



Das MDK-Reformgesetz – Auswirkungen auf die Krankenhaus- Rechnungsprüfung

Der Bundestag hat am 7.11.2019 das MDK-Reformgesetz beschlossen, das zum 1.1.2020 zu zahlreichen Veränderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung führen wird. Grund dafür ist die Beobachtung, dass „Krankenkassen, teils aus wettbewerblichen Gesichtspunkten, in einem zu großen Umfang Prüfungen [von Krankenhausrechnungen] veranlassen und die Prüfquoten kontinuierlich ansteigen“ und gleichzeitig „Anreize für eine regelkonforme Abrechnung in den Krankenhäusern nicht bestehen“¹. Ziel des Gesetzes ist, Bürokratie abzubauen und eine faire Abrechnung im Krankenhausbereich systemisch zu fördern, beispielsweise durch Begrenzung der Rechnungsprüfungen beim Medizinischen Dienst (MD)² sowie Sanktionen der Krankenhäuser für falsche Rechnungen.

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKVen) stehen dadurch vor großen praktischen Herausforderungen: Im Krankenhausbereich drohen bis zu 1,5% oder über 1,1 Mrd. EUR höhere Ausgaben pro Jahr. Der Grund: Die Prüfquote beim MD wird in Zukunft auf 5 bis 15% je Krankenhaus und GKV reduziert. Bisher wurden über alle GKVen hinweg durchschnittlich 17% der Rechnungen pro Krankenhaus geprüft und insgesamt 2,8 Mrd. Euro pro Jahr wegen fehlerhaften Abrechnungen zurückgefordert.³

Um das Ziel des Gesetzes zu erreichen und gleichzeitig stark ansteigende Krankenhauskosten bei den GKVen zu vermeiden, erfordert die neue Rechtslage eine schnelle Reaktion. Die GKVen müssen weg von der alten Praxis, in der möglichst viele potenziell fehlerhafte Rechnungen zu einer Prüfung an den MDK geschickt wurden, hin zu einer intelligenten Prüfprozesssteuerung, die gezielt nur die relevantesten Fälle erkennt. Hierdurch können die GKVen als wichtige Akteure im deutschen Gesundheitssystem für sie negative finanzielle Auswirkungen zumindest minimieren und im Wettbewerb untereinander sogar Vorteile generieren.

Ein solches Vorgehen verlangt von den GKVen erhebliche Veränderungen an ihrer IT-Infrastruktur, führt aber gleichzeitig zu einer starken Entlastung der Aufbau- und Ablauforganisation. Bei erfolgreicher Umsetzung kann es zu einer Veränderung kommen, von der das gesamte System inklusive Leistungserbringern und MDK profitieren könnte.

Dieser Artikel bietet eine GKV-Perspektive auf die aktuelle Praxis der Krankenhaus-Rechnungsprüfung sowie auf Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes und mögliche Lösungsansätze.

Krankenhaus-Rechnungsprüfung – aufwändig und bürokratisch

Die GKVen erhalten derzeit von den Krankenhäusern pro Jahr etwa 16,7 Mio. Anträge auf Kostenerstattung für stationäre Aufenthalte⁴ mit einem Kostenvolumen von insgesamt etwa 75 Mrd. EUR⁵. Damit bilden die Kosten im Krankenhausbereich mit rund 33%⁶ der Gesamtausgaben in der GKV mit Abstand den größten Ausgabenposten.

Die GKVen sind nach § 275 SGB V verpflichtet, die Rechnungen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Dieser Prüfprozess ist äußerst aufwändig – pro GKV sind teilweise mehrere hundert Mitarbeiter regelmäßig damit beschäftigt. Regelwerke helfen dabei, Fälle effizienter zu sondieren, exakter zu bewerten und faktenbasierte Entscheidungen zu treffen. Gewöhnlich kennzeichnet das Regelwerk einer GKV Rechnungen als „auffällig“, wenn bestimmte Kriterien auf potenzielle Fehler oder Unplausibilitäten in der Rechnung hindeuten.

¹ Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) des Bundesministeriums für Gesundheit

² Der jetzige MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) wird ab 2020 nach Überführung in eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts nur noch MD (Medizinischer Dienst) heißen

³ Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 04.06.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

⁴ In 2017 laut KGB-Statistik des BMG

⁵ In 2017 laut KJ1-Statistik des BMG

⁶ Bei rund 230 Mrd. EUR Gesamtausgaben der Krankenkassen in 2017 laut KJ1-Statistik des BMG

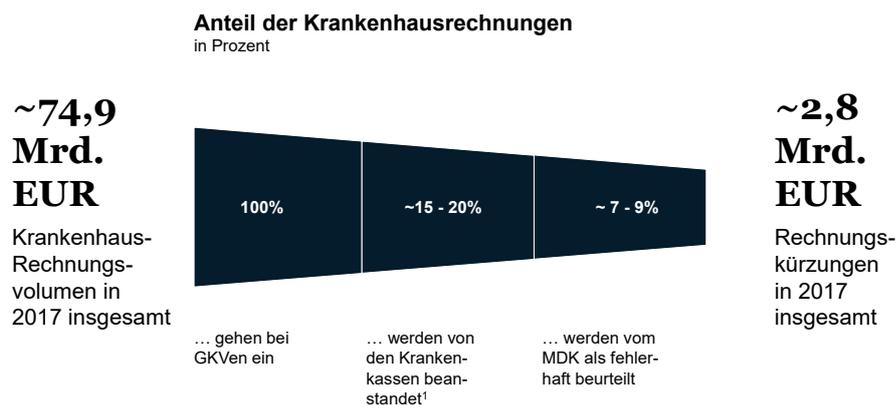
Auf Basis der regelwerksgestützten Vorselektion gehen Sachbearbeiter in die Einzelfallbewertung – mithilfe der Rechnungsdaten, der Patientenhistorie sowie ihrer Erfahrungswerte – und entscheiden über eine mögliche Beanstandung. Der Beanstandung folgt eine Prüfung durch den MDK in etwa 14% aller Fälle oder ein so genannter “Falldialog”⁷ zwischen GKV und Krankenhaus in etwa 5% aller Fälle.⁸

Im Falle der MDK-Prüfung sind die Beanstandungen in rund 46% aller Fälle erfolgreich⁹ und die Zahl beanstandeter Krankenhausabrechnungen wächst¹⁰. Das kostet wertvolle Arbeitskraft, Zeit und Ressourcen, die anderweitig sinnvoller investiert werden könnten – nicht nur bei den GKV, sondern auch bei Krankenhäusern und beim MDK. Die Folge: Krankenhäuser bemängeln einen nicht mehr vertretbaren Aufwand, erhebliche Liquiditätsverluste, die teilweise sogar existenzbedrohend sind, und generell langwierige Rechtsstreitigkeiten.¹¹ Insbesondere der Einbezug von Verweildauerprüfungen in die Berechnung der Quote korrekter Abrechnungen wird kritisiert.¹² Auch die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling sieht Verbesserungspotenzial für GKV und Krankenhäuser durch eine deutliche Reduktion überflüssiger Prüfaufwände sowie eine erhebliche Verminderung von Fehlanreizen.¹³ Es besteht also tendenziell Einigkeit darüber, dass es in Zukunft darauf ankommen sollte, zuverlässig die Rechnungen zu erkennen, bei denen sich eine Intervention mit hoher Wahrscheinlichkeit lohnt.

Im Jahr 2017 erhielten die GKV laut GKV-Spitzenverband etwa 3,7% des insgesamt geforderten Rechnungsbetrags von den Krankenhäusern zurück, rund 2,8 Mrd. EUR (Abbildung 1).

Abbildung 1

In 2017 wurden ca. 3,7% der Rechnungsbeträge gekürzt



¹ Rechnungen können über den MDK oder auch im bilateralen Kontakt mit Krankenhäusern beanstandet werden, z.B. im Falldialog

Quelle: BMG KJ-1 Statistik 2017; GKV-Spitzenverband Pressemitteilung vom 02.05.2019; medinfoweb.de Herbstumfrage 2018

⁷ § 5 der Prüfverfahrenvereinbarung nach §17c Abs. 2 KHG

⁸ medinfoweb.de, Herbstumfrage 2018

⁹ medinfoweb.de, Herbstumfrage 2018

¹⁰ GKV-Spitzenverband, Argumentationspapier vom 27.4.2019; medinfoweb.de, Herbstumfrage 2018

¹¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz vom 4.6.2019

¹² Stellungnahme des DEKV zum Beschluss des MDK-Reformgesetzes vom 8.11.2019

¹³ Stellungnahme des DGFm zum MDK-Reformgesetz

Die Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes

Seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 hat sich die Krankenhaus-Rechnungsprüfung im GKV-System zu einem Wettbewerbsfaktor entwickelt. Sowohl GKVen als auch Krankenhäuser setzen deshalb aufwändige Prüfregelwerke und geschultes Personal ein.

Das MDK-Reformgesetz soll dazu dienen, dieses System zu verändern, um den gleichzeitigen Abbau von Bürokratie sowie eine faire Abrechnung zu fördern. Es enthält fünf wesentliche Regelungen zur Krankenhaus-Rechnungsprüfung, von denen hier auf Grund ihrer hohen wirtschaftlichen Implikationen die ersten beiden im Fokus stehen:

- **Kontingentierung der Prüfung** durch den MD auf 5, 10 oder 15% individuell pro Krankenhaus, aber gültig für alle GKVen je nach Abrechnungsqualität der Rechnungen des Krankenhauses zwei Quartale zuvor (in 2020 Übergangslösung mit pauschal 12,5% je Krankenhaus)
- **Einführung von Strafzahlungen** für Krankenhäuser in Höhe von 25 bis 50% der zu Unrecht geforderten Rechnungsbeträge und maximal 10% der unstrittigen Rechnungssumme (in 2020 Übergangslösung mit 10% der zu Unrecht geforderten Rechnungsbeträge und mindestens 300 EUR pro Rechnung)¹⁴
- **Verbot der Aufrechnung** durch GKVen mit Forderungen der Krankenhäuser aus anderen Rechnungen mit Ausnahme der vom Krankenhaus nicht bestrittenen Rechnungen
- **Ausschluss** der tagesbezogenen **Pflegeentgelte** von der Krankenhaus-Rechnungsprüfung in Fällen, in denen die Rechnung auch nach der Prüfung vollstationär ist (nach den im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beschlossenen Veränderungen)
- **Einführung** gebündelter krankenhausbbezogener **Strukturprüfung** durch den MD zur Prüfung der strukturellen Voraussetzungen der Erbringung bestimmter Leistungen (nicht mehr in Einzelfallprüfungen).

Vergleicht man die geplanten Änderungen mit den aktuellen Gegebenheiten, zeigt sich: Die derzeitigen Prüfquoten betragen je nach GKV derzeit 6 bis 27%.¹⁵ Die Quoten einzelner Krankenhäuser liegen teilweise mit über 50% sogar deutlich höher. Dies macht eine individuelle Bewertung der Fälle je Krankenhaus notwendig, um dem gesetzlichen Prüfauftrag gerecht zu werden. Hinzu kommt ein beachtlicher negativer Effekt auf die Krankenausgaben. Nimmt man eine Reduzierung der derzeitigen Prüfvolumina beim MDK um durchschnittlich 25% und eine ursprüngliche Nettokürzung von 3 bis 5% der Rechnungssummen an, so ergibt sich für die GKVen eine Minderung der Kürzungssumme im Bereich Krankenhaus um 0,7 bis 1,1% p.a. Die für die Krankenhaus-Rechnungsprüfung relevanten DRGs erhalten zu einem signifikanten Teil Pflegekosten, die teilweise von der Prüfung auszuschließen sind. Geht man hier von einem um weitere 10% reduzierten Prüfvolumen aus, so ist eine weitere Reduzierung der Kürzungssumme um 0,3 bis 0,5% möglich. Dem stehen zusätzliche Einnahmen von bis zu 0,4% durch Strafzahlungen gegenüber.

Ersten Schätzungen zufolge könnte ein negativer Effekt von bis zu 1,5% für den Bereich Krankenhaus (Abbildung 2) oder 0,5% der gesamten Haushaltsplanung einer GKV entstehen, ausgehend von einem Krankenhausanteil von 33%. Hier sind negative Effekte auf den Falldialog als alternatives Prüfverfahren zum MDK noch nicht enthalten. Genauere Schätzungen und mittelfristige Effekte sind deshalb noch zu ermitteln, nachdem die differenzierenden Quoten in Kraft getreten sind.

¹⁴ Der Bundesrat hat am 29.11.2019 eine Empfehlung zur Beschränkung von Strafzahlungen für Krankenhäuser in den Jahren 2020 und 2021 ausgesprochen, jedoch keinen Antrag auf Einberufung eines Vermittlungsausschusses gestellt. Eine etwaige Reaktion des Gesetzgebers steht aus.

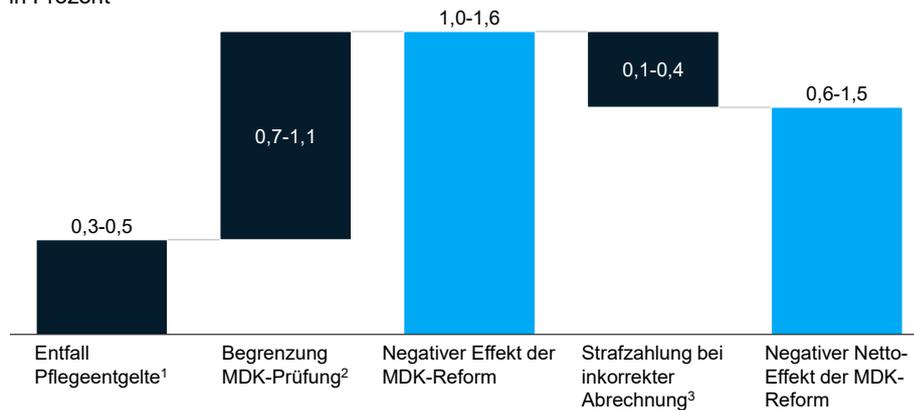
¹⁵ medinfoweb.de, Herbstumfrage 2018

Abbildung 2

Durch das MDK-Reformgesetz könnten die Ausgaben der GKVen im Bereich Krankenhaus um bis zu 1,5% steigen

Modellrechnung – erste Schätzung

Anteil am Krankenhausbudget,
in Prozent



¹ Anteil Pflegeentgelte 10% x Netto-Kürzungsquote 3-5%

² Anteil Nicht-Pflegeentgelte 90% x Netto-Kürzungsquote 3-5% x verlorenes Prüfvolumen 25%

³ Anteil Nicht-Pflegeentgelte 90% x Netto-Kürzungsquote 3-5% x Anteil Rechnungen inkorrekt 20% x Strafzahlung 25-50%

Quelle: McKinsey

Auch die IT muss sich im Rahmen der MDK-Reform massiv verändern, da die bestehenden IT-Werkzeuge die neuen Anforderungen nicht mehr erfüllen. Informationen aus den Prüfprogrammen müssen verknüpft, bewertet und verarbeitet werden, um eine ganzheitliche Steuerung des Prüfprozesses z.B. durch eine krankenhausspezifische Reihenfolge der Rechnungen zum Auffüllen der 12,5%-Prüfquote beim MD zu ermöglichen.

Außerdem besteht Anpassungsbedarf bei Organisation und Prozessen. Derzeit legt in den meisten GKVen ein in oft langwieriger Arbeit entwickeltes Regelwerk fest, wie viele auffällige Fälle die Mitarbeiter sichten und in welchen sie intervenieren müssen. Über die Intervention entscheiden in der Regel die Mitarbeiter selbst; Reihenfolge und Fallzahl spielen eine untergeordnete Rolle.

Lösungsansätze für GKVen – intelligente Algorithmen systematisch nutzen

Das MDK-Reformgesetz bedeutet für die GKVen große Veränderungen und ist im ungünstigsten Fall mit höheren Kosten verbunden. Dennoch: Wenn die Fälle richtig ausgewählt und priorisiert werden, können die GKVen auch weiterhin ihren gesetzlichen Prüfauftrag erfüllen und mögliche wirtschaftliche Nachteile gleichzeitig kompensieren. Simulationen zeigen, dass in vielen GKVen 50% der Fälle 80 bis 90% der gesamten Kürzungssumme ausmachen. GKVen können sich somit einen Vorteil gegenüber Wettbewerbern verschaffen, die ihre Fallauswahl nicht anpassen und lediglich alle Fälle bis zum Erreichen der Quote einreichen. Hierfür ist eine fundamentale Umstellung des Prüfsystems erforderlich, das in Zukunft darauf fokussiert sein muss, statt möglichst vielen Prüffällen die qualitativ hochwertigsten auszuwählen.

Zunächst müssen Änderungen an der Prüfsystematik bestehender Regelwerke abgebildet werden, wie z.B. die nur noch in bestimmten Fällen erlaubte Prüfung tagesbezogener Pflegeentgelte.

Dann müssen die vorhandenen Fallinformationen aus den einzelnen Systemen und Datentöpfen einer GKV in einen Optimierungsalgorithmus einfließen. Der Optimierungsalgorithmus nimmt sodann eine Vorauswahl solcher Fälle vor, die Mitarbeitern zur Sichtung vorgelegt werden sollen. Für diese Vorauswahl muss der Optimierungsalgorithmus alle Fälle nach einer Kombination aus voraussichtlicher Kürzungshöhe und voraussichtlicher Erfolgswahrscheinlichkeit priorisieren. Im Gegensatz zur bisherigen Praxis darf dies nicht im absoluten Vergleich aller Rechnungen, sondern muss spezialisiert auf jedes Krankenhaus erfolgen und die Vergleichbarkeit aller Rechnungsarten untereinander sicherstellen. Anhand dieser Kriterien können nun neu eingehende Fälle anhand von Erfahrungswerten aus der Vergangenheit bewertet und nur so viele Fälle zur Sichtung durch einen Mitarbeiter ausgewählt werden, wie bei Berücksichtigung der Quote an Entscheidungen für eine MD-Prüfung zum Erreichen der Quote nötig sind.

Die auf diese Weise zur Sichtung ausgewählten Fälle werden von Mitarbeitern kontrolliert und um vorhandenes Wissen über die Krankenhäuser aus vergangenen Fällen erweitert. Sie sortieren auch insbesondere solche Fälle aus, die sie auf Grund der Aktenlage als vermutlich beim MD nicht erfolgreich beurteilen. Die Sichtung kann idealerweise auch automatisiert werden, je nach Präferenz bzw. technischer Möglichkeit der jeweiligen GKV.

Diese Abkehr vom starren Regelwerk der Rechnungsprüfung hin zu Optimierungsalgorithmen vereinfacht und beschleunigt nicht nur das gesamte Rechnungsprüfungsverfahren, sondern erhöht auch seine Effizienz, Qualität und Treffsicherheit – das entlastet alle Beteiligten und senkt die Kosten. Positive Konsequenz: Dank einer automatisierten Priorisierung müssen Sachbearbeiter nicht mehr jeden auffällig gestellten Rechnungsfall prüfen; Mehraufwendungen für überflüssige Prüf- und Beanstandungsprozesse entfallen. Mitarbeiter können sich auf die Fälle konzentrieren, die das höchste Kürzungspotenzial aufweisen und zugleich die besten Erfolgsaussichten bei einer Intervention haben.

Alle während der Sichtung für eine MD-Prüfung empfohlenen Fälle laufen nun in einen Pool an Fällen. Dieser Fallpool ist durch einen neu zu schaffenden intelligenten Priorisierungsalgorithmus zu sortieren, der z.B. auf der nach der Mitarbeiter-Prüfung erwarteten Höhe der Kürzung der aufbaut und alle Rechnungen pro Krankenhaus in eine klare Reihenfolge bringt. Dabei muss der Priorisierungsalgorithmus auch etwaige Strafzahlungen durch die Krankenhäuser sowie die Möglichkeit, einige Fälle auf dem alternativen Weg des Falldialogs zu klären, berücksichtigen. Die Definition des intelligenten Priorisierungsalgorithmus, der anhand von Machine Learning kontinuierlich aus Interventionsergebnissen lernen und an Gesetzesänderungen angepasst werden muss, stellt die komplexeste Herausforderung dar.

Erste GKVen arbeiten bereits seit der ersten Jahreshälfte 2019 an der Vorbereitung eines solchen intelligenten Priorisierungsalgorithmus und werden diesen zum Beginn des Jahres 2020 einsetzen können. Inklusive der Berücksichtigung GKV-individueller Faktoren, z.B. Besonderheiten in aktuellen Prozessen, dauert dies eher Monate als Wochen. Hierbei können GKVen mit bestehenden intelligenten Prüfalgorithmen auf diesen aufbauen und Anpassungen vornehmen. GKVen, die Standard-Software nutzen oder einfache Regelwerke verwenden, können intelligente Algorithmen neu aufbauen oder punktuell in bestehende Lösungen einbauen.

Die Ergebnisse des Algorithmus können anschließend optional durch eine manuelle Kontrolle geprüft werden. Die letzten Schritte der Intervention laufen wie im bisherigen Prozess, mit dem entscheidenden Unterschied, dass nur noch eine begrenzte Anzahl der Fälle (5, 10 oder 15% je Krankenhaus) durch die Mitarbeiter bearbeitet wird (Abbildung 3).

Krankenhaus-Rechnungsprüfung ab Januar 2020 mit neuen Anforderungen an den Prozess

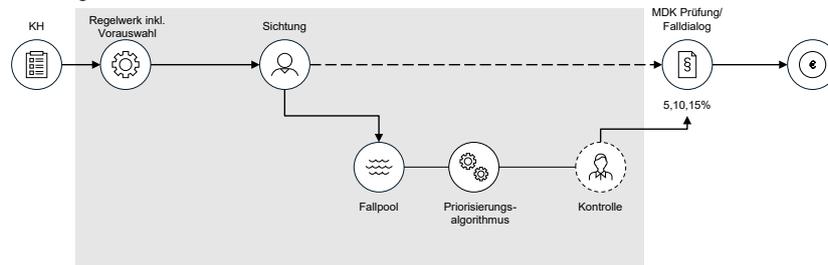
Vorläufig

Anpassung im Prozess

Derzeitiger Prozess



Zukünftiger Prozess



Quelle: McKinsey

Durch das neue Gesetz ist auch die Erhöhung der Prüfquote (durch Steuerung der Fehlerquote) bei Krankenhäusern zu betrachten, die dem Verdacht der systematischen Rechnungsüberhöhung unterliegen. Um der Prüfpflicht nach § 275 SGB V ausreichend nachkommen zu können, ist es gegebenenfalls sinnvoll, die Prüfquote in späteren Quartalen zu erhöhen. Hier richtet sich die Höhe der Prüfquoten und Strafzahlungen eines Krankenhauses ab 2021 nach der GKV-übergreifenden Quote fehlerhafter Abrechnungen. Insbesondere zur Frage, ob ein nach § 275c SGB V begründeter Verdacht der systematischen Rechnungsüberhöhung vorliegt, ist ein Dialog der GKVen notwendige Voraussetzung, da eine gemeinsame Anzeige erforderlich ist. Folge eines solchen begründeten Verdachts ist die Anhebung der MD-Prüfquote für die betreffenden Krankenhäuser.

Sind die oben genannten Änderungen in IT und Prozessen umgesetzt, kann eine GKV bei Minimierung des Sichtungsaufwands einen großen Teil der durch das MDK-Reformgesetz entfallenden Teile des gesetzlichen Prüfauftrags finanziell kompensieren.

Es lassen sich fünf konkrete Handlungsempfehlungen für eine GKV ableiten:

- Analyse der individuellen Abrechnungsprüfungsdaten der vergangenen Jahre, um den Effekt des MDK-Reformgesetzes zu bewerten
- Umstellung der IT zur Verknüpfung der Systeme und Datenpools inklusive Ausgabemaske für die priorisierten Fälle
- Erarbeitung eines individuellen, selbst lernenden Algorithmus zur Optimierung der Prüfprozesssteuerung
- Anpassung von Organisation und Prozessen an die neuen Mengengerüste und Prüfschritte
- Schulung der Mitarbeiter in Prozessen und Erläuterung der neuen Fallauswahl.

Fazit – die Chancen nutzen

GKVen sollten die Veränderungen, die das MDK-Reformgesetz mit sich bringt, nicht nur als Herausforderung, sondern auch als große Chance ansehen. Die Nutzung von intelligenten Algorithmen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung kann zu deutlichen Optimierungen in der Aufbau- und Ablauforganisation führen. Dies bringt nicht nur den GKVen selbst Vorteile – auch Leistungserbringer profitieren davon. Allerdings müssen die GKVen zeitnah reagieren, denn das gerade verabschiedete Gesetz tritt bereits am 1.1.2020 in Kraft und die Einführung bedarf einiger Veränderungen und Vorbereitungen. Einige GKVen haben diese bereits vor Monaten angestoßen, andere beginnen gerade erst, sich mit dem Thema zu befassen. Diese Unterschiede werden die Krankenhaus-Rechnungsprüfung auch in Zukunft zu einem Wettbewerbsfaktor machen.

Autoren

Manuela Martin, Partnerin im Berliner Büro von McKinsey
Manuela_Martin@mckinsey.com

Markus Gampert, Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Markus_Gampert@mckinsey.com

Philipp Schuh, Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Philipp_Schuh@mckinsey.com

Corinne Möller, Projektleiterin im Hamburger Büro von McKinsey
Corinne_Moeller@mckinsey.com

Felix Freudenberg, Projektleiter im Frankfurter Büro von McKinsey
Felix_Freudenberg@mckinsey.com

Die Autoren danken den Partnern für die vielfältigen Anregungen, Vorschläge und Diskussionen.

Ihre McKinsey Partner im deutschen Gesundheitssektor

Harald Fanderl, Senior Partner im Münchner Büro von McKinsey
Harald_Fanderl@mckinsey.com

Tjark Freundt, Senior Partner im Hamburger Büro von McKinsey
Tjark_Freundt@mckinsey.com

Steffen Hehner, Senior Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Steffen_Hehner@mckinsey.com

Martin Huber, Senior Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Martin_Huber@mckinsey.com

Boris Körs, Senior Partner im Münchner Büro von McKinsey
Boris_Koers@mckinsey.com

Karl Liese, Senior Partner im Kölner Büro von McKinsey
Karl_Liese@mckinsey.com

Georg Nederegger, Senior Partner im Münchner Büro von McKinsey
Georg_Nederegger@mckinsey.com

Jesko Perrey, Senior Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Jesko_Perrey@mckinsey.com

Alexander Weiss, Senior Partner im Berliner Büro von McKinsey
Alexander_Weiss@mckinsey.com

Stefan Biesdorf, Partner im Münchner Büro von McKinsey
Stefan_Biesdorf@mckinsey.com

Ulrike Deetjen, Partnerin im Stuttgarter Büro von McKinsey
Ulrike_Deetjen@mckinsey.com

Denis Francis, Partner im Kölner Büro von McKinsey
Denis_Francis@mckinsey.com

Markus Gampert, Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Markus_Gampert@mckinsey.com

Simon Goeller, Partner im Münchner Büro von McKinsey
Simon_Goeller@mckinsey.com

Christian Julius, Partner im Frankfurter Büro von McKinsey
Christian_Julius@mckinsey.com

Stephanie Lotz, Partnerin im Stuttgarter Büro von McKinsey
Stephanie_Lotz@mckinsey.com

Manuela Martin, Partnerin im Berliner Büro von McKinsey
Manuela_Martin@mckinsey.com

Jochen Messemer, Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Jochen_Messemer@mckinsey.com

Manuel Möller, Partner im Frankfurter Büro von McKinsey
Manuel_Moeller@mckinsey.com

Florian Niedermann, Partner im Stuttgarter Büro von McKinsey
Florian_Niedermann@mckinsey.com

Philipp Schuh, Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Philipp_Schuh@mckinsey.com

Julia Sperling-Magro, Partnerin im Frankfurter Büro von McKinsey
Julia_Sperling-Magro@mckinsey.com

Dezember 2019

Copyright © McKinsey & Company

Design contact: Visual Media Europe

www.mckinsey.com

