

A woman with long, dark hair is shown in profile, looking out of a window. She has a slight smile and is wearing a light-colored top. The background is bright and slightly blurred, suggesting an indoor setting with natural light.

**TRANSPARENZ-  
BERICHT 2021**

# INHALT

## **03 EINLEITUNG**

Seit 2016 veröffentlicht die SBK Zahlen zu Beschwerden und Widersprüchen. Vorständin Dr. Gertrud Demmler erklärt, warum die SBK dieses Jahr noch transparenter wird.

## **05 BESCHWERDEN UND WIDERSPRÜCHE**

Die SBK hat eine sehr weite Definition von Beschwerde. Das hilft dabei, Prozesse zu verändern und für Versicherte noch besser zu werden.

## **08 GENEHMIGUNGSQUOTEN UND BEARBEITUNGSDAUER**

Beim Vergleich von Leistungskatalogen von Krankenkassen müssen vergleichbare Genehmigungsquoten eine größere Rolle spielen. Wenn es darauf ankommt, ist nicht nur wichtig, ob die Krankenkasse eine Leistung übernimmt – sondern auch, wie schnell sie den Antrag bearbeitet.

## **12 JÄHRLICHE REPRÄSENTATIVE VERSICHERTENBEFRAGUNG (JRV)**

Die SBK führt jährlich eine repräsentative Befragung unter ihren Versicherten durch. Mit dem Feedback kann sich die SBK zielgerichtet weiterentwickeln.

## **16 BEHANDLUNGSFEHLER**

Sollten Versicherte einmal einen Behandlungsfehler vermuten, kommt es auf fachkundige Unterstützung an. Die SBK hilft bei der Aufklärung.

## **18 RÜCKBLICK UND AUSBLICK**

In den letzten Jahren hat sich in Sachen Qualitätstransparenz einiges bewegt. SBK-Experte Olaf Rosenfeld erklärt, was sich noch ändern muss und wohin wir wollen.

# „EIN WEITERER SCHRITT ZU MEHR QUALITÄTSTRANSPARENZ.“

Vorständin Dr. Gertrud Demmler über die nächsten Ziele der SBK-Initiative.



Liebe Leserin, lieber Leser,

als wir vor sechs Jahren als erste Krankenkasse Zahlen zu Beschwerden und Widersprüchen veröffentlicht haben, standen wir damit ziemlich allein da. Bei einigen war die Verwunderung groß, warum wir dies tun. Es gibt schließlich keine Verpflichtung dazu. Und es stimmt, eine Pflicht zur Transparenz über ihr Verhalten den Versicherten gegenüber haben Krankenkassen nicht – leider, muss ich sagen. Ausgangslage unserer Initiative war und ist, die Grundlage für mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Zusatzbeiträge und Leistungskataloge

werden in fast jedem Kassenvergleich herangezogen. Unbeantwortet bleibt dabei: Wird ein Antrag erst einmal abgelehnt, sodass Versicherte sich mit einem Widerspruch behelfen müssen? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine Leistung tatsächlich übernommen wird? Wichtig sind daher auch die Rückmeldungen der Versicherten darüber, welche Erfahrungen sie mit ihrer Krankenkasse machen.

Den Weg zu mehr Transparenz gehen inzwischen einige weitere Krankenkassen mit uns. Besonders unter den anderen Betriebskrankenkassen fanden sich schnell Verbündete. Im vergangenen Jahr kamen wir unserem Ziel noch einmal ein

ganzes Stück näher: Weitere, große Krankenkassen veröffentlichten erstmals umfangreiche Transparenzberichte. In der Politik finden wir immer mehr Gehör. In den vergangenen sechs Jahren hat sich also bereits einiges bewegt, was mich persönlich sehr freut.

Dennoch muss ich sagen, dass die wachsende Zahl transparenter Krankenkassen den Versicherten noch keinen großen Mehrwert bietet. Es fehlt die Vergleichbarkeit zwischen den Zahlen aufgrund fehlender Definitionen für die Erfassung von Widersprüchen, Beschwerden oder Genehmigungen einer Leistung. Bestehende Definitionen werden häufig unterschiedlich ausgelegt. Daher ist unser nächstes großes Ziel das Beschreiben von vergleichbaren Qualitätskennzahlen. Dafür arbeiten wir eng mit vielen anderen Betriebskrankenkassen zusammen und auch beim GKV-Spitzenverband diskutieren wir das Thema seit letztem Jahr intensiv.

In den vergangenen Jahren haben wir neben Beschwerden und Widersprüchen immer wieder weitere Kennzahlen veröffentlicht. Dazu gehören unter anderem Genehmigungs- und

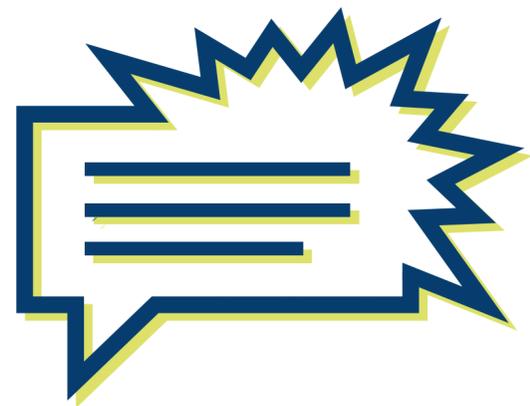
Ablehnungsquoten von Leistungen. In diesem Jahr haben wir noch mehr für Versicherte relevante Bereiche hinzugefügt. Sie finden daher in diesem Bericht nun unter anderem auch die Bearbeitungsdauer von Anträgen für Hilfsmittel, Kinderkrankengeld, Psychotherapie und weitere Leistungen. Natürlich kommen unsere Versicherten auch direkt zu Wort und wir veröffentlichen ihre Rückmeldungen zur SBK, die wir im Rahmen unserer jährlichen repräsentativen Versichertenbefragung eingeholt haben.

Bis zur völligen Transparenz und Vergleichbarkeit zwischen Krankenkassen ist es noch ein langer Weg. Wir werden als SBK weiter daran arbeiten, dieses Ziel zu erreichen, und uns selber dabei immer wieder weiterentwickeln. Ich freue mich, wenn Sie uns auf diesem Weg begleiten.

Dr. Gertrud Demmler  
Vorständin

# BESCHWERDEN UND WIDERSPRÜCHE

# JEDE KRITIK BRINGT UNS WEITER.



**Die SBK definiert Beschwerden als Äußerungen von Versicherten, deren Erwartungshaltung nicht erfüllt wurde.** Das passierte 2021 knapp 40.000 Mal. Bei der Erfassung einer Beschwerde geht es ausschließlich um die Sicht der Versicherten.

Rückmeldungen werden auch als Beschwerde erfasst, wenn die SBK an der Ursache nichts ändern kann – beispielsweise aufgrund politischer Rahmenbedingungen oder weil eine ärztliche Behandlung zugrunde liegt.

Neben eindeutigen Beschwerden zählen dazu auch viele weitere Themen: Wenn Versicherte anrufen und fragen, ob ein Antrag bereits losgeschickt wurde, wird dies als Beschwerde gezählt. Es war nicht eindeutig, wann der Antrag aufgrund von Postlaufzeiten eintrifft.

Auch wenn Versicherte ein Schreiben der SBK erhalten und daraufhin Rückfragen stellen, zählt das Qualitätsmanagement dies als Beschwerde. Denn es wird deutlich, dass das Schreiben nicht eindeutig formuliert war. In beiden Fällen konnte die SBK ihren eigenen Qualitätsanspruch nicht erfüllen. Sie kann die Rückmeldungen jedoch als Chance nutzen, daraus zu lernen und Prozesse zu verbessern.



**Um Kritik noch besser zu begegnen**, gibt es in der SBK bereits seit rund 14 Jahren das Qualitätsmanagement. Äußern Versicherte ihre Verärgerung, greift der Beschwerdeprozess der SBK. Neben der persönlichen Kundenberatung, die Beschwerden entgegennimmt, gibt es ein zentrales Lob- & Tadel-Team. Anliegen, Beschwerden und natürlich Lobe werden systematisch erfasst und nach Kategorien unterteilt, um anschließend die richtigen Ableitungen zu treffen. **Anspruch ist es, dass Versicherte innerhalb von 24 Stunden eine Reaktion auf eine Beschwerde erhalten.** Sollte dies nicht möglich sein, erhalten sie eine Zwischennachricht. Die abschließende Antwort erfolgt in 80 Prozent der Fälle innerhalb von drei Arbeitstagen. **In vielen Fällen bittet die SBK Versicherte im Anschluss um aktives Feedback zur Beschwerdebearbeitung. So kann die SBK aus jeder einzelnen Kritik strukturierte Verbesserungsmöglichkeiten ziehen und Versicherte wieder für sich begeistern.**

# KRITIK IN ZAHLEN



**40.597**

Beschwerden  
(ohne Widersprüche)



**5.612**

Widersprüche  
an die Kranken- und  
Pflegeversicherung

**1.155**

Widerspruchs-  
bescheide

**373**

Klagen  
in 2021



**2,9**

**Quote der Widersprüche**

an die Krankenversicherung  
(ohne Pflegeversicherung) im  
Berichtsjahr pro 1.000 Versicherte



**346**

abgeschlossene  
Sozialgerichtsverfahren

**263**

gewonnen\*

**50**

verloren\*

**33**

verglichen

Nachdem bei einer Krankenkasse ein Leistungsantrag gestellt wurde, prüft diese, ob ein Anspruch auf die beantragte Leistung besteht. Meistens gewährt sie die Leistungen so wie beantragt. Es kann auch vorkommen, dass eine Alternative genehmigt werden muss oder dass der Antrag ganz abgelehnt wird. Diese Entscheidung teilen Krankenkassen in einem offiziellen Bescheid mit. Gegen eine

Ablehnung können Versicherte Widerspruch einlegen. Je weniger Widersprüche bei einer Krankenkasse eingehen, desto verständlicher und nachvollziehbarer sind die Leistungsentscheidungen einer Krankenkasse. Die SBK behandelt Widersprüche wie Beschwerden. Auch diese nimmt sie zum Anlass, um Prozesse, Kommunikation oder Vorgehensweisen weiter zu verbessern.



# GENEHMIGUNGSQUOTEN UND BEARBEITUNGSDAUER

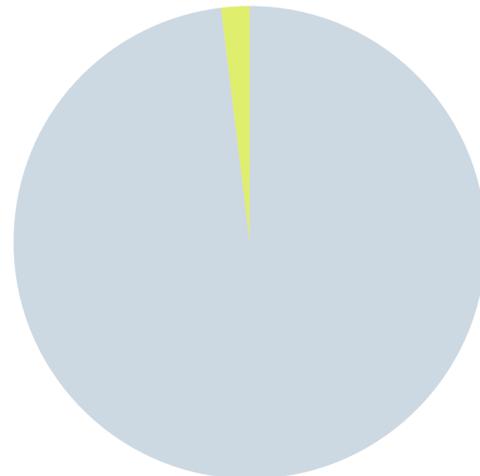
## LEISTUNG, DIE ANKOMMT. Wichtige Genehmigungs- quoten im Überblick.

Leistungskataloge sind bei der Krankenkassenwahl häufig besonders interessant für Versicherte. Wichtig ist hierbei aber das Wissen darüber, wie hoch die Genehmigungsquote einer Leistung ist.

Wir veröffentlichen Genehmigungs- und Ablehnungsquoten für sieben Bereiche, die für Versicherte besonders relevant sind und häufig beantragt werden. Ihre volle Aussagekraft entfalten die Zahlen, wenn sie mit denen von anderen Krankenkassen vergleichbar sind. Dies ist aktuell leider kaum möglich und eines der Ziele, das die SBK mit ihrem Bestreben nach mehr Qualitätstransparenz verfolgt.



### Häusliche Krankenpflege\*



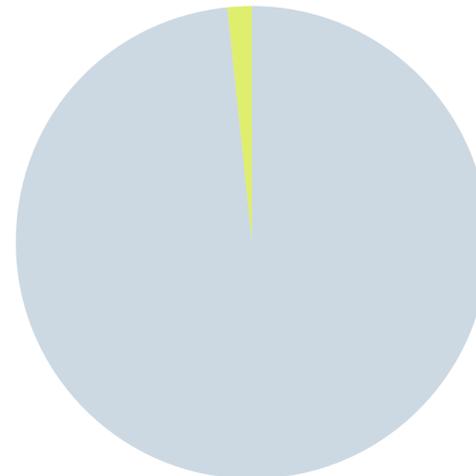
**50.707 Anträge**

**98,1 %** Genehmigungen

**1,9 %** Ablehnungen



### Zahnersatz



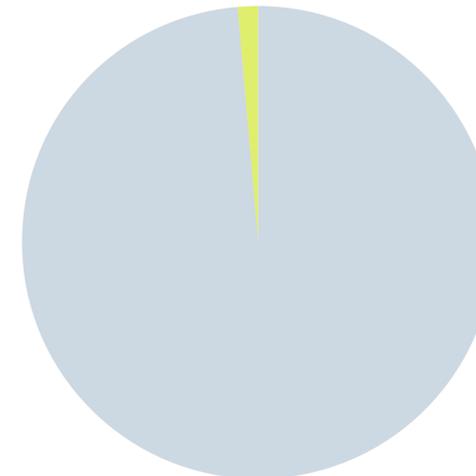
**84.093 Anträge**

**98,6 %** Genehmigungen

**1,4 %** Ablehnungen



### Hilfsmittel



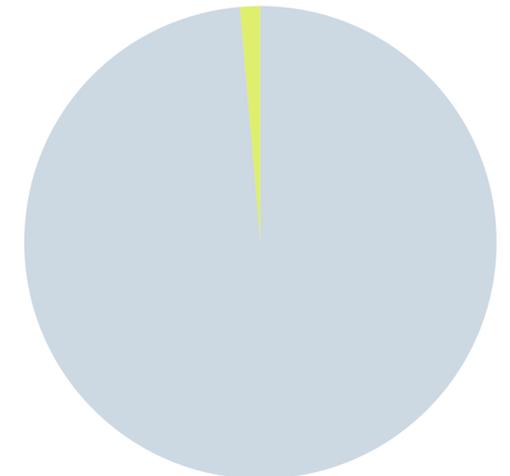
**235.372 Anträge**

**98,8 %** Genehmigungen

**1,2 %** Ablehnungen



### Krankengeld



**42.365 Anträge**

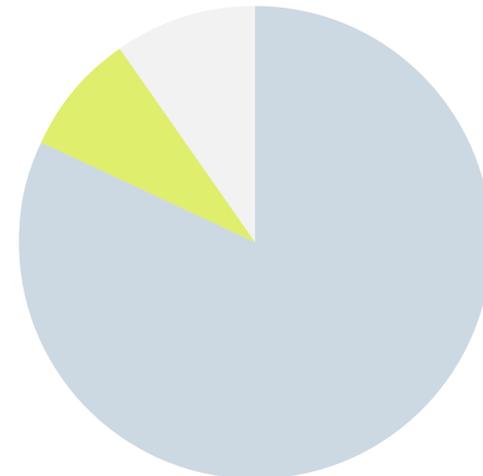
**98,7 %** Genehmigungen

**1,3 %** Ablehnungen



## Rehabilitation

Anschlussrehabilitation,  
Reha, Frühreha



**12.503 Anträge**

**82,1 %** Genehmigungen

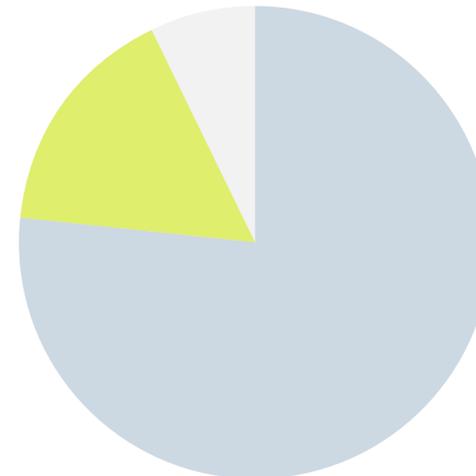
**8,4 %** Ablehnungen

**9,5 %** Sonstiges\*



## Vorsorge

Badekur, Eltern-Kind-Kur,  
stationäre Vorsorge



**2.887 Anträge**

**76,8 %** Genehmigungen

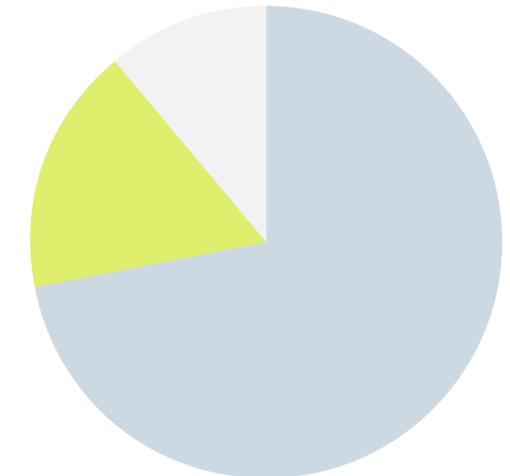
**16,2 %** Ablehnungen

**7 %** Sonstiges\*



## Pflege

Beurteilung der  
Pflegebedürftigkeit



**28.625 Anträge**

**72 %** Genehmigungen

**17 %** Ablehnungen

**11 %** Sonstiges\*

## EINFACH KURZEN PROZESS MACHEN. Die Bearbeitungsdauer von Anträgen.

Eine weitere wichtige Kennzahl für Versicherte ist die Bearbeitungsdauer eines Antrags. Wie schnell hilft die Krankenkasse, wenn es wirklich drauf ankommt? Hier veröffentlichen wir die Bearbeitungsdauer für neun häufig beantragte Leistungen, vom Eingang des Antrags bis zum Abschluss der Bearbeitung. Auch hier gilt: Wirklich aussagekräftig sind die Zahlen vor allem dann, wenn sie mit den Bearbeitungszeiten von anderen Krankenkassen verglichen werden können.

Für aktuell 90 Leistungen stellt die SBK den Bearbeitungsstand eines Antrags in der Meine SBK-App transparent dar. So sehen Versicherte jederzeit den aktuellen Status ihres eingereichten Anliegens.

Leistung	Anzahl Anträge	Median Bearbeitungszeit
 Ambulante Pflege	52.106	2 Tage
 Stationäre Pflege	26.623	2 Tage
 Feststellung Pflegebedürftigkeit	15.634	2 Tage
 Haushaltshilfe	3.703	1 Tag
 Hilfsmittel	1.651	2 Tage
 Kinderkrankengeld	30.449	2 Tage
 Psychotherapie	19.286	1 Tag
 Vorsorge/Reha	18.519	2 Tage
 Zahnersatz	51.015	2 Tage

# JÄHRLICHE REPRÄSENTATIVE VERSICHERTENBEFRAGUNG (JRV)

# BESSER IST NICHT GUT GENUG.

**Trotz hoher Kundenzufriedenheit gibt es noch Optimierungspotenzial.**

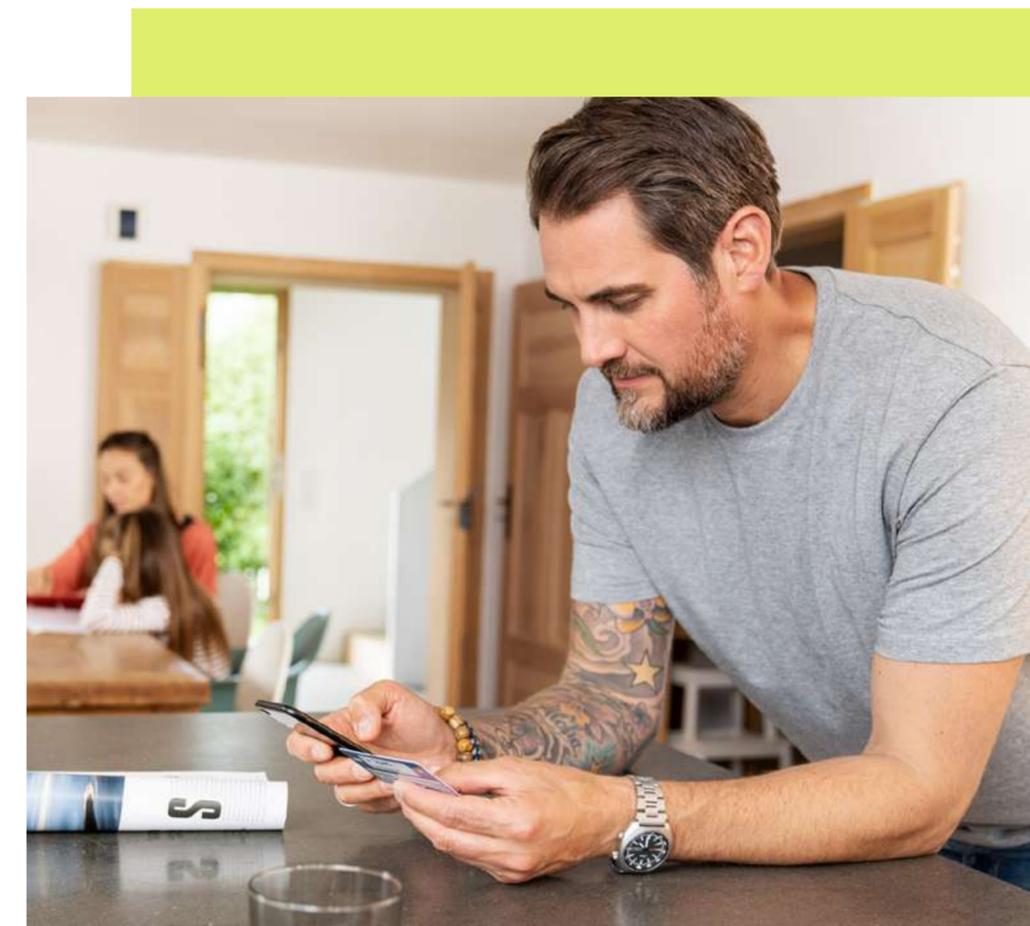
**Fast 7.000 Rückmeldungen gingen dieses Jahr bei der jährlichen Versichertenbefragung der SBK ein.** In vielen Punkten stellen die Versicherten der SBK ein besseres Zeugnis aus als im Vorjahr. Doch es gibt auch Anstöße für Verbesserungen. Mit dem Feedback der Versicherten kann sich die SBK zielgerichtet weiterentwickeln.

Die Versicherten sind in ihrer großen Mehrheit zufrieden mit den Leistungen der SBK. 83 Prozent\* geben dies an. Drei starke Treiber der Gesamtzufriedenheit fallen ins Auge: **Die Zufriedenheit mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis steigt gegenüber dem Vorjahr um drei Prozentpunkte von 55 auf 58 Prozent\*.** Auch für Leistungsangebot und -umfang der SBK (65 Prozent\*) sowie für die persönliche Kundenbetreuung (83 Prozent\*) deutet der Trend nach oben.

In den letzten Jahren hat die SBK ihre digitalen Angebote und Services konsequent ausgebaut. Der Lohn: 71 Prozent sind vollkommen zufrieden oder sehr zufrieden, was einer Verbesserung von zwei Punkten gegenüber 2021 entspricht.

Junge Menschen äußern sich im Digitalbereich und auch insgesamt etwas kritischer als der Durchschnitt der Befragten. So kann die SBK das Vorjahresniveau ihrer Zufriedenheit mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis in dieser Gruppe nicht ganz halten. Der Wert sinkt von 60 auf 57 Prozent\*.

Die Erhebung offenbart damit auch Stellschrauben für Verbesserungen in der Zukunft. Die SBK wird sich noch stärker mit den Erwartungen junger Leute an die SBK auseinandersetzen. Es gilt unter anderem, digitale Services auszubauen und die Nutzerfreundlichkeit weiter zu erhöhen.



# „VIELE KLEINE SPRÜNGE SIND EIN GROSSER.“

**Dr. Michael Oechsle ist der Experte hinter der Kundenbefragung.**

**Herr Oechsle, Sie bringen vielfältige Erfahrungen aus Erhebungen unter Kundinnen und Kunden mit. Wie fällt Ihr Fazit aus?**

Unsere Ergebnisse bewegen sich auf einem sehr hohen Niveau. Das habe ich in meiner Laufbahn nicht häufig erlebt. Trotzdem gelangen uns dieses Jahr viele kleine Sprünge nach oben. Insgesamt ist das ein sehr gutes Ergebnis.

**Welches Ergebnis würden Sie besonders hervorheben?**

Der Anteil der Versicherten, die schon einmal über einen Wechsel nachgedacht haben, hat sich seit 2016 von 65 Prozent auf jetzt 43 Prozent kontinuierlich verbessert. Wir verzeichnen außerdem eine schöne Steigerung der Resonanz: Die Teilnahmequote hat sich um über einen Prozentpunkt auf 23,39 Prozent erhöht.

**Gibt es ein Ergebnis, mit dem Sie weniger zufrieden sind?**

Bei der Zufriedenheit mit der Beschwerdebearbeitung haben wir noch Optimierungsbedarf. Zudem ist die Beschwerdeartikulationsquote, die die Häufigkeit von kritischen Rückmeldungen verärgerter Kunden anzeigt, von 59 auf 54 Prozent zurückgegangen. Warum ich mich nicht so sehr freue: Wir wollen lernen und wünschen uns daher möglichst viel Dialog mit unseren Versicherten.

# ZUFRIEDENHEIT IN ZAHLEN

Gesamtzufriedenheit: **83%\***



Zufriedenheit mit der persönlichen Kundenbetreuung: **83%\***



Versicherte, die die SBK weiterempfehlen würden: **87%\*\***



Versicherte, die die SBK bereits in den letzten 3 Jahren weiterempfohlen haben: **58%**



Versicherte, die die SBK wieder wählen würden: **89%\*\***



Versicherte, die langfristig SBK-Kunde sein werden: **91%\*\***



Verärgerungsquote: **16%**



Beschwerdeartikulationsquote: **54%**



\* Vollkommen zufrieden oder sehr zufrieden.

\*\* Stimme voll zu oder stimme sehr zu.

# BEHANDLUNGSFEHLER

# DER RICHTIGE PARTNER BEI FALSCHER BEHANDLUNG.

Wenn es auf fachkundige Unterstützung ankommt.



**Die Gesundheitsversorgung in Deutschland bewegt sich auf höchstem Niveau.** Trotzdem kommen fehlerhafte Behandlungen, mangelhafte Versorgung oder Fehler in Aufklärung, Diagnose und Dokumentation vor. Offen geredet wird darüber selten. Die Beweislast liegt meist bei den Patientinnen und Patienten.

Liegt ein Verstoß gegen ärztliche Standards vor? Wie können Versicherte den Zusammenhang zwischen einem Mangel und ihrem Schaden belegen?

In dieser Ausnahmesituation ist fachkundige Beratung notwendig. Die SBK unterstützt ihre Versicherten daher bei der Klärung von Verdachtsfällen und berät Schritt für Schritt. Dafür holt sie für ihre Versicherten medizinische Unterlagen ein. Kostenfrei bewertet die SBK gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst die Erfolgsaussichten eines Falles. Versicherte können die Beratungsergebnisse für Rechtsbeihilfe und Schadensersatzansprüche nutzen.

Betreuung von  
**555** Behandlungsfehlerfällen pro Jahr

**521** Beratungen über das  
Behandlungsfehlertelefon im Jahr 2021



## Das SBK-Behandlungsfehlertelefon

- Persönliche und kostenfreie Unterstützung von rechtskundigen Expertinnen und Experten der SBK
- Innerhalb Deutschlands **GEBÜHRENFREI** unter **0800 072 572 590 90** (montags bis freitags von 8.00 bis 17.00 Uhr)
- Aus dem Ausland unter **+49 89 444 570 90** zu den dort geltenden Telefongebühren

# RÜCKBLICK UND AUSBLICK

# 2021 IN ZAHLEN



**537.084**

Versicherte nutzen die Meine SBK-App



**214.720**

stationäre Behandlungen



**516.487**

Online-Post-Zustellungen



**235.372**

Hilfsmittel



**2.640.000**

eingegangene Anrufe



**223.984**

Heilmittel



**2.890.00**

postalische Briefkontakte



**42.365**

Krankengeldfälle

# „WICHTIGER ALS DIE GRÖSSE IST DIE NÄHE ZUM MENSCHEN.“

**Olaf Rosenfeld fordert mehr Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen.**



Seit 1998 bin ich nun bei der SBK, davon viele Jahre im Qualitätsmanagement. Die Verbesserung von Prozessen und unserer Kommunikation mit den Versicherten ist seit jeher ein großer Teil meiner Arbeit. Bei meinem Austausch mit Krankenkassen und Verbänden stelle ich fest, dass immer mehr Menschen begreifen, wie wichtig ein stärkerer Fokus auf Versicherte, Patientinnen und Patienten bei der Bewertung von Krankenkassen und dem Gesundheitswesen allgemein ist.

Im Rahmen einer BKK-Qualitätsinitiative tauschen wir uns kassenübergreifend seit zwei Jahren über Best-Practice-Ansätze aus. Diese regelmäßigen Treffen haben wir als SBK ins Leben gerufen, um einen ersten Schritt in Richtung zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit zwischen Krankenkassen zu machen. Anhand echter Versichertenerfahrungen

diskutieren wir, wie wir als Krankenkassen die Zufriedenheit der Versicherten verbessern können. Wir nutzen die Vielfalt und die Kreativität der einzelnen Betriebskrankenkassen, um daraus einen Mehrwert für die Versichertengemeinschaft zu schaffen. Zu unseren Erkenntnissen zählt zum Beispiel, dass sich aktive Betreuung und individuelle Beratung positiv auf die Gesamtzufriedenheit mit einer Kasse auswirken. Entscheidend für zufriedene Versicherte sind die Quantität und die Qualität des Kontaktes zu ihnen. Dabei ist besonders auffällig, dass nicht die Größe einer Krankenkasse und deren gefühltes Marktpotenzial entscheidet, sondern die tatsächliche Nähe und Lösungsorientierung der Krankenkasse. Das sind Aspekte, die nur die Versicherten selbst beurteilen können, und ein Argument dafür, ihre Perspektive bei Krankenkassenvergleichen stärker einzubeziehen.



Auch mit Bewertungsportalen, Marktforschungsinstituten und Leistungserbringenden stehen wir als SBK im regelmäßigen Austausch. Wie dieser Bericht zeigt, ist es der SBK ein großes Anliegen, dass qualitative Merkmale bei der Krankenkassenwahl stärker betrachtet werden (können). Dass rein quantitative Vergleiche nicht ausreichen, gelangt nach und nach ins Bewusstsein weiterer Akteurinnen und Akteure: Inzwischen gibt es eine Handvoll Krankenkassenvergleiche, die beispielsweise die Beratungsqualität darstellen. Dafür werden auch „echte“ Versicherte nach ihrer Erfahrung befragt. Das wäre vor wenigen Jahren noch undenkbar gewesen. Es freut mich persönlich, dass hier langsam ein Umdenken stattfindet, auch wenn der Weg von einer reinen Mengenorientierung hin zu einer Qualitätsorientierung im gesamten Gesundheitswesen noch lang ist.

Ich bin der festen Überzeugung, dass zumindest ein großer Teil der Krankenkassen sich in einigen Jahren auf vergleichbare Kennzahlen geeinigt haben wird, die regelmäßig veröf-

fentlicht werden, und dass Versicherte bei Vergleichen mehr Gehör finden werden. Was für die gesetzliche Krankenversicherung gilt, sollte auch im gesamten Gesundheitswesen stattfinden. Hier liegen teilweise bereits Daten vor, beispielsweise über qualitätsorientierte Leistungen im ambulanten und vertragsärztlichen Bereich. Diese sind aber aktuell nicht öffentlich zugänglich, obwohl sie Versicherten, Patientinnen und Patienten wichtige Orientierung böten. Menschen sollten die Möglichkeit haben, sich über die Qualität einer Krankenkasse, einer Ärztin, eines Krankenhauses oder eines Therapeuten informieren zu können, bevor sie ihnen ihr wichtigstes Gut, ihre Gesundheit, anvertrauen.

Olaf Rosenfeld  
Fachexperte Qualitätsmanagement



**Wir sind auf deiner Seite.**