheit!**

» Fortsetzung von Seite 5

Das klingt jetzt alles ein wenig wie im Gender-Schlaraffenland. Mir ist jedoch wichtig zu betonen: Wir fördern Frauen, wo wir können, und unterstützen besonders auch Mütter darin, Verantwortung zu übernehmen.

Das ist aber keine Einbahnstraße. Ich bringe mal ein Beispiel: Wenn mir eine Mitarbeiterin sagt, ihr Kind habe Fieber, dann ist für mich völlig klar, dass sie nach Hause geht und sich um das Kind kümmert. Wenn aber eine Deadline läuft, dann erwarte ich, dass sie auch unsere Perspektive als Arbeitgeber einnimmt, sich Unterstützung organisiert und die Deadline einhält. Ob das innerhalb ihrer regulären Arbeitszeit geschieht oder auch mal abends, wenn das Kind schläft, ist in diesem Fall nicht wichtig.

Damit das so funktioniert, bin ich an meinen Mitarbeitenden sehr nah dran und in regelmäßigem Austausch. Gerade die High Performer-Frauen muss ich manchmal eher bremsen, damit sie sich nicht übernehmen. Ich kenne das auch von mir selbst, dass ich manchmal einfach

zu viel will und meine eigenen Grenzen nicht beachte. Es ist also immer ein enges Aushandeln miteinander, fast wie ein Coaching. So entsteht ein Verständnis füreinander und für die Möglichkeiten und Grenzen aller Beteiligten. Das ist ein Geben und Nehmen. So erleben wir alle eine erfüllende und produktive Zusammenarbeit und schaffen den Rahmen für Mitarbeitende, sich zu entwickeln.

„Rollenvorbilder schaffen und aufzeigen, was möglich ist“

» **Was planen Sie für die Zukunft? Welche Konzepte zur Frauen-Nachwuchs-Förderung verfolgen Sie in Ihrer Kasse?**

Wir sind ja, wie gesagt, eine kleine Kasse, Konzepte im klassischen Sinne haben wir nicht. Aber das Vorleben ist wichtig.

Von den Spitälern im Land der Paradeiser, Ribiseln und Marillen

Vermutlich gibt es kein Nachbarland, in dem so viele Deutsche bereits ein Spital (herüber sagen sie Krankenhaus dazu) von innen gesehen haben wie in Österreich. Außer von der Knödelqualität und der Frische des Apfelstrudels konnten (und mussten) manche Deutsche sich auch von der Qualität der Unfallchirurgie und den Pflegestandards im Alpenland ein eigenes Bild machen, Ski- und Snowboardunfällen sei Dank. Grund genug für die DialoQ-Redaktion, unsere Serie bei den südlichen Nachbarn fortzusetzen, und uns einige Aspekte des Gesundheitssystems in Österreich einmal genauer anzusehen.

Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland und Österreich im Vergleich

Sozialversicherung: Beiträge in %	gesamt		Anteil Arbeitnehmer		Anteil Arbeitgeber	
						
Krankenversicherung	14,6	7,65	7,3	3,87	7,3	3,78
Krankenvers. Zusatzbeitrag Ø	1,7	-	0,85	-	0,85	-
Pflegeversicherung ^{1) 2)}	3,4	-	1,7	-	1,7	-
Pensions- bzw. Rentenversicherung	18,6	22,8	9,3	10,25	9,3	12,55
Arbeitslosenversicherung ³⁾	2,6	6,0	1,3	3	1,3	3
Summe	40,9	40,78	20,45	18,12	20,45	22,66

¹⁾ Österreich: in Pensionsversicherung enthalten
²⁾ Deutschland: Abschläge für Versicherte mit Kindern unter 25 Jahren
³⁾ Österreich: Bei geringem Einkommen verringert sich der AN-Anteil Arbeitslosenversicherung.



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.

99,9 Prozent aller Menschen mit Wohnsitz in Österreich (also auch ausländische Staatsbürger*innen) sind Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie bietet den Versicherten und deren beitragsfrei mitversicherten Angehörigen umfassenden Schutz im Krankheitsfall sowie für Jugendvorsorge, Zahnbehandlung, Rehamassnahmen und Mutterschutz.

Der gesetzliche Leistungsanspruch beinhaltet unabhängig von der Beitragshöhe den für alle Versicherten gleichen Anspruch auf Behandlungen bei Vertragsärzt*innen, in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger oder in Vertragskrankenhäusern für die im konkreten Fall medizinisch erforderlichen Leistungen. Mit den Beiträgen der

Versicherten sind die Leistungen weitgehend abgegolten. Für Selbstständige fallen allerdings Kostenbeteiligungen an. Private Krankenversicherer kommen lediglich im Rahmen von Zusatzversicherungen zum Zuge.

Die österreichische Sozialversicherung ist berufsständisch organisiert. Das heißt, dass die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versicherungsträger grundsätzlich von der ausgeübten Tätigkeit abhängt. Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) ist die größte unter ihnen, gefolgt von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB). Gewerbetreibende, Freiberufler*innen und Landwirt*innen sind ebenfalls pflichtversi-

chert. Sie gehören regelmäßig der Sozialversicherungsanstalt für Selbstständige (SVS) an, können sich aber auch für einen privaten Versicherungsträger entscheiden.

Die Struktur der gesetzlichen Sozialversicherung ähnelt im Übrigen der deutschen. Die Pflegeversicherung dockt in Österreich an die Pensions- und nicht wie in Deutschland an die Krankenversicherung an. Und in der Pensionsversicherung leisten die österreichischen Arbeitgebenden einen höheren Beitrag als die Arbeitnehmenden. Die Gesamthöhe der Beiträge für sozialversicherungspflichtige Angestellte ist aber sehr ähnlich, und auch der Beitragseinzug erfolgt wie bei uns direkt vom Gehalt oder Lohn.

**Krankenhausabrechnung:
LKF statt DRG**

Im Jahr 2022 hat die ÖGK für ihre Versicherten Leistungsausgaben in Höhe von 17 Mrd. Euro erbracht, davon mit 4,8 Mrd. Euro den Löwenanteil (gut 28 %) für stationäre Behandlungen. Die Krankenhausfinanzierung ist also ähnlich wie in Deutschland ein vordringliches Thema, wenn es um die dauerhafte Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung geht. Die Gesundheitsfonds der 9 Bundesländer sind Träger vieler Krankenhäuser. Es gibt aber auch Krankenhäuser in öffentlicher (Städte, Länder) und in privater (Kirche, Vereine, Privatgesellschaften) Trägerschaft. Mit wenigen Ausnahmen arbeiten die 264 (im Jahr 2022 – die Zahl ist seit 2018 unverändert) Krankenhäuser in Österreich nicht gewinnorientiert. Die Abrechnung verfolgt demnach den Zweck, die gedeckelten Mittel der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds) unter den Kliniken aufzuteilen. Die komplizierte Ordnung der

Zuständigkeiten zwischen den Landesgesundheitsfonds und dem PRIKRAF soll hier nicht Thema sein. Wir kennen ja aus Deutschland die Fallstricke der föderalen Verwaltung zur Genüge.

Das österreichische Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP) hat bereits 1997 die sogenannte Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eingeführt. Das System hat die bis dahin üblichen Tagespauschalen abgelöst und ähnelt in vielen Aspekten dem deutschen DRG-System. Auch die verfolgten Zwecke (Kostenersparnis, kürzere Verweildauern, Abbau von Fehlanreizen, höhere Transparenz) klingen für deutsche Ohren vertraut. Das österreichische DRG-System ist aber eigentlich ein „PDRG-System“ – ein Procedure- and Diagnosis-Related Groups-System, da neben den Diagnosen auch die Leistungen ein vorrangiges Kriterium für die Fallgruppenzuordnung darstellen. Die Bepunktung erfolgt auf Basis leistungsorientierter Diagnose-Fallgruppen (LDF).

Natürlich prüfen die Landesgesundheitsfonds die Abrechnungen der Krankenhäuser, vor allem im Sinne der Datenqualität. Eine telefonische LKF-Hotline im Gesundheitsministerium unterstützt in Zweifelsfragen; alle Regeln und Ausnahmen sind umfangreich dokumentiert. Zur Erleichterung der Datenqualitätskontrollen stellt das BMSGKP ein Softwareprogramm mit entsprechenden Prüfmechanismen kostenlos zur Verfügung. Damit sollen versehentliche Fehlkodierungen, aber auch absichtliche sogenannte „Optimierungen“ erkannt und korrigiert werden. Eine Hauptdiagnosenoptimierung liegt beispielsweise dann vor, wenn im Arztbrief eindeutig eine Hauptdiagnose beschrieben ist, im kodierten Datensatz aber eine andere Diagnose als Hauptdiagnose ausgewählt wird, nur weil sie mehr Punkte als die korrekte Hauptdiagnose bringt.

Klingt vertraut, oder?

**wesentliche Unterschiede zwischen dem
österreichischen und dem deutschen System**

 LKF	 G-DRG
ausgewählte medizinische Leistungen im Vordergrund	« » Diagnose als Hauptkriterium für Gruppierung
Mehrfachleistungen abrechenbar, auch bei Multi-Morbidität	« » nur die teuerste Leistung zur Hauptdiagnose ist relevant
stärker pauschalierend	« » viele Zusatzentgelte und Sonderregelungen
Nebendiagnosen, Komplikationen und Schweregrad wenig abgebildet	« » CCs (comorbidities + complications) stärker berücksichtigt
Fallsplitting möglich (= Abrechnung je Aufnahme)	« » Fallzusammenführung vorgesehen (Wiederaufnahme, Verlegung)



lightpoet/AdobeStock

Quelle: Gerhard Gretzl: Finanzierung und Abrechnungsmodelle im Krankenhausbereich.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.724592&version=15.15491378>



**» auf die Dauer
kein wirksamer
Anreiz zum
Upcoding «**

In die Untiefen der österreichischen Kodierregeln wollen wir Sie heute nicht entführen. Wir haben stattdessen mit zwei Profis an der Prüfungsfront gesprochen. Im Gespräch mit **Mag. Günter Lutzenberger, MSc MBA, Geschäftsführer des Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES),** und **Dr. med. Agnes Porenta, die dort für Medizinisches Controlling verantwortlich ist,** haben wir viel darüber erfahren, wie unsere Nachbarn im Süden für die Einhaltung von Kodiervorschriften sorgen. Der SAGES ist für das gesamte Bundesland Salzburg zuständig.



» Guten Tag, Herr Lutzenberger, guten Tag, Frau Porenta! Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unsere Fragen zu beantworten. Kommen wir gleich zu unserem Thema: Wie viele Fälle prüfen Sie etwa pro Jahr, und wie viele Personen sind dafür zuständig?

Wir prüfen mit 2 Personen etwa 5.000 – 6.000 Fälle im Jahr, das entspricht 2 – 3 % der Fälle aus den Fondskrankenhäusern im Bundesland Salzburg. Was wir nicht prüfen, sind die Abrechnungen der privaten Krankenhäuser, dafür gibt es eine eigene Prüfstelle.

» Welche Prüfroutinen haben Sie etabliert, um Fehlabbrechnungen und Upcoding aufzudecken?

Das ist ein mehrstufiges System. Es beginnt schon mit einer Datenqualitätsprüfung direkt bei der Kodierung im Krankenhaus. Dabei geht es immer um die Einhaltung der LKF-Kodiervorschriften.

Wir checken außerdem, ob die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) eingehalten werden. Die ÖSG-Leistungsmatrix gibt Rahmenbedingungen für bestimmte Leistungen vor. Wir überprüfen monatlich, ob die kodierten Leistungen mit der ÖSG-Leistungsmatrix konform sind. Falls ein ÖSG-Error auftritt, fordern wir vom Krankenhaus dazu eine Stellung-

nahme an. An Hand der Unterlagen (Arztbriefe, OP-Protokolle usw.) prüfen wir, ob der ÖSG-Error den Ausnahmeregelungen entspricht (z.B. Notfall) und somit zu akzeptieren ist.

» Gibt es eine maschinelle Dunkelverarbeitung? Wie wählen Sie die Fälle aus, die Sie prüfen? Und wie läuft die Prüfung genau ab?

Wir starten mit einer Stichprobenprüfung: Das System wählt monatlich durchschnittlich 2 – 2,5 % der gesamten abgerechneten Fälle durch Zufallsprinzip aus, wobei Fälle mit höheren Punktezahlen zu einem etwas höheren Prozentsatz berücksichtigt werden. Dann folgt die maschinelle Plausibilitätsprüfung: Auffällige Datensätze werden automatisch vom System mit Warnings



und Errors hinterlegt und dann von uns genauer unter die Lupe genommen. Wie gesagt, grobe Kodierfehler sehen wir hier nicht, denn diese fallen bereits in den Krankenanstalten auf, wo die Ärzte für die Qualität der Daten verantwortlich sind. Dort gibt es also schon, bevor wir die Daten überhaupt erhalten, Warnings oder Errors, so dass die ersten Korrekturen bereits in den Krankenhäusern erfolgen können.

Im nächsten Schritt kommen wir zu den Spezialabfragen: Im SAGES prüfen wir regelmäßig mittels Sonderabfragen gewisse Bereiche, welche im Laufe der Monatsprüfung auffallen (z.B. systemische Fehler, Kodiermissverständnisse, Interpretationsbreite von Kodierrichtlinien usw.), und wir überprüfen auch die Einhaltung neuer Kodiervorschriften systematisch.

Zu auffälligen Fällen fordern wir dann Detailinformationen von den Krankenanstalten an. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Unterlagen dem SAGES möglichst rasch und vollständig zur Verfügung zu stellen - natürlich anonymisiert, auf Grund des Datenschutzes. Unsere Ärzte prüfen nun jeden einzelnen Fall, und bei etwaigen Fehlern werden die Krankenhäuser aufgefordert, ihren Datensatz entsprechend dem Vorschlag der Prüfarzte zu ändern. Unklare Fälle werden miteinander diskutiert. Die Krankenhäuser müssen schließlich die Korrekturvorschläge im Jahresdatensatz einbringen, der wiederum von den SAGES-Ärzten überprüft wird.

» **Das klingt nach einem lernenden System. Verbessert sich denn somit die Datenqualität kontinuierlich?**

Wir (und natürlich auch die anderen Landesgesundheitsfonds) treffen verschiedene Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Datenqualität:

- » Da ist zum einen die ständige Kommunikation mit den Fondskrankenanstalten und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP).
- » Die LKF-Hotline des BMSGKP steht den Prüfarzten und auch den Krankenanstalten bei Fragen, Anregungen und Änderungsvorschlägen zur Verfügung.
- » Wir arbeiten in diversen bundesweiten Fachgruppen und Arbeitsgruppen mit und bringen unsere Erfahrungen und Expertise dort ein. Wir setzen ja als Landesgesundheitsfonds im Prinzip nur das Bundesgesetz um, aber durch solche Arbeitstreffen sind wir auch an Überarbeitungen und Neuerungen beteiligt.
- » Auch mit den anderen Bundesländern finden regelmäßige Datenqualitätstreffen statt.
- » Monatlich werden die Qualitätskriterien der ÖSG-Leistungsmatrix geprüft.

» **Gibt es bestimmte Diagnosen oder Prozeduren, bei deren Abrechnung Sie gehäuft Auffälligkeiten feststellen?**

Auffälligkeiten finden wir häufig bei Leistungen, die man nicht genau abgrenzen kann, z.B. großflächige Exzisionen. Da ist die Definition schwierig, und es kommt schon mal zu Meinungsverschiedenheiten.

» **Bei der DRG-Prüfung in Deutschland finden wir oft Auffälligkeiten rund um Grenzwerte, bei deren Über- oder Unterschreitung sich die Kodierung ändert, etwa die Beatmungsdauer oder das Geburtsgewicht in der Neonatologie. Kennen Sie so etwas auch?**

Das LKF-System berücksichtigt den Schweregrad von Erkrankungen nicht so sehr. Wir arbeiten in Österreich viel pauschaler als Sie im DRG-System. Deshalb haben wir hier auch weniger schweregradbedingte Unregelmäßigkeiten, denn der Schweregrad ist nicht punkterelevant.

» **Wie hoch ist bei Ihnen die durchschnittliche prozentuale Retaxierung?**

Wir haben hier ja ein gedeckeltes System. Wenn ein Krankenhaus mehr Punkte bekommt, nimmt es diese also den anderen Häusern weg. Das ist deshalb auf die Dauer kein wirksamer Anreiz zum Upcoding. Und für den Gesundheitsfonds ergibt sich daraus auch keine Einsparung. Aus diesem Grund halten wir nicht nach, wie hoch die Korrekturen der Datensätze jeweils ausfallen.

Insgesamt ist es hier eher eine erzieherische Maßnahme, wenn wir Punkte streichen. Unser Ziel ist es, dauerhaft die Datenqualität zu verbessern.

» **Vielen Dank für Ihre Zeit und die wertvollen Informationen!**

„smooth operation“

im casusQuo-Verwaltungsrat: Reibungsloser Übergang von Frank Heine zu Torsten Dette



Zum 30.06.2024 ist Frank Heine in den Ruhestand gegangen und zugleich aus dem Verwaltungsrat ausgeschieden. „Nach den vielen Jahren der guten Zusammenarbeit“, so Udo Halwe, „verlässt uns nicht nur ein Verwaltungsratsmitglied, sondern auch ein guter Freund, dem wir viel verdanken. Aber wir gönnen Frank Heine den Ruhestand – und freuen uns, wenn er gelegentlich auf einen Kaffee hier vorbeikommt.“

Ihm folgte ab 01.07.2024 **Torsten Dette** nach, der seit Januar 2022 stellvertretender Vorstand der energie-BKK ist und zum 01.07.2024 den Vorstandsposten von Frank Heine übernommen hat.

Bereits in den Gründungsphase hat **Frank Heine** sich aktiv bei casusQuo eingebracht. „Er hat mir damals häufiger unter die Arme gegriffen“, berichtet casusQuo-Geschäftsführer Udo Halwe. Die Zusammenarbeit war von Anfang an eng und vertrauensvoll. Inzwischen ist die energie-BKK das einzige verbliebene Gründungsmitglied von casusQuo. So war es nur logisch, dass Frank Heine auch in den Vorstand des casusQuo e.V. nachrückte, als er Vorstand der energie-BKK wurde. Aus dem Vorstand des Vereins wurde der Verwaltungsrat der casusQuo GmbH – Frank Heine wurde stell-

vertretender Vorsitzender und stand stets mit Rat und Tat zur Seite. Immer war ihm daran gelegen, dass sich casusQuo als Arbeitsgemeinschaft fortentwickelt. Sein Motto: „Stillstand bedeutet Rückschritt“. Besonders lag ihm daran, die Belange der Mitarbeitenden nicht aus den Augen zu verlieren. In die Amtszeit von Frank Heine fiel die Auflösung des casusQuo e.V. und Transformation zur GmbH, ohne dabei den Status als Arbeitsgemeinschaft zu verlieren.

Die letzte Gesellschafterversammlung hat ihn einstimmig zum Nachfolger von Frank Heine im Verwaltungsrat gewählt. „Innerhalb der BKK-Gemeinschaft ist Torsten Dettens Gesicht vielen vertraut“, weiß Udo Halwe, „und so kennen auch wir uns bereits seit rund 25 Jahren: Ich war damals bei der BKK Üstra, er Mitarbeiter beim BKK-Landesverband.“ Torsten Dette ist bestens vernetzt, nicht nur innerhalb der BKK-Gemeinschaft, sondern in der gesamten GKV. Seine guten Kontakte und seine jahrelange Erfahrung stellt er nun auch in den Dienst von casusQuo. „Zusammen mit meiner Crew freue ich mich auf die künftige Zusammenarbeit mit Torsten Dette“, so Udo Halwe. Auch die übrigen casusQuo-Verwaltungsratsmitglieder freuen sich auf die gemeinsame Arbeit.



Copyright: iStock

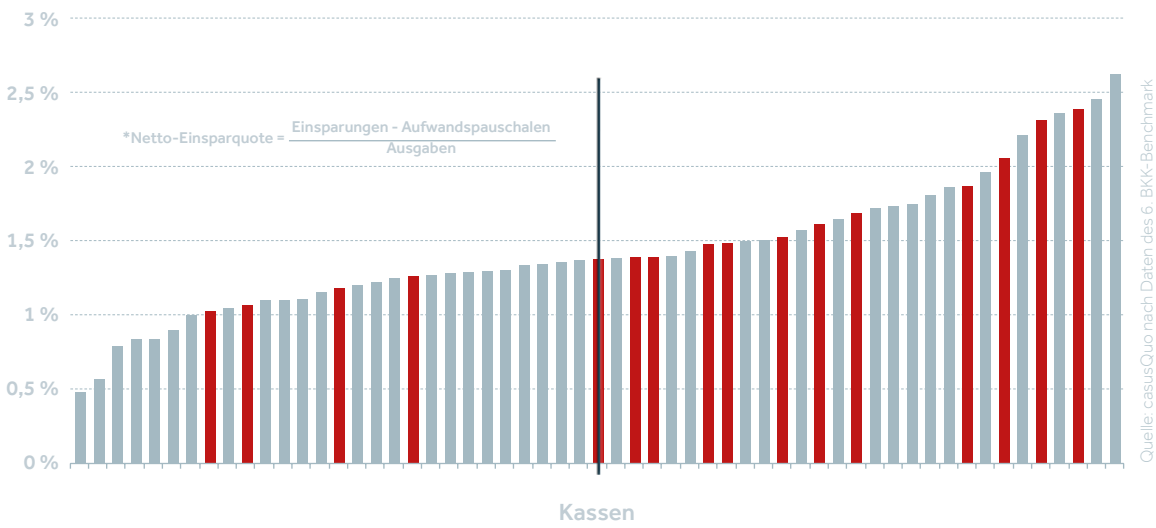
6. BKK-Benchmark: casusQuo läuft ganz vorn mit

Im Januar 2024 hat der BKK Landesverband Mitte die Ergebnisse des 6. BKK-Benchmark Abrechnungsprüfung bekanntgegeben. Und was sollen wir sagen? Das Ergebnis bestätigt das Bild aus den Vorjahren: casusQuo läuft auf einem der vorderen Plätze.

Hohe Einsparquoten

Erneut sind 4 der 10 Kassen mit den höchsten Retaxierungsquoten im 6. BKK-Benchmark casusQuo-Kunden. Das folgende Diagramm zeigt die von den Krankenkassen realisierten Netto-Einsparquoten, wobei die von casusQuo bearbeiteten Kassen rot gekennzeichnet sind. Was das Diagramm auch zeigt: Unter den sieben Kassen mit einer Einsparquote oberhalb 2 % sind drei casusQuo-Kassen. Teilt man das Diagramm am Median (dunkle Linie), so zeigt sich, dass von den insgesamt 57 teilnehmenden Kassen nur vier casusQuo-Kassen unterhalb des Medians liegen, während sich 12 auf oder oberhalb der gedachten Mittellinie befinden. Anders ausgedrückt: rechts im Bild ist es ganz schön rot!

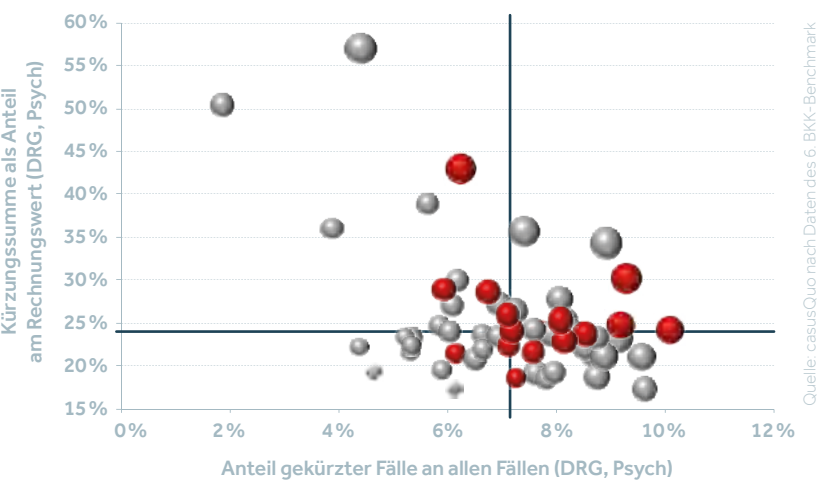
Einsparquote netto, 2022 nach Entlassung



Wert vs. Menge

Im folgenden 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. Zudem sind die roten Kugeln in der Gesamtschau durchschnittlich größer als die grauen Kugeln. Kein Wunder: Die mittlere Netto-Einsparquote aller Nicht-casusQuo-Kassen liegt bei 1,4. Für die casusQuo-Kassen beträgt sie 1,6.

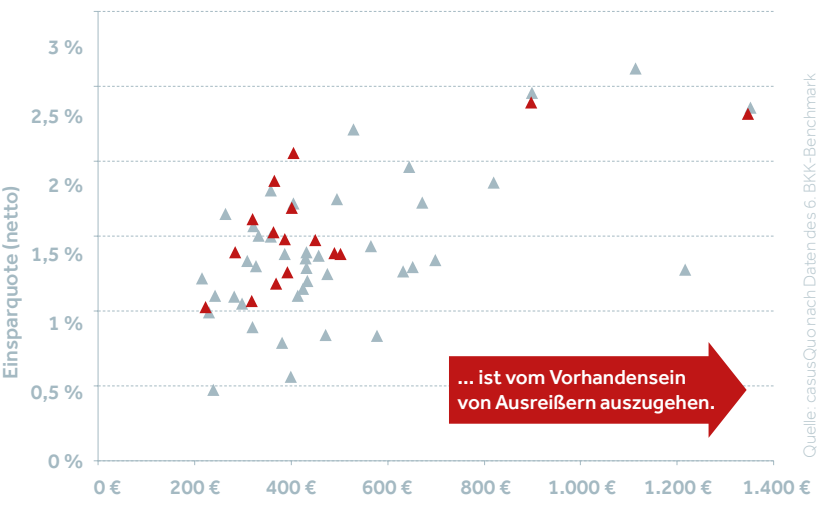
Gegenüberstellung von Anteil und Höhe der Kürzungen
(Blasengröße = Netto-Einsparquote)



Ausreißer

Abschließend betrachten wir wieder den Einfluss von Ausreißern, also von einzelnen besonders hohen Abrechnungsfehlern. Diese können zu sehr hohen Einsparquoten führen, lassen aber nicht notwendig Rückschlüsse auf die Gesamtqualität der Abrechnungsprüfung zu. Ein Hinweis auf einzelne extrem hohe Einsparungen ergibt sich aus dem Abstand zwischen Mittelwert und Median der Einsparung. Datenreihen mit einer großen Differenz zwischen den beiden Werten sind viel stärker durch Ausreißer geprägt als Datenreihen mit einer geringen Differenz zwischen diesen Werten. Im 6. BKK-Benchmark ergibt sich folgendes Bild, wobei rote Dreiecke die casusQuo-Kassen kennzeichnen:

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



Was der Kunde sagt

„Seit 2011 lassen wir unsere stationären Abrechnungen bereits von casusQuo prüfen und sind durchgehend sehr zufrieden mit der Arbeit und den Ergebnissen. Der BKK-Benchmark Abrechnungsprüfung beweist immer wieder aufs Neue, dass casusQuo hervorragende Arbeit leistet. Auch unter den eingeschränkten Prüfmöglichkeiten infolge des MDK-Reformgesetzes liegen wir, das zeigt der Benchmark deutlich, mit den Prüfergebnissen von casusQuo im oberen Drittel aller verglichenen Kassen.“

Übrigens hat auch unser Verwaltungsrat die erfreulichen Ergebnisse positiv zur Kenntnis genommen. Er unterstützt uns uneingeschränkt darin, auch in Zukunft die Abrechnungsprüfung von casusQuo als spezialisiertem Dienstleister erledigen zu lassen.“



Andreas Titlbach, stellv. Vorstand Bertelsmann BKK

ÜBRIGENS:

Bei den casusQuo-Kassen sind die neuen Strafzahlungen der Krankenhäuser NICHT in die Berechnung der Einsparquoten eingeflossen. Sie werden bei uns separat erfasst.



elmentastic/AdobeStock

Stand der Dinge

Hybrid-DRG



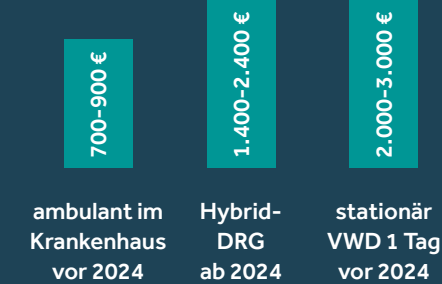
Simple Line/AdobeStock

Am 01.01.2024 ist die Hybrid-DRG-Verordnung in Kraft getreten. Ziel der Verordnung ist es, mehr Anreize für eine stärkere Ambulantisierung zu setzen. Denn in Deutschland werden aus Sicht der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung („Regierungskommission Krankenhaus“) zu viele Operationen, die ambulant erfolgen könnten, stationär erbracht.

In der Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Kommission vom Dezember 2022 heißt es dazu: „Es ist inzwischen gut belegt, dass der starke Leistungsbezug des DRG-Systems und die Sektorentrennung eine unangemessene Ausweitung von stationären Behandlungen und Übertherapie begünstigen, mithin von Behandlungen, deren Indikation fraglich ist oder die zum Teil auch ambulant erbracht werden könnten. Im internationalen Vergleich weist Deutschland daher hohe stationäre Fallzahlen und hohe Kosten der stationären Versorgung auf.“

Zum Start der sogenannten sektorengleichen Vergütung (Jahresbeginn 2024) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Startkatalog mit den ersten 12 Leistungen veröffentlicht. Diese werden nun unter bestimmten Voraussetzungen (abhängig z.B. von der Verweildauer und dem Komplexitätsgrad) mit einem einheitlichen Pauschalhonorar vergütet – unabhängig davon, ob die ambulante Leistung in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus erbracht wird.

Honorare für eine Hernien-OP im Vergleich



casusQuo prüft die Einhaltung der vertraglichen Vorgaben und den formalen, medizinischen und inhaltlichen Leistungsanspruch der Kliniken. Prüfpotential besteht vor allem bei der Leistungsabgrenzung. Beispielsweise kommt es nicht selten vor, dass Behandlungen, die potentiell Hybrid-Fälle sein

könnten, als vollstationäre DRG-Fälle mit 2 Verweildauertagen abgerechnet werden - mit entsprechend höherem Erlös.

Für die ambulant niedergelassenen Vertragsärzte gibt es ebenfalls einen offiziellen elektronischen Weg zur Abrechnung von Hybrid-DRGs. Sie können die Hybrid-DRGs über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Quartalsabrechnung geltend machen.

Bisher existiert noch kein offizieller Abrechnungsweg für Abrechnungsdienstleister von Vertragsärzten. Für sie soll ab dem 01.01.2025 eine technische Lösung eingeführt werden, um diese Fälle auch rückwirkend abzurechnen. Wir bleiben natürlich an dem Thema dran, um unsere Kundenkassen jederzeit optimal zu unterstützen.

Vergütung

Mit den Hybrid-DRGs steigt die Vergütung für ambulante Eingriffe gegenüber den früheren ambulanten Behandlungen erheblich. Das o. a. Beispiel der Hernien-Operation verdeutlicht den Honorarunterschied.

Zwischenzeitlich haben sich der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) auf die wesentlichen Regelungen für eine technisch einheitliche Abrechnung von Hybrid-DRGs durch Krankenhäuser für das Jahr 2024 geeinigt. Seit dem 01.05.2024 steht auch die praktische Umsetzung. Die Krankenhäuser rechnen für bestimmte Leistungen (bspw. einfachere Hernien-Operationen) jetzt Hybrid-DRGs ab.

Ausblick

Von Anfang an war eine Ausweitung der Hybrid-DRGs auf weitere Leistungen geplant. Inzwischen haben sich die Vertragsparteien auf eine Erweiterung des Leistungskatalogs ab 2025 geeinigt. Leistungsbereiche wie die operative Versorgung von Steißbeinfisteln, die Untersuchung von Gallengängen und Bauchspeicheldrüse mittels Sonde, Lymphknotenbiopsien, Eingriffe am männlichen Genital, proktologische Eingriffe, die operative Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen und einige Eingriffe an der Brust werden dann ebenfalls Bestandteil des Hybrid-DRG-Katalogs.



„Man merkt, dass man mit Spezialisten zusammenarbeitet“

„Gutes Feedback auch von den Krankenhäusern“

Interview mit Dirk Sulzmann, Vorstand Merck BKK

DIRK SULZMANN,

54, ist Rechtsanwalt, Redakteur und Journalist und arbeitet seit 20 Jahren bei der Merck KGaA. Vor dem Hintergrund seiner Freude am Schreiben übernahm er zunächst verschiedene Aufgaben in den Bereichen Kommunikation, Public Affairs und Marketing. Seit Juli 2023 ist er Vorstand der Merck BKK. Dirk Sulzmann ist verheiratet und hat drei Kinder. Seine Freizeit verbringt er gern mit Familie und Freunden, am liebsten beim gemeinsamen Sporttreiben, zum Beispiel auf dem Rad, beim Joggen oder auf dem Tennisplatz.

Merck BKK
Unser Anspruch bist Du.

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

Sie sind jetzt seit etwa einem Jahr Vorstand der Merck BKK. Da Sie vorher – so sagt es das Internet – in ganz anderer Position im Konzern tätig waren, dürfte Ihr Blick auf unsere Kooperation noch frisch und unverfälscht sein. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit casusQuo? Was hören Sie von Ihren Mitarbeitenden darüber, und wie finden Sie die Zusammenarbeit auf Vorstandsebene?

Die Zusammenarbeit, die nun seit fast 10 Jahren besteht, nehmen mein Team und ich als sehr wertvoll wahr – partnerschaftlich und auf Augenhöhe. Bereits nach ein paar Wochen in meiner neuen Funktion durfte ich mich mit Udo Halwe persönlich austauschen und einen Einblick in die Arbeit von casusQuo bekommen. Die Lösungen beim Thema Krankenhausabrechnungen sind klar strukturiert und umsetzbar. Mein Team lobt vor allem, dass wir persönliche Ansprechpartner bei casusQuo haben. Das erleichtert natürlich das schnelle Lösen von Problemen. Man merkt einfach in der täglichen Arbeit, dass man mit Spezialisten

zusammenarbeitet – und dass das eben nicht nur ein Schlagwort im Unternehmensprofil von casusQuo ist.

» 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?

Für uns darf gerne alles so bleiben, wie es aktuell ist! Service und direkter Kontakt: prima! Für die Zukunft wünschen wir uns natürlich weitere digitale Lösungen, die Einbindung des Themas KI, soweit dies möglich ist, und den nötigen Weitblick für die Herausforderungen im Krankenhausabrechnungsbereich. Denn auch wir als Merck BKK sehen hier große Herausforderungen, denen wir uns bereits mit aller Kraft annehmen. Deshalb gilt auch hier: gerne persönlicher Austausch zwischen unseren Spezialisten auf beiden Seiten!

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

Die größte Sorge ist, dass uns die Gesundheitskosten aus dem Ruder laufen. Umso wichtiger ist es, dass die Krankenkassen sich in der Politik Gehör verschaffen. Wenn dies nicht in ausreichendem Maße geschieht, dann wird es bald nur noch wenige Krankenkassen geben, und die Versicherten in Deutschland werden massiv „zur Kasse“ gebeten. Dem Gesundheitssystem droht der Kollaps.

Von casusQuo wünschen wir uns dazu die gewohnt gute und professionelle Unterstützung. Wir brauchen einfach insgesamt Geschwindigkeit in der Lösungsfindung. Da kann der unvoreingenommene und möglichst frühzeitige Austausch mit Spezialisten nur helfen. Das heißt, wir erwarten gar nicht immer gleich fertige Lösungen, sondern vielmehr gemeinsame Arbeit an den Herausforderungen, die auftauchen. Die Offenheit von casusQuo ist uns da sehr willkommen.

» Welche Lösungsansätze sehen Sie, um den enormen Kostensteigerungen im Gesundheitssystem kraftvoll zu begegnen? Welche Strategie verfolgen Sie als Krankenkasse in diesem Zusammenhang?

Wir setzen im Team auf Effizienzen, die Nutzung der Digitalisierung, das frühzeitige Erkennen möglicher Stellhebel und auf das Einwirken auf die Politik. Dem gesamten Team der Merck BKK ist zusätzlich klar, dass wir uns in einer rasend schnell sich verändernden Arbeitswelt bewegen, der wir uns stellen müssen.

» casusQuo steht und stand seit jeher für eine partnerschaftliche Kooperation zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Sinne einer guten Versichertenversorgung. Welche Ansätze verfolgt die Merck BKK hier? Und welche Rolle sollte casusQuo Ihrer Meinung nach in diesem Zusammenhang spielen?

Das partnerschaftliche Miteinander und der Austausch auf Augenhöhe – dies sind für uns Werte, die wir auch gegenüber anderen Dienstleistern und unseren Versicherten leben. Uns zeichnet die Nähe zu unseren Versicherten aus, und genau deshalb sind wir erfolgreich. Ich bin auch mit einigen Krankenhäusern hier in der Region im Austausch. Die sind alle hochzufrieden, das beruhigt uns natürlich. Und das positive Feedback der Krankenhäuser ist letztendlich auch ein Zeichen für die Reibungslosigkeit unserer Zusammenarbeit mit casusQuo. casusQuo sollte diesen Weg unbedingt weitergehen.

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

Vielen Dank an das Team von casusQuo um den Geschäftsführer Udo Halwe! Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit – mindestens 10 weitere Jahre!

» Herzlichen Dank für das Gespräch, Herr Sulzmann!

„das positive Feedback der Krankenhäuser ist ein Zeichen für die Reibungslosigkeit unserer Zusammenarbeit mit casusQuo“

Revolution in der Krebsbehandlung: Die CAR-T-Zell-Therapie

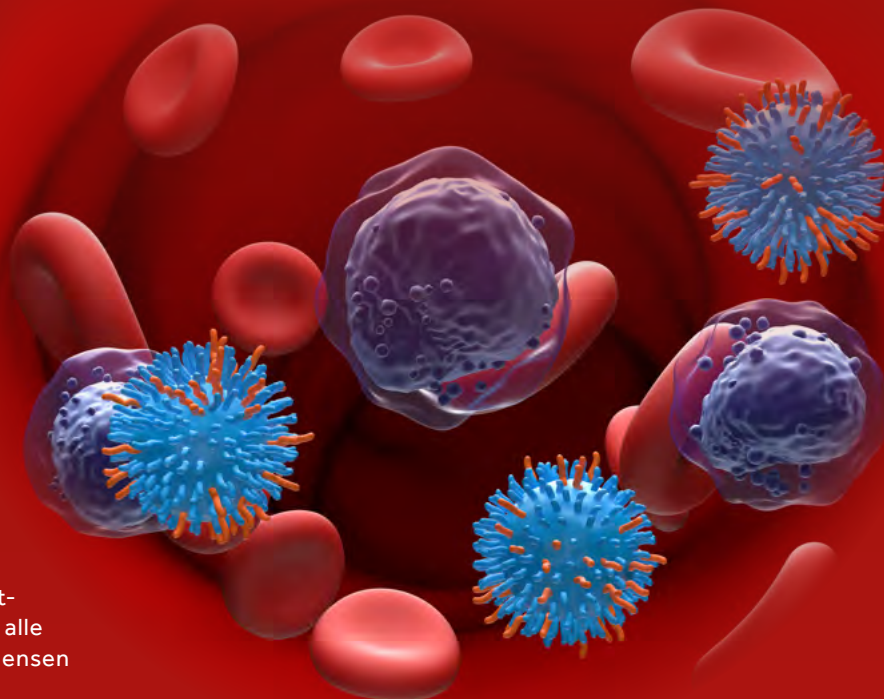
Die Therapie mit CAR-T-Zellen könnte einen Durchbruch in der Immun- und Gentherapie bedeuten und ein wirksames Mittel gegen Krebs sein. Sie ist damit die große Hoffnung für zahlreiche Patient*innen – also eine prinzipiell erfreuliche Entwicklung, welche allerdings, wie alle innovativen Therapien, mit immensen Kosten verbunden ist.

Für Deutschland wurde die CAR-T-Zell-Therapie erstmals im Jahr 2018 von der Europäischen Arzneimittel-Agentur zugelassen. CAR-T-Zellen (Chimäre Antigen-Rezeptor-T-Zellen) erkennen anders als gewöhnliche T-Zellen bestimmte Krebsarten als bösartig und können sie bekämpfen.

Die CAR-T-Behandlung vereint drei innovative Therapieformen: Immun-, Zell- und Gentherapie. Kurz zusammengefasst geschieht dabei folgendes: Man entnimmt den Patient*innen Immunzellen, modifiziert sie genetisch und führt sie anschließend durch eine Infusion wieder zu.

Das Verfahren ist an verschiedene Voraussetzungen geknüpft. Seitens der Patient*innen sind das u.a.

- genügend eigene T-Zellen,
- zeitlicher Abstand zur Stammzelltransplantation mindestens 100 Tage,
- ausreichend guter Allgemeinzustand ohne schwerwiegende Organschäden.



Nemes Laszlo/Stock

Therapieschritte

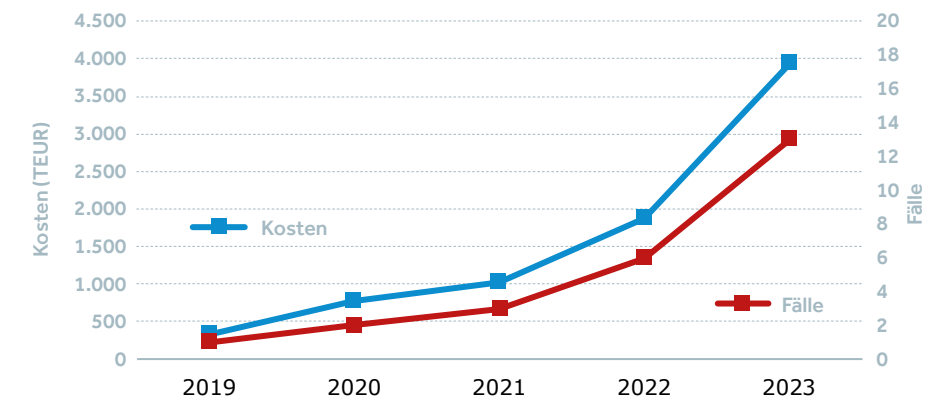
Der Therapieablauf gliedert sich in folgende Schritte:

- Entnahme von Leukozyten der Patientin/des Patienten
- Isolation der T-Zellen von den anderen Leukozyten
- Herstellung der CAR-T-Zellen aus den körpereigenen T-Zellen, indem die künstlich hergestellte Erbinformation für den CAR in die Erbinformation der T-Zelle integriert wird (Gentransfer). Dieser Prozess kann im Labor bis zu 4–5 Wochen dauern.
- Überbrückungstherapie, um die Tumorerkrankung zu kontrollieren: bis zu 8 Wochen
- Vorbereitende Chemotherapie (ca. 3 Tage) zur Hemmung der Aktivität der Tumor- und Abwehrzellen. Dies erleichtert zugleich die spätere Arbeit der CAR-T-Zellen.
- 2 Tage Pause
- Infusion der CAR-T-Zellen in den Körper der Patientin/des Patienten (Dauer 10 – 30 Minuten). Die CAR-T-Zellen können nun die Krebszellen erkennen, an diese andocken und sie zerstören. Diese lebendigen Zellen vermehren sich dann weiter im Körper und bilden einen langfristigen Schutz.
- 10 – 14 Tage stationäre Überwachung und Bekämpfung eventueller Nebenwirkungen
- langfristige Kontrolle und Unterstützung: bis zu 15 Jahre

Für die Behandlung gibt der Gemeinsame Bundesausschuss strenge Qualitätsstandards vor. Dazu gehören z.B. bestimmte Anforderungen an die medizinischen Einrichtungen, die Behandlungskompetenz sowie die sichere Aufbereitung und Verarbeitung der modifizierten T-Zellen. Dies können in der Regel nur Universitätskliniken oder andere Krankenhäuser der Maximalversorgung gewährleisten.

Die Erfolgsaussichten einer CAR-T-Zell-Therapie sind gut. Klinischen Prüfungen zufolge sprechen bis zu 90 % der an B-Zell-Leukämie leidenden Patient*innen positiv darauf an. Es können allerdings schwere Nebenwirkungen auftreten, z.B. hohes Fieber, neurologische oder Herz-Kreislauf-Störungen sowie Veränderungen im Blutbild, vereinzelt sogar tödliche Immunreaktionen.

CAR-T-Zell-Therapien 2019–2023
Kosten und Fälle bei casusQuo-Kassen



Behandlungskosten

Die CAR-T-Zell-Therapien werden über Zusatzentgelte abgerechnet. Deren Höhe wird für jedes Krankenhaus individuell verhandelt. Die Kosten liegen bei etwa 250 bis 350 TEUR je Infusion, hinzu kommen die Kosten der vor- und nachbereitenden Behandlung. Dafür erhält aber auch jede(r) Patient*in individuelle CAR-T-Zellen, d.h. man infundiert jeweils die eigenen, aber gentechnisch veränderten T-Zellen.

Bei casusQuo sind über alle bearbeiteten Kassen seit 2019 die im Diagramm oben erkennbaren Kosten und Fallzahlen aufgelaufen.

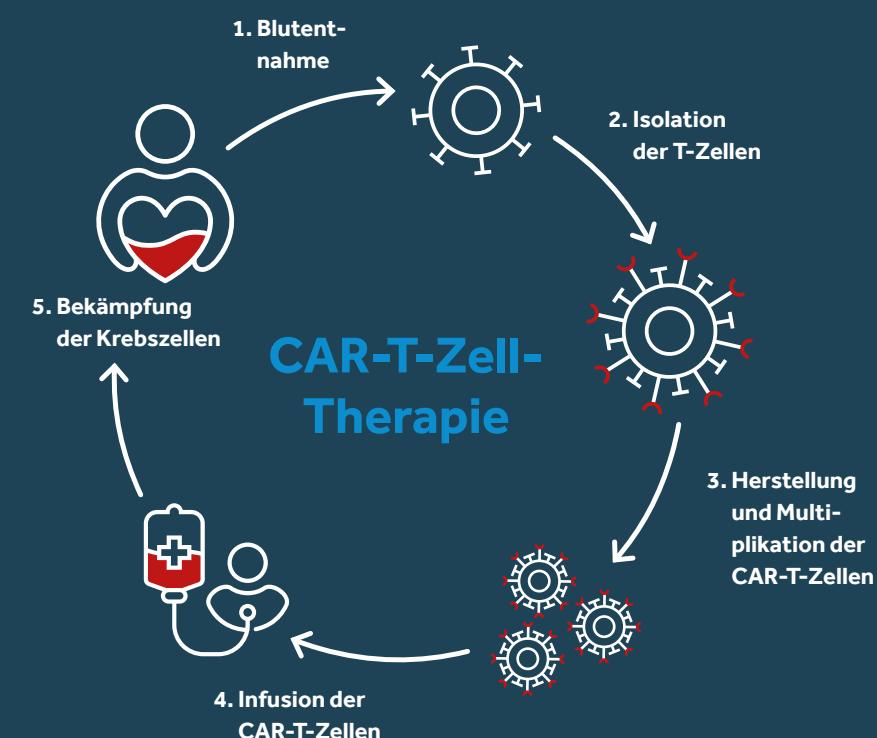
Häufigste abgerechnete Diagnose war C83.3 (Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom bei Patienten über 50 Jahre). Nur in Einzelfällen wurde bei casusQuo-Kassen die CAR-T-Zell-Therapie für Kinder abgerechnet. Aufgrund der geringen Gesamtzahl von nur 25 abgerechneten Fällen zwischen 2019 und 2023 sind diese Zahlen allerdings statistisch nicht aussagekräftig. Sie verdeutlichen aber den erheblichen Zuwachs an CAR-T-Zell-Behandlungen und die damit einhergehenden extrem hohen Kosten.

Für folgende Krebserkrankungen kommen die derzeit zugelassenen CAR-T-Zell-Therapien infrage:

- Rezidiertes oder refraktäres diffus großzelliges Non-Hodgkin-Lymphom (DLBCL) – für Erwachsene mit mindestens zwei systemischen Vortherapien
- Rezidiertes oder refraktäres mediantales großzelliges B-Zell-Lymphom (PMBCL) – für Erwachsene mit mindestens zwei systemischen Vortherapien
- Rezidierte oder refraktäre akute lymphatische B-Zell-Leukämie (B-Zell-ALL) – für Menschen bis einschließlich 25 Jahre

Weitere CAR-T-Zell-Verfahren für andere Indikationen befinden sich noch in der klinischen Studienphase. Ihre Zulassung ist aber absehbar.

el mantastic/AdobeStock





Zur Legalisierung von Cannabis

THC und die Folgen

Besitz und Konsum von Cannabis sind in Deutschland am 1. April 2024 innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen legalisiert worden. Die Entscheidung ist umstritten und wird teilweise leidenschaftlich diskutiert. Ihre Auswirkungen sind bisher völlig unklar. Annahmen reichen von „Entkriminalisierung und Entlastung der Exekutive“ bis hin zu „Jugendliche werden in Drogenkonsum, Sucht und schwere Erkrankungen getrieben“. casusQuo möchte zur Versachlichung der Debatte beitragen. Wir betrachten hier einige Zahlen aus der Vergangenheit und werden diese in den nächsten Jahren fortschreiben, um Vergleiche ziehen zu können.

Alle hier vorgestellten Zahlen stammen aus der Arbeit von casusQuo und können deshalb nur einen Ausschnitt der Realität darstellen: nämlich die stationären Aufnahmen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum.

Über den generellen Cannabiskonsum sagen die Zahlen nichts aus: Cannabiskonsumanten, die ihren Hausarzt aufsuchen, sind ebenso wenig erfasst wie all die Fälle von Cannabiskonsum, die ohne medizinische Hilfe auskommen. Wir betrachten hier Krankenhausaufenthalte, die mit der Hauptdiagnose F12.* (Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide) kodiert worden sind.

Die Kosten der GKV und die Fallzahlen können aber durchaus Hinweise auf Entwicklungen und mögliche Folgen in der Zukunft bieten. Prognosen drängen sich auf und können in den Folgejahren verifiziert oder falsifiziert werden.



In unserem ersten Diagramm betrachten wir die stationären Kosten im Zusammenhang mit Cannabiskonsum in den vergangenen drei Jahren, unterschieden nach Altersgruppen. Der sprunghafte Kostenanstieg in den beiden Altersgruppen 18-25 Jahre und

26-35 Jahre fällt ins Auge. Ob das Ende der Corona-Pandemie und damit verbunden mehr Gelegenheit zum Cannabiskonsum als Begründung dafür taugen, wollen wir im nächsten Schritt herausfinden.

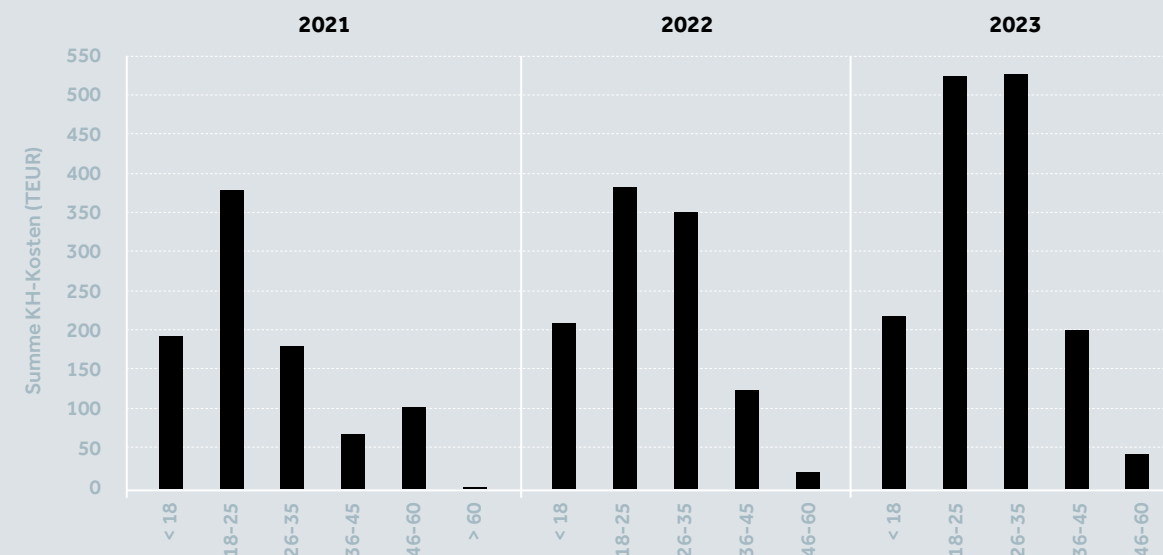


Abb. 1: KH-Aufnahmen in Verbindung mit Cannabis-Konsum - Kosten nach Altersgruppen

Im nächsten Diagramm beschränken wir uns auf die beiden oben aufgefallenen Altersgruppen, betrachten aber einen längeren Zeitraum – und müssen feststellen, dass das Ende der Pandemie offenbar nicht als Erklärung für den sprunghaften Anstieg der Fallzahlen in den beiden Altersgruppen

taugt. Denn zwischen 2020 und 2022 (Pandemiezeitraum) ist keine „Delle“ erkennbar. Ob sich die Zahlen auf dem hohen Niveau von 2023 einpendeln werden, oder ob es sich um Ausreißer handelt, wird also die Zukunft zeigen.

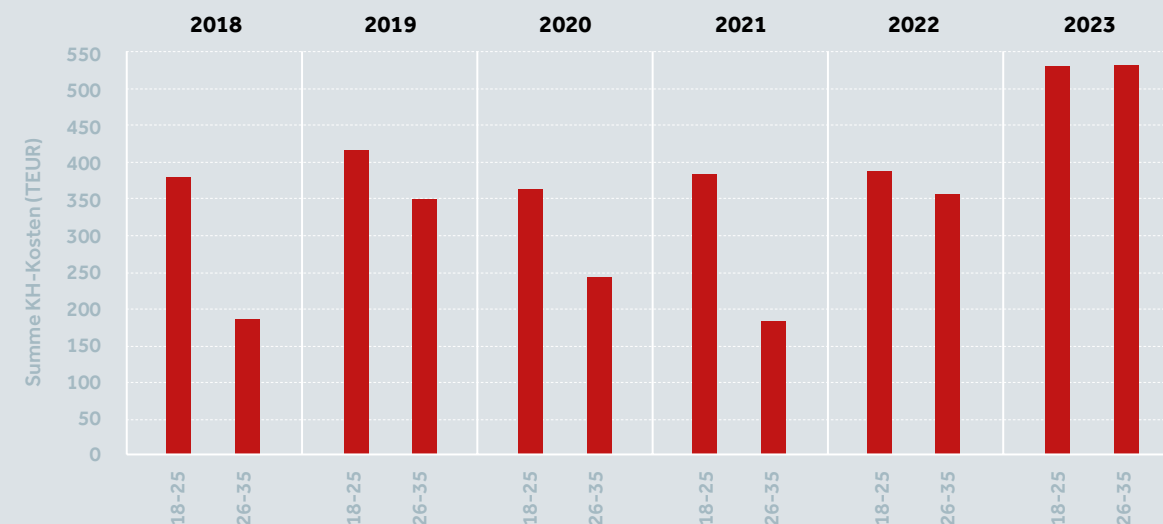
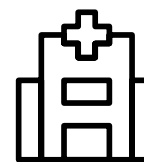


Abb. 2: KH-Aufnahmen in Verbindung mit Cannabis-Konsum - Kosten nach Altersgruppen



Robert Aneszko/iStock



Robert Aneszko/iStock

» Fortsetzung auf Seite 24



Aptiya Kowic/AdobeStock

» Fortsetzung
von Seite 23

Viel diskutiert wird die Legalisierung ja auch unter dem Aspekt der Langzeitfolgen von Cannabiskonsum. Experten weisen insbesondere auf das Risiko hin, an einer Psychose zu erkranken. Die individuellen und volkswirtschaftlichen Folgen von Psychosen sind besonders für Jugendliche und junge

Erwachsene verheerend. Kritiker der Legalisierung warnen vor einer Zunahme solcher Diagnosen. Deshalb haben wir aus dem casusQuo-Zahlenfundus auch hierzu eine Übersicht erstellt, die wir in den kommenden Jahren fortschreiben werden.

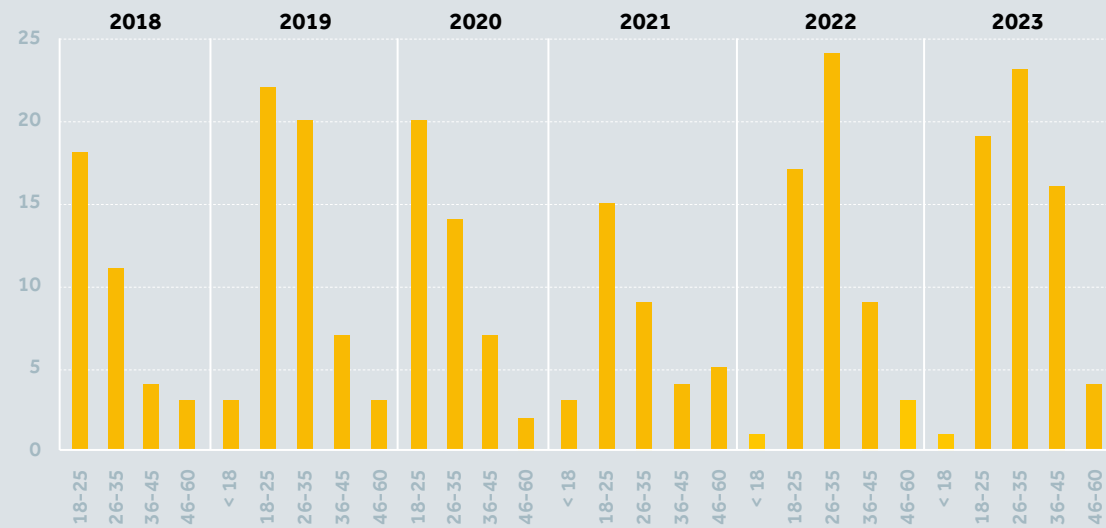


Abb. 3: KH-Aufnahmen wegen cannabisbedingter Psychosen (F12.5) - Fälle nach Altersgruppen und Jahren

Das Diagramm macht deutlich, dass cannabisbedingt Psychosen jedenfalls ein Phänomen der ersten Lebenshälfte sind. Ob später im Leben weniger gekifft wird, oder ob mit den Lebensjahren das Psychoserisiko sinkt, mögen Ärzte entscheiden. Fest steht, dass die Betroffenen wie die Solidargemeinschaft durch solche Erkrankungen langfristig großen Belastungen ausgesetzt sind.



Robert Aneszko/iStock



Katarzyna Blasiewicz/iStock

Und was kommt nach dem Krankenhaus? AHB seleQt unterstützt das Fallmanagement

Ebenso wie für viele Patient*innen nach Entlassung aus dem Krankenhaus die Behandlung noch längst nicht abgeschlossen ist, so betreut auch die Krankenkasse ihre Versicherten selbstverständlich weiter. In vielen Fällen schließt sich eine Anschlussheilbehandlung (AHB) an. In Verbindung damit treten Fragen auf wie: Welcher Kostenträger ist überhaupt zuständig? Welche Art, Dauer und Intensität der AHB sind im Einzelfall angemessen? Welche Klinik ist geeignet?

„casusQuo ist seit vielen Jahren ein verlässlicher Partner an unserer Seite, mit dem wir voll und ganz zufrieden sind“,

berichtet Carsten Schneider, Kundenberater Leistungen bei der BKK_DürkoppAdler.

„Im Bereich des Fallmanagements der AHB steht casusQuo bei uns für einen reibungslosen, schnellen und kundenorientierten Ablauf.“

BKK_DÜRKOPP ADLER

AHB seleQt – das casusQuo-Angebot zur Prüfung und Bearbeitung von Anträgen zu Anschlussheilbehandlungen, umfasst die folgenden Leistungen:

- Prüfung und fallabschließende Bearbeitung der AHB-Anträge für anspruchsberechtigte Versicherte,
- die Klärung von Abgrenzungsfragen hinsichtlich Kostenträger und Versorgungsstufe,
- die Einschaltung des Medizinischen Dienstes bei definierten Fragestellungen (Erst- und Verlängerungsanträge),
- die Kommunikation mit sämtlichen Leistungserbringern und natürlich
- die Rechnungsprüfung und -terminierung sowie -ablage.

Für Kassen hat es zahlreiche Vorteile, casusQuo mit AHB seleQt zu beauftragen:

- Fälle können zum frühestmöglichen Zeitpunkt in bestimmte, von der Kasse ausgewählte Kliniken eingesteuert werden.
- Kostenintensive Verlegungen werden dadurch vermieden.
- Die Kostenmanager*innen bei casusQuo verfügen über fundiertes medizinisches Know-how und über dezidierte Kenntnisse der regionalen Strukturen, z.B. zu Krankenhäusern und Medizinischen Diensten.

Gemeinsam zur optimalen Lösung: die adesso health solutions/ casusQuo-Entwicklungs- partnerschaft

Die Entwicklungspartnerschaft zwischen casusQuo und adesso health solutions zur Entwicklung einer neuen Software zur Krankenhausabrechnungsprüfung ist ein überaus erfolgreiches Projekt. Mittlerweile ist die Software bei casusQuo schon im praktischen Einsatz und wird für die Abrechnungsprüfung von 21 Kassen eingesetzt. DialoQ hat mit Martina Alpers gesprochen, die als Entwicklungsleiterin auf Seiten von adesso health solutions für das Produkt adesso smile KH verantwortlich ist.



» Frau Alpers, wie würden Sie insgesamt die Zusammenarbeit mit casusQuo beurteilen?

Nach meinem Empfinden haben wir eine sehr vertrauensvolle Ebene, auf der wir kommunizieren. Auch kritische Themen können wir offen mit unseren Partnern bei casusQuo besprechen und finden dann immer gemeinsam Lösungen. Das hat sich bewährt und dazu geführt, dass wir

heute eine Software vor uns haben, die genau den Anforderungen an eine effiziente Softwarelösung für die Prozesse in der Krankenhaus-Fallbearbeitung entspricht und sich perfekt in die Arbeitsabläufe einfügt.

» Was waren denn aus Ihrer Sicht die entscheidenden Schritte oder besondere Meilensteine im Laufe der Zusammenarbeit?

Der erste Meilenstein 2022 war die Einführung des Moduls smile decide, das bereits eine beachtliche Effizienzsteigerung ausgemacht hat. Ein besonderer

Meilenstein, den wir Ende 2023 erreicht haben, war dann die Umstellung von 21 Kassen für den produktiven Betrieb auf adesso smile KH. Dafür musste die Software einen Reifegrad erreicht haben, der einen zuverlässigen Betrieb ermöglicht, denn es geht ja schließlich um große Summen. Diesen Meilenstein haben wir gemeinsam erreicht, und das hat uns gezeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind – ein gutes Gefühl. An dieser Stelle noch einmal vielen Dank an alle Beteiligten.

Ein besonderes Feature von adesso smile ist der hohe Grad an Automatisierung. Dieser wird zu einem großen Teil durch das Regelwerk der adesso smile-Plattform ermöglicht. Um hier zu optimalen Ergebnissen zu kommen, war eine Menge Feintuning nötig, das wir gemeinsam mit casusQuo in vielen Iterationen entwickelt haben. Aber das Ergebnis zeigt, dass es die Mühe wert war. Wir haben jetzt ein Regelwerk, das mit KI-Unterstützung viele Prozesse automatisiert durchführen kann – von der Fallzusammenführung bis zur kompletten Zahlung von unstrittigen Rechnungen. Oder es bereitet die Prozesse zumindest so weit vor, dass die Kostenmanager*innen Empfehlungen erhalten, wie sie mit dem jeweiligen Fall umgehen sollen. Ein anderes Beispiel ist unser Erweiterungsmodul smile decide. Hier ermitteln KI-Methoden diejenigen Fälle, die die höchste Erfolgswahr-

scheinlichkeit bei einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst haben, um innerhalb der Prüfquote die Fälle mit dem höchsten Einsparpotenzial einzureichen. Auch an dieser Stelle haben wir eng mit casusQuo zusammengearbeitet – und das Ergebnis überzeugt mit einer übersichtlichen und funktionalen Aufbereitung und Darstellung.

» Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere Punkte, in denen die Entwicklungspartnerschaft mit casusQuo besonders wertvoll ist?

Da fällt mir spontan der Punkt „Usability“ der Software ein. Durch genaues Beobachten der Arbeitsabläufe, Analysieren und Testen haben wir die Software immer weiter an die praktischen Gegebenheiten angepasst. Wann brauche ich welche Informationen, welches ist der nächste Schritt, den ich tun muss? Wie muss die Software reagieren, wenn ich x tue, aber y richtig wäre? Diese Detailarbeit zahlt sich natürlich aus, indem eine Software entsteht, mit der die Anwender*innen gerne arbeiten und mit der sie sich quasi anfreunden. Diese gefühlsmäßige Bindung an eine Software sollte man nicht unterschätzen, sie wirkt sich schließlich auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz aus und spiegelt sich letztendlich auch in der Produktivität der Mitarbeiter*innen wider.

» Ja, das kann man sich gut vorstellen. Haben Sie noch einen Wunsch für die Zukunft oder etwas, das noch verbessert werden könnte?

Ich finde, dass die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert und denke, dass dies auch in Zukunft weiter so sein wird. Wir haben jetzt schon ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Das zeigt ja, dass wir ein hervorragend eingespieltes Gespann sind. Auch der Wissenstransfer funktioniert gut, und zwar in beide Richtungen. Ich freue mich auf die weitere gemeinsame Entwicklungsarbeit.

» Frau Alpers, vielen Dank für das Gespräch.



Im dialoQ mit:

Beate Rewerski

... diesmal per Videocall nach Hongkong, wohin Beate im August 2023 mit ihrer Familie gezogen ist. Im PEPP-Team müssen wir deshalb für 3 Jahre auf sie verzichten.

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

... hatte ich ein echt tolles Team und zu 95 % einen richtig guten Arbeitstag.

2. Wenn ich nicht bei casusQuo bin, so wie jetzt gerade, dann ...

... erkunde ich hier die Stadt, die Natur, gehe in den Bergen wandern oder fahre mit den Kindern am Strand surfen. Der ist von uns nur 15 Autominuten entfernt, das sind natürlich paradiesische Bedingungen!

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

... ein Vogel: der kann von oben gucken und hat immer den Überblick. Gerade hier im wuseligen, unübersichtlichen Hongkong ist mir klar geworden, wie wertvoll Überblick ist. Und: als Vogel kann ich auch schnell weg, wenn ich das möchte.

Beate Rewerski hat einen Master in Sport- und Gesundheitswissenschaften und arbeitet seit Dezember 2011 als Kostenmanagerin bei casusQuo im PEPP-Team. Mit Mann und drei Kindern lebt sie derzeit in Hongkong. Schon nach wenigen Monaten ist Beate begeistert von den geografischen und kulturellen Möglichkeiten, die das Leben an der chinesischen Südküste bietet. Auch mit dem Gesundheitssystem hat sie bereits Berührung gehabt, denn das Surfen will ja schließlich erst einmal gelernt sein... Dabei durfte Beate sich von den hohen Standards und der Effizienz der Versorgung überzeugen.

adesso smile
KH





mojo_cp / AdobeStock

Pflegeberatung für die casusQuo-Crew Gut für den Einzelnen – gut für die Gemeinschaft!

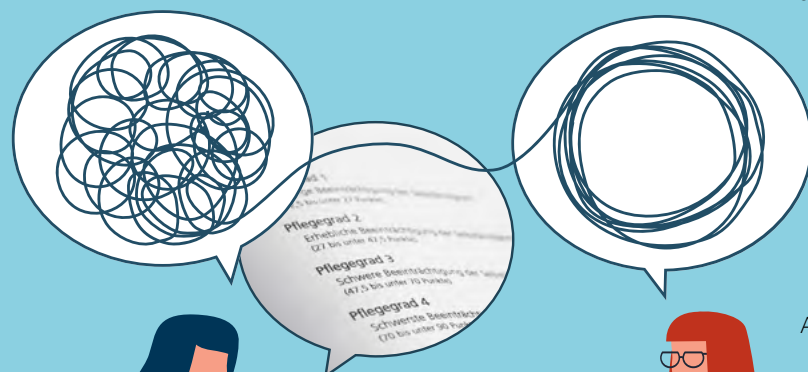
Die casusQuo GmbH ist zuallererst Dienstleisterin für Krankenkassen, außerdem auch Arbeitsgemeinschaft und oft Interessenvertretung. Daneben ist sie aber auch Mieterin, Nachbarin, Kooperationspartnerin – und last but not least eben auch Arbeitgeberin. Als Arbeitgeberin fühlen wir uns verantwortlich für unsere Mitarbeitenden, sorgen für gute Arbeitsbedingungen und dafür, dass alle Crewmitglieder sich bei uns wohlfühlen und ihr Potenzial entfalten können. Zugleich tragen wir als Arbeitgeberin natürlich auch eine gesellschaftliche Verantwortung.

— **Gesellschaftliche Verantwortung** – ein großes Wort (eigentlich 2 Wörter). Was heißt das konkret? Ein Feld, auf dem casusQuo Verantwortung übernimmt, ist der Bereich der Pflege. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt kontinuierlich und wird aufgrund der demografischen Entwicklung auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter steigen.

Damit nimmt auch die Zahl der Menschen zu, die sich mit dem Thema Pflege und Versorgung auseinandersetzen müssen, sei es für sich selbst oder für Partner*innen, Eltern oder andere Angehörige. Nun gehören Pflegegrade und Entlastungsbeträge, Verhinderungspflege oder andere Unterstützungsleistungen bisher nicht zum Lernstoff an allgemeinbildenden Schulen. Und so stehen viele Angehörige neben der konkreten Sorge und Belastung vor einem Haufen Fragen, wenn plötzlich ein nahestehender Mensch pflegebedürftig wird. Es gibt zahlreiche Hilfsangebote in dieser Situation. Nur leider wissen viele Menschen gar nicht, wo sie diese Angebote finden.

— **casusQuo-Mitarbeitende können sich jetzt an qualifizierte Ansprechpartner*innen wenden:** Im Rahmen des EAP (Employee Assistance Programme), das casusQuo über einen externen Dienstleister seit 2018 allen Mitarbeitenden kostenfrei und anonym anbietet, existiert nun auch eine Pflegeberatung. Sie beinhaltet qualifizierte Unterstützung in allen im Rahmen einer Pflegesituation auftretenden Fragen und Problemen: juristisch, medizinisch, psychosozial und organisatorisch.

— **Win-win:** Von der Beratung profitieren übrigens nicht nur Betroffene und Angehörige, sondern schlussendlich auch die Pflegekassen, deren Mitarbeitende entlastet werden, und zwar durch korrekt ausgefüllte Anträge, qualifiziert vorgebrachte Anliegen, weniger Rückfragen von überforderten Versicherten. Bieten Sie und Ihr Trägerunternehmen Ihren Mitarbeitenden bereits ein EAP an?



nmann77 / AdobeStock

YummyBoom /
AdobeStock



DIE ERFOLGSFORMEL FÜR EFFIZIENTES LEISTUNGSMANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN: casusQuo + adesso smile

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.

Mit casusQuo als Entwicklungspartner für adesso smile fließt jede Menge Fachkompetenz 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.

High Performance
für Ihr Leistungsmanagement

 **adesso smile**



Das hört sich auch für Sie interessant an?

Gern stellen wir Ihnen adesso smile persönlich vor:
E-Mail: info@adesso-health.de
Telefon: 04321 9995-0

adesso | **health solutions**

Tungendorfer Straße 10 · 24536 Neumünster · 04321 9995-0 · adesso-health.de



casusQuo
Mit uns geht die Rechnung auf

Unbequemes Fahrwasser?

**Wir helfen Ihnen
bei Arbeitsspitzen oder
Personalengpässen.**

- » maximale Flexibilität
- » maßgeschneiderte Dienstleistung
- » für spezielle Regionen, Krankenhäuser
oder befristete Zeiträume



partcheQ

Rechnungsprüfung für Teilfallzahlen