

BLICK DURCH GESCHLOSSENE
JALOUSIEN: Die jährlichen Transparenz-
berichte verraten einiges über die
Leistungsqualität der Krankenkassen

GESETZLICHE KRANKENKASSEN

Keine Geheimnisse?

In **Transparenzberichten** informieren
AOK & Co. freiwillig über die Gewährung
respektive Ablehnung von Leistungen.
Wie aussagekräftig aber sind diese
Hochglanz-Reports für gesetzlich Versi-
cherte wirklich? Das verrät die jeweilige
Leistungstransparenz als Grundlage
der **Leistungsqualität**. Welche Kranken-
kassen hier mit **Top-Noten** glänzen

von THOMAS SCHICKLING

Welche Leistungen bietet eine Klinik hierzulande eigentlich? Wie sieht es mit der personellen Ausstattung je medizinische Leistungsgruppe aus? Und welche Daten aus Qualitätssicherungsverfahren, darunter etwa Informationen zu ambulanten Operationen, liegen vor?

Was früher eine Blackbox war, soll künftig ein neues, leicht verständliches Onlineportal durchschaubar machen. Es soll zum 1. April 2024 online gehen und Patientinnen und Patienten bei der Auswahl des für ihre Therapie am besten geeigneten Krankenhauses unter die Arme greifen. Das Portal ist Teil des geplanten Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz. Dazu soll ein neuer Paragraph 135d in das Fünfte Sozialgesetzbuch mit entsprechenden Vorgaben eingefügt werden.

„Das Transparenzgesetz ist längst überfällig“, erklärt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Bislang würden die Menschen alleingelassen bei der Frage, welche Versorgung die richtige und beste für sie sei. Das dürfe nicht sein, mahnt der SPD-Minister.

Dieses Credo teilt auch der GKV-Spitzenverband. Grundsätzlich begrüßt dieser das Ziel Lauterbachs, Transparenz und damit auch die Orientierung von Patientinnen und Patienten zu stärken. ►



LEISTUNGSQUALITÄT: sieben bundesweit und fünf regional geöffnete
gesetzliche Krankenkassen mit hervorragendem Auftritt

Krankenkasse	Service- telefon/E- Mail (PUNKTE)	Tracking von Leistungs- trägen (PUNKTE)	Genehmi- gungs- quoten (PUNKTE)	Widersprüche/ Sozialgerichts- klagen (PUNKTE)	Ausgaben/Teil- nehmer Präven- tionskurse (PUNKTE)	Ausgaben/ Teilnehmer Bo- nusprogramm (PUNKTE)	Teilnehmer Wahltarife (PUNKTE)	Innova- tions- fonds (PUNKTE)	Service- Apps (PUNKTE)	Gesamt- punkt- zahl ¹⁾	DFSI-Gesamt- note
Bundesweit geöffnete Kassen											
Techniker Krankenkasse	92,5	80,0	80,0	70,0	77,5	70,0	25,0	100,0	95,7	69,1	Hervorragend
SBK Siemens Betriebskrankenkasse	72,5	80,0	74,0	87,5	65,0	75,0	25,0	96,0	95,7	67,1	Hervorragend
Salus BKK	58,8	53,3	77,0	95,0	80,0	90,0	50,0	56,0	85,7	64,6	Hervorragend
DAK-Gesundheit	63,8	53,3	64,0	75,0	57,5	75,0	75,0	100,0	78,6	64,2	Hervorragend
Mobil Krankenkasse	75,0	46,7	72,0	82,5	80,0	80,0	50,0	100,0	51,4	63,8	Hervorragend
BARMER	63,8	86,7	36,0	90,0	77,5	65,0	25,0	100,0	88,6	63,3	Hervorragend
BIG direkt gesund	51,3	46,7	89,0	70,0	85,0	90,0	50,0	52,0	95,7	63,0	Hervorragend
Pronova BKK	71,3	66,7	78,0	90,0	50,0	95,0	37,5	52,0	74,3	61,5	Sehr Gut
Audi BKK	42,5	80,0	82,0	90,0	72,5	75,0	25,0	52,0	88,6	60,8	Sehr Gut
BKK ProVita	73,8	26,7	84,0	87,5	80,0	100,0	40,0	28,0	75,7	59,6	Sehr Gut
BKK VBU	60,0	60,0	74,0	82,5	80,0	90,0	0,0	52,0	88,6	58,7	Sehr Gut
vivida bkk	75,0	46,7	89,0	77,5	65,0	95,0	0,0	56,0	62,9	56,7	Sehr Gut
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	27,5	80,0	69,0	65,0	65,0	95,0	90,0	0,0	72,9	56,4	Sehr Gut
VIActiv Krankenkasse	72,5	33,3	85,0	75,0	95,0	90,0	25,0	26,0	48,6	55,0	Gut
R+V Betriebskrankenkasse	25,0	20,0	50,0	100,0	90,0	65,0	82,5	28,0	81,4	54,2	Gut
IKK gesund plus	80,0	40,0	91,0	57,5	72,5	75,0	37,5	56,0	31,4	54,1	Gut
BKK firmus	87,5	80,0	69,0	70,0	80,0	50,0	0,0	0,0	82,9	51,9	Gut
Novitas BKK	90,0	66,7	67,0	42,5	37,5	85,0	25,0	28,0	65,7	50,7	Gut
HEK – Hanseatische Krankenkasse	40,0	80,0	56,0	55,0	57,5	70,0	32,5	52,0	50,0	49,3	Gut
IKK classic	0,0	60,0	67,0	57,5	65,0	85,0	75,0	0,0	78,6	48,8	Gut
energie-BKK	12,5	40,0	92,0	70,0	85,0	50,0	0,0	56,0	78,6	48,4	Gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	23,8	33,3	62,0	82,5	57,5	72,5	50,0	24,0	22,9	42,9	Gut
Regional geöffnete Kassen											
AOK PLUS	66,3	66,7	81,0	70,0	100,0	100,0	50,0	44,0	90,0	66,8	Hervorragend
SECURVITA Krankenkasse	85,0	54,0	82,0	75,0	95,0	65,0	100,0	28,0	71,4	65,5	Hervorragend
BERGISCHE KRANKENKASSE	95,0	100,0	76,0	50,0	100,0	90,0	0,0	60,0	78,6	65,0	Hervorragend
AOK Bayern	81,3	80,0	80,0	82,5	57,5	45,0	50,0	88,0	81,4	64,6	Hervorragend
AOK Baden-Württemberg	75,0	53,3	89,0	82,5	65,0	50,0	50,0	88,0	81,4	63,4	Hervorragend
BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN	83,8	20,0	78,0	55,0	100,0	100,0	25,0	60,0	47,1	56,9	Sehr Gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	81,3	53,3	83,0	75,0	65,0	25,0	40,0	48,0	81,4	55,2	Gut
IKK Südwest	77,5	46,7	80,0	57,5	65,0	75,0	12,5	52,0	78,6	54,5	Gut
AOK Niedersachsen	41,3	40,0	72,0	62,5	65,0	65,0	50,0	48,0	81,4	52,5	Gut
AOK Rheinland/Hamburg	56,3	33,3	73,0	87,5	50,0	12,5	25,0	100,0	81,4	51,9	Gut
AOK NordWest	30,0	60,0	63,0	62,5	57,5	50,0	50,0	48,0	81,4	50,2	Gut
mhplus BKK	45,0	46,7	68,0	65,0	80,0	75,0	25,0	26,0	71,4	50,2	Gut
SKD BKK	31,3	53,3	0,0	95,0	80,0	72,5	50,0	60,0	51,4	49,4	Gut
BKK SBH	70,0	46,7	0,0	100,0	100,0	0,0	12,5	60,0	75,7	46,5	Gut
AOK Bremen/Bremerhaven	22,5	20,0	64,0	75,0	70,0	37,5	25,0	28,0	81,4	42,3	Gut

Quelle: DFSI; Stand: September 2023; dargestellt sind nur Krankenkassen mit der Gesamtnote „Gut“ und besser; ¹⁾Gesamtpunktzahl = gleich gewichtete Summen aller Teilbereichsergebnisse

LEISTUNGSTRANSparenZ: bei 20 Krankenkassen „Hervorragend“

Kassen	Gesamt- ergebnis	DFSI-Gesamt- note
Bundesweit geöffnete Kassen		
DAK-Gesundheit	97,0 %	Hervorragend
Techniker Krankenkasse	96,0 %	Hervorragend
BKK firmus	96,0 %	Hervorragend
Mobil Krankenkasse	96,0 %	Hervorragend
BIG direkt gesund	94,0 %	Hervorragend
Salus BKK	93,0 %	Hervorragend
IKK gesund plus	92,0 %	Hervorragend
VIActiv Krankenkasse	91,0 %	Hervorragend
Novitas BKK	90,0 %	Hervorragend
Pronova BKK	89,0 %	Sehr Gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	85,0 %	Sehr Gut
SBK Siemens Betriebskrankenkasse	83,0 %	Sehr Gut
BKK ProVita	82,0 %	Sehr Gut
HEK – Hanseatische Krankenkasse	82,0 %	Sehr Gut
energie-BKK	80,0 %	Sehr Gut
vivida bkk	79,0 %	Gut
Audi BKK	79,0 %	Gut
BARMER	78,0 %	Gut
R+V Betriebskrankenkasse	70,0 %	Gut
BKK VBU	68,0 %	Gut
IKK classic	63,0 %	Gut
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	62,0 %	Gut
Regional geöffnete Kassen		
BERGISCHE KRANKENKASSE	98 %	Hervorragend
AOK PLUS	97 %	Hervorragend
BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN	97 %	Hervorragend
AOK Baden-Württemberg	96 %	Hervorragend
AOK Niedersachsen	95 %	Hervorragend
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	94 %	Hervorragend
AOK NordWest	93 %	Hervorragend
SECURVITA Krankenkasse	92 %	Hervorragend
AOK Rheinland/Hamburg	92 %	Hervorragend
AOK Bremen/Bremerhaven	90 %	Hervorragend
AOK Bayern	90 %	Hervorragend
mhplus BKK	83 %	Sehr Gut
IKK Südwest	79 %	Gut

Quelle: DFSI, Stand: September 2023; dargestellt sind nur Krankenkassen mit der Gesamtnote „Gut“ und besser

Transparenzberichte bleiben eine Nabelschau der Kassen, wenn die Kennziffern nicht vereinheitlicht werden“

THOMAS LEMKE,
DFSI-GESCHÄFTSFÜHRER



Transparenz verbal gutheißen. Klar, das geht dem Spitzenverband leicht über die Lippen. Wie aber steht es um die Transparenz der eigenen Mitglieder gegenüber den Versicherten? Wie hoch sind etwa die Annahme- und Genehmigungsquoten von Anträgen der GKV-Klientel? Und wie viele Klagen Versicherter landen vor dem Sozialgericht?

Pflicht statt nur Kür. Um hier Licht ins Dunkel zu bringen, hat das Bundesgesundheitsministerium (BGM) einen Referentenentwurf gebastelt. Diesem zufolge soll ein „übersichtliches und niedrigschwelliges digitales Informations- und Vergleichsangebot“ geschaffen werden. Auf diesem Portal sollen AOK & Co. verpflichtend publizieren, wie oft sie Anträge Versicherter auf Leistungen in der Kranken- und Pflegeversicherung abgelehnt haben – und wie hoch die Zahl der Widersprüche und Klagen ist. Dies alles solle mindestens nach den Bereichen Zahnersatz, Hilfsmittel und Rehabilitation differenziert werden. Die Kassen sollen laut Entwurf auch Auskunft darüber geben, wie lange Versicherte im Schnitt auf die Bearbeitung von Anträgen warten müssen.

Echt cool. Nur leider muss der Referentenentwurf aus dem BGM noch in der Ampel-Regierung abgestimmt werden – und das kann dauern. „In der Zwischenzeit müssen sich gesetzlich Krankenversicherte auf der Suche nach Informationen leider mit den jährlichen Transparenzberichten der Kassen begnügen“, erklärt Thomas Lemke, Geschäftsführer des Deutschen Finanz-Service Instituts (DFSI) in Köln.

Zwar veröffentlichen immer mehr Kassen einmal pro Jahr umfangreiche, bunt schillernde Transparenzreports, gedruckt oder als E-Paper. Die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) etwa hat heuer bereits ihren achten Bericht vorgelegt. „Fest überzeugt davon, dass Transparenz ein zentraler Hebel sein kann, um unser Gesundheitswesen fundamental zu verändern“, sagt SBK-Vorständin Gertrud Demmler.

Äpfel und Birnen. Welche „objektiven“ und „subjektiven“ Kennzahlen schließlich für alle Kassen verbindlich sein sollten, um Qualität zugunsten des Kunden transparent zu machen, darüber herrscht allerdings heute keinerlei Konsens. „Es gibt kaum einheitliche Methodiken, Definitionen respektive Regularien, die gesetzliche Krankenkassen dazu bringen würden, wirklich untereinander vergleichbare Kennziffern zum Wohle aller Versicherten zu veröffentlichen“, moniert Lemke, Kenner der Materie. Ein Beispiel: Manche Kassen rechnen in die Bearbeitungszeiten für Leistungsanfragen der Versicherten die zusätzliche Bearbeitungszeit des Medizinischen Dienstes mit ein, andere wiederum nicht.

Um dem leidigen Vergleichen von Äpfeln mit Birnen ein Ende zu bereiten, hat der GKV Spitzenverband in Berlin dieses Jahr unter Beteiligung einiger Krankenkassen eine Empfehlung zu einheitlichen Transparenzkennzahlen ausgesprochen. Diese Empfehlung umfasst insgesamt 45 Qualitätskennzahlen, darunter Quoten zu Widersprüchen und Klagen sowie Genehmigungs- und Ablehnungsquoten aus den Bereichen Vorsorge, Reha, Krankengeld und Zahnersatz. Nicht zu vergessen: Zahlen zur Patientensicherheit inklusive sozialmedizinischer Begutachtung. ►

Genehmigungsquoten: Bei der Genehmigung von Hilfsmitteln (Seh- und Hörhilfen, Einlagen etc.) und beim Zahnersatz zeigten sich 2022 die Kassen gegenüber Versicherten großzügig

Krankenkasse	Genehmigungsquote 2022				
	Pflege	Vorsorge & RehaMaßnahmen Gesamt	Hilfsmittel	Zahnersatz	Haus-halts-hilfe
AOK Baden-Württemberg					
AOK Bayern					
AOK Bremen/Bremerhaven					
AOK Niedersachsen					
AOK Nordost					k. A.
AOK NordWest					
AOK PLUS					
AOK Rheinland/Hamburg					
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland					
AOK Sachsen- Anhalt	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Audi BKK					
BARMER					k. A.
BERGISCHE KRANKENKASSE					
BIG direkt gesund					
BKK firmus					
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	k. A.				
BKK ProVita		k. A.		k. A.	
BKK Rieker • RICOSTA • Weisser					
BKK SBH	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
BKK VBU	k. A.				
BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN					
DAK-Gesundheit					
energie-BKK					
HEK – Hanseatische Krankenkasse					
IKK classic					
IKK gesund plus					
IKK Südwest					
KKH Kaufmännische Krankenkasse					
mhplus BKK					
Mobil Krankenkasse					
Novitas BKK					
Pronova BKK					
R+V Betriebskrankenkasse			k. A.	k. A.	k. A.
Salus BKK					
SBK Siemens Betriebskrankenkasse					
SECURVITA Krankenkasse					
SKD BKK	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Techniker Krankenkasse					
VIActiv Krankenkasse					
vivida bkk					
Durchschnitt	83 %	84 %	97 %	95 %	86 %
Abweichung vom Durchschnitt +/-	4 %	4 %	1 %	2 %	4 %

Quelle: DFSI, Stand: September 2023; unterdurchschnittlich; durchschnittlich; überdurchschnittlich; k. A. = keine Angabe

Widersprüche, Rücknahmen und Sozialgerichts-urteile: Rund zwei Drittel aller Sozialgerichts-klagen fielen vergangenes Jahr zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen aus

Krankenkasse	Anzahl Wider- sprüche je 100 000 Versi- cherte 2022	Erfolgslose und zurückgezo- gene Wider- sprüche 2022 ¹⁾	Sozialgerichts- urteile 2022 zugunsten Krankenkasse ¹⁾
AOK Baden-Württemberg			
AOK Bayern			
AOK Bremen/Bremerhaven			
AOK Niedersachsen			
AOK Nordost			k. A.
AOK NordWest			
AOK PLUS			
AOK Rheinland/Hamburg			
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland			
AOK Sachsen- Anhalt			k. A.
Audi BKK			
BARMER			
BERGISCHE KRANKENKASSE			
BIG direkt gesund			
BKK firmus			
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER			
BKK ProVita			
BKK Rieker • RICOSTA • Weisser			k. A.
BKK SBH			
BKK VBU			
BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN			
DAK-Gesundheit			
energie-BKK			
HEK – Hanseatische Krankenkasse			
IKK classic			
IKK gesund plus			
IKK Südwest			
KKH Kaufmännische Krankenkasse			
mhplus BKK			
Mobil Krankenkasse			
Novitas BKK			
Pronova BKK			
R+V Betriebskrankenkasse			
Salus BKK			
SBK Siemens Betriebskrankenkasse			
SECURVITA Krankenkasse			
SKD BKK			
Techniker Krankenkasse			
VIActiv Krankenkasse			
vivida bkk			
Durchschnitt	421	60,2 %	67,5 %
Abweichung vom Durchschnitt +/-	10 %	10 %	8 %

Quelle: DFSI, Stand: September 2023; unterdurchschnittlich; durchschnittlich; überdurchschnittlich; k. A. = keine Angabe

¹⁾Die Entscheidung der Krankenkasse wurde bestätigt respektive der Widerspruch/die Klage wurde zurückgezogen.

METHODE

Durchblick statt Datenkosmetik

Wie steht es um die Leistungsgewährung respektive die „Leistungsqualität“ bei den Kassen? Um diese Frage zu beantworten, haben die Experten des DFSI in Köln alle bundesweit und regional geöffneten Kassen zu essenziellen Leistungsindikatoren befragt und diese beurteilt. Alles sensible Daten, welche AOK & Co. aus diversen Gründen nur äußerst ungern der Öffentlichkeit preisgeben. 40 Kassen (mit einem Marktanteil von insgesamt rund 88 Prozent) schließlich füllten den Fragebogen komplett aus und kamen so in die Wertung.

I. Leistungstransparenz

Um die „Leistungsqualität“ zu messen, haben die Fachleute im ersten Schritt ihres äußerst umfangreichen Tests die sogenannte Leistungstransparenz einer gesetzlichen Krankenkasse im Hinblick auf die Gewährung medizinischer Leistungen an Versicherte beleuchtet. Interviewt wurden die Kassen zu insgesamt 89 aus DFSI-Sicht essenziellen Leistungsindikatoren. Zu diesen zählen unter anderem Bearbei-

tungszeiten von Leistungsanträgen, Genehmigungsquoten von ausgewählten Leistungen, Angaben zu Widersprüchen und Sozialgerichtsklagen nebst Teilnehmeranzahl und Ausgabenhöhen zu Bonus-, Präventions- und Wahltarifprogrammen.

Je genannten Leistungsindikator vergaben die Fachleute einen Punkt. Dazu kamen bis zu 23 Punkte, wenn die Kasse gegebenenfalls im Jahr 2023 einen Transparenzbericht veröffentlichte, und jeweils 2 Punkte, wenn generell Informationen und Leistungsindikatoren in den in der Leistungsqualität getesteten Teilbereichen veröffentlicht wurden. Damit be-zifferte sich die Höchstpunktzahl in der Testdisziplin Leistungstransparenz auf maximal 218. Dies entsprach einem Erfüllungsgrad von 100 Prozent. Ab 90 Prozent verteilte das DFSI das Urteil „Hervorragend“. Ab 80 Prozent gab es ein „Sehr Gut“ und ab 60 Prozent die Note „Gut“.

II. Leistungsqualität

Im zweiten Teil des Tests widmete sich das DFSI der sogenannten Leistungsqua-

lität der Kassen. Grundlage der Auswertung dieser qualitativen Größe bildeten dabei die Daten aus der Leistungstransparenz. Wichtig waren im Kontext Leistungsqualität dem DFSI-Team folgende neun Parameter:

1. Servicetelefon

Bewertet wurde hier das Verhältnis von eingehenden Anrufen Versicherter bei der Servicehotline bzw. dem Kunden-center zu den vom Servicemitarbeiter angenommenen Anrufen – gewichtet mit der Ausbildungsqualität des Mitarbeiters in Relation zur über-, unter- oder durchschnittlichen Wartezeit.

2. Digitales Tracking von Leistungsanträgen

Untersucht wurde hier, inwiefern es möglich ist, bei der Kasse online Leistungsanträge (papierlos) zu stellen bzw. den aktuellen Bearbeitungsstand der eingereichten Anträge, Bestellungen, Rechnungen einzusehen (digitales Tracking) respektive, ob der Versicherte über den Vorgang aktiv über Statusmeldungen über folgende Bereiche informiert wird: Kinder(pflege-)Krankengeld, Präventionsleistungen, Mutterschaftsgeld, Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Reha-Leistungen, Zuzahlungsbefreiung/-vorauszahlung,

Kostenerstattung Ausland, Versichertenkarte/elektronische Gesundheitskarte (eGK) bei Verlust oder Defekt, sonstige Rechnungserstattung (für Leistungen, die nicht über eGK abgerechnet werden, wie z. B. Osteopathie, professionelle Zahnreinigung).

3. Genehmigungsquoten

Für die Bewertung der kassenindividuellen Genehmigungsquoten wurde für eine Auswahl von Leistungen das Verhältnis von Genehmigung und Ablehnung der beantragten Leistung errechnet und ins Verhältnis zur marktdurchschnittlichen Genehmigungsquote gesetzt. Davon ausgehend, vergab das DFSI einen Punktwert für eine zum Marktdurchschnitt überdurchschnittliche, durchschnittliche oder unterdurchschnittliche Genehmigungsquote (1/0,8/0,5). Die Summe wurde über alle untersuchten Genehmigungsquoten für den Gesamtwert Genehmigungsquote aufaddiert. Für folgende Bereiche wurden die Genehmigungsquoten analysiert: Pflegeleistungen (nur Erstanträge), häusliche Krankenpflege, Vorsorge & Rehabilitationsmaßnahmen (stationär sowie ambulant), Hilfsmittel, Zahnersatz, Haushaltshilfe.

4. Widersprüche/Sozialgerichtsklagen

Für die Bewertung wurden auch hier die kassenindividuellen Zahlen in Bezug zum

Marktdurchschnitt betrachtet. Für eine überdurchschnittliche Anzahl von Widersprüchen je 100 000 Versicherte wurden nur 0,5 Punkte vergeben, für eine durchschnittliche Anzahl 0,8. Eine unterdurchschnittliche Anzahl hingegen wurde mit einem Punkt belohnt. Bei anderen Kennziffern (Widerspruchsentscheide und Sozialgerichtsurteile zugunsten der Krankenkasse) wurde ein überdurchschnittlicher Prozentsatz hier mit einem Wert von eins, ein durchschnittlicher mit 0,8 und ein unterdurchschnittlicher Wert mit 0,5 bewertet. Damit soll zum Ausdruck kommen, dass eine Leistungsentscheidung der Krankenkasse als verlässlich anzusehen ist, wenn diese vor dem Widerspruchsausschuss und vor dem Sozialgericht bestätigt wird.

5. bis 7. Ausgaben Teilnehmer Präventionskurse/Ausgaben Teilnehmer Bonusprogramm/ Teilnehmer Wahltarife

Hier wurden die Ausgaben der Leistungsbereiche und die Anzahl der Teilnehmer im Verhältnis zur Versichertenanzahl im Verhältnis zum Marktdurchschnitt bewertet.

8. Innovationsfonds

Zur Bewertung wurde hier die Anzahl der Beteiligungen an neuen, innovati-

ven und sektorenübergreifenden Projekten der Versorgungsform und -forschung jeder Krankenkasse taxiert. Abhängig von der Größe der Kasse wurden hier ab 45 Beteiligungen bis zu 5 Punkte vergeben.

9. Service-Apps

Hier wurde die allgemeine Online-Geschäftsstellen-App der Krankenkassen bewertet. Dazu wurde verglichen, welche Bewertungen die Anwendungen in den App-Stores der zwei meistverbreiteten Betriebssysteme Android und iOS auf einer Skala von 1 bis 5 von ihren Nutzern bekommen haben und wie hoch der Anteil der registrierten Benutzer im Verhältnis zur Versichertenanzahl ist.

Bei der Punktvergabe wurde das Gesamtergebnis je Teilbereich durch das im Test maximal erzielbare Ergebnis geteilt und mit 100 multipliziert.

Die DFSI-Gesamtnote wiederum resultiert aus der gleich gewichteten Summe aller Teilergebnisse in der Untersuchung. Ab 62,2 Punkten beurteilte das DFSI die Leistungsqualität einer Krankenkasse als „Hervorragend“, ab 55,3 Punkten gab es ein „Sehr Gut“. Und ab 41,4 Punkten gaben die Experten die Note „Gut“.

Und wichtig: die Bezugsgröße 100 000 Versicherte, welche die Quoten der Kassen untereinander vergleichbar machen.

„Leider basiert die Empfehlung nur auf Freiwilligkeit, was dazu führt, dass sich nicht alle Krankenkassen an diese Systematik halten müssen – und wollen“, kritisiert Experte Lemke. Womit es Versicherten nach wie vor an einer transparenten Vergleichbarkeit der Kassen im Hinblick auf deren Praxis der Leistungsgewährung respektive -ablehnung mangle.

Auch seien „45“ Qualitätskennzahlen schon ein wenig Etikettenschwindel: „Die ersten 19 Kennzahlen drücken nämlich lediglich fünf Genehmigungsquoten aus. Dazu kommen noch sechs Kennziffern für die Patientensicherheit“, verdeutlicht Fachmann Lemke. Da stelle sich schon die Frage, wie diese Kennzahlen eine messbare Leistungsqualität ausdrücken sollten respektive wie Verbraucher diese kassenindividuell wirklich differenziert vergleichen könnten.

Welche Kennziffern Versicherten ein aussagekräftiges Bild über die „Leistungsqualität“ einer Kasse vermitteln und wie es um die „Leistungstransparenz“ steht, hat das DFSI in einer Analyse für FOCUS MONEY minutiös herausgearbeitet. Dazu wurde das Datenmaterial von insgesamt 40 regional respektive bundesweit agierenden Kassen mit einem Markt-

anteil von rund 88 Prozent (s. Methodik oben) ausgewertet. Aus Patientensicht ist das Resümee der Analyse – wider Erwarten – erfreulich: „Höchste Anerkennung aufgrund aussagekräftiger Kennziffern zur jeweiligen Leistungsqualität verdienen nach Auswertung unseres Tests immerhin sieben überregionale und fünf regional geöffnete Krankenkassen“, bilanziert DFSI-Chefstrategie Lemke (s. Tabelle S. 61). Was die sogenannte Leistungstransparenz betrifft, glänzten in der Untersuchung elf regionale und neun überregionale Kassen mit „hervorragenden“ Ergebnissen (s. Tabelle S. 62).

Auch macht die Untersuchung des DFSI-Teams evident, dass AOK & Co. schon ein Herz für ihre Klientel haben. Das zeigt ein Blick auf die Genehmigungsquoten: „So wurden im vergangenen Jahr im Schnitt 97 Prozent aller Hilfsmittel-Anträge positiv beschieden“, bilanziert Lemke (s. Tabelle S. 63). Beim Zahnersatz lag die Genehmigungsquote bei rund 95 Prozent aller Fälle. Etwas rigider hingegen zeigen sich die Kassen beim Durchwinken von Anträgen der Patienten bei Pflege, Vorsorge, Reha und Haushaltshilfen (s. Tabelle S. 63).

So finden Kassen und Klientel nicht immer gleich im ersten Anlauf wunschgemäß zusammen – was zu Widersprüchen aus der Versichertengemeinde führt. „Bei den von uns

untersuchten Kassen liefen je 100 000 Versicherte im Jahr 2022 durchschnittlich 421 Widersprüche auf“, bilanziert Lemke (s. Tabelle S. 63). Dafür führen die Kassenmanager auf Anfrage gleich mehrere Gründe ins Feld. „Mal ist es die gebildete Versichertenstruktur, die doch widerspruchsfreudiger sei. Mal der – bewusst verbraucherfreundliche – transparente und nicht übersehbare Hinweis auf die Möglichkeit eines Widerspruchs auf dem Bescheid der Leistungsablehnung“, unterstreicht DFSI-Manager Lemke. Auch die Komplexität des Leistungsantrags führte dazu, dass Versicherte diesen falsch oder unvollständig ausfüllten.

Meist sitzen die Kassen am längeren Hebel: „Rund 60 Prozent der Widersprüche liefen für die Versicherten erfolglos“, erklärt Lemke (s. Tabelle S. 63). Komme es gar zu Klagen der Versicherten beim Sozialgericht, hätten AOK & Co. noch bessere Karten, denn: „In fast 68 Prozent der von uns betrachteten Kassen entschied 2022 das Sozialgericht zu deren Gunsten beziehungsweise wurden die Klagen vom Versicherten zurückgezogen“, sagt Lemke. Ergo lohnt es nur bedingt, bei abgelehnten Anträgen vor den Kadi zu ziehen!

Falsche Interpretation. Transparenzberichte leiten mitunter in die Irre. Beispiel: Bei der Angabe zur Zahl der Wider-

sprüche interpretieren die Kassen die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands dazu völlig unterschiedlich. Was dazu führt, dass die DFSI-Experten etwa bei zwei relativ vergleichbaren Krankenkassen mit ähnlicher Versichertenstruktur in einem Transparenzbericht rund 12 000 Widersprüche finden, die andere, etwas größere Kasse hingegen gut 81 000 Widersprüche nennt. „Natürlich gibt es unter den Krankenkassen Unterschiede in der relativen Anzahl eingehender Widersprüche“, räumt Lemke ein. Doch so ein eklatanter Unterschied wie zuvor genannt sei nur durch zwei komplett unterschiedliche Interpretationen der Vorgabe des GKV-Spitzenverbands zu erklären. Lemke: „Wenn sich hier nicht schnellstens etwas ändert, bleiben Transparenzberichte nichts weiter als eine Nabelschau der Krankenkassen.“

Fazit: Wer gerade auf der Suche nach einer neuen Krankenkasse ist, sollte außer auf den individuellen Zusatzbeitrag und das medizinische Leistungsspektrum unbedingt auch darauf achten, wie es aktuell um die wahre Transparenz seiner Wunschkasse bestellt ist. „Gerade das Genehmigungsverhalten und die Leistungsbereitschaft entscheiden darüber, ob gesetzlich Versicherte zufrieden sind oder eher mit der Kasse hadern“, betont DFSI-Geschäftsführer Lemke. ■