

# money**service**

KRANKENKASSEN

## Gläsern und generös



## Leistungsqualität: vier bundesweit und zwei regional geöffnete gesetzliche Krankenkassen mit hervorragenden Ergebnissen

Kassen-Name	Service-telefon	Tracking von Leistungs-anträgen	Genehmigungs-quoten	Widersprüche/ Sozialgerichts-klagen	Ausgaben/Teilnehmer Präven-tionskurse	Ausgaben/ Teilnehmer Bo-nusprogramm	Teilnehmer Wahltarife	Innova-tions-fonds	Service- Apps	Gesamt-punkte <sup>1)</sup>	Gesamtnote DFSI
<b>Bundesweit geöffnete Kassen</b>											
SBK Siemens-Betriebskrankenk.	3,50	4,00	4,22	4,38	4,50	3,75	1,25	4,00	4,79	34,38	Hervorragend
Techniker Krankenkasse	4,84	3,34	3,86	3,75	4,50	2,50	1,25	5,00	4,79	33,81	Hervorragend
Salus BKK	4,00	4,34	3,86	4,38	3,25	5,00	2,50	2,00	4,29	33,60	Hervorragend
BIG direkt gesund	4,00	1,00	4,57	3,75	5,00	4,50	3,75	2,00	2,72	31,29	Hervorragend
pronova BKK	4,00	3,67	4,86	4,50	2,00	3,75	1,25	3,00	3,50	30,52	Sehr Gut
DAK-Gesundheit	3,00	2,00	3,50	3,25	3,25	3,75	2,00	5,00	4,00	29,75	Sehr Gut
VIACTIV Krankenkasse	4,00	2,67	3,72	4,13	5,00	3,25	1,25	2,00	2,72	28,72	Sehr Gut
BARMER	4,00	4,00	1,29	2,00	3,75	2,50	1,25	5,00	4,72	28,50	Sehr Gut
energie-BKK	5,00	0,34	4,29	3,50	3,25	3,25	1,25	2,00	4,29	27,16	Gut
BKK ProVita	3,34	0,00	3,79	4,75	4,50	5,00	2,00	0,00	3,57	26,94	Gut
Mobil Krankenkasse	2,67	1,67	3,79	3,75	4,50	3,25	2,50	2,00	2,57	26,69	Gut
Audi BKK	3,84	2,67	2,93	4,75	3,25	3,75	1,25	2,00	1,50	25,93	Gut
BKK VBU	4,00	0,34	1,65	3,50	4,00	4,50	0,00	2,00	4,00	23,98	Gut
HEK – Hanseatische Krankenkasse	3,67	4,34	2,57	3,50	2,50	3,25	0,00	1,00	3,15	23,97	Gut
Novitas BKK	4,67	0,34	4,00	2,88	2,50	3,25	1,25	1,00	3,15	23,02	Gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	1,34	1,67	2,43	1,63	3,25	3,75	2,50	3,00	1,57	21,13	Gut
<b>Regional geöffnete Kassen</b>											
AOK PLUS	3,84	3,67	4,22	4,75	5,00	4,00	2,50	2,00	4,07	34,04	Hervorragend
SECURVITA Krankenkasse	4,17	1,67	3,29	5,00	5,00	3,75	5,00	1,00	3,86	32,72	Hervorragend
AOK Bayern	4,34	4,00	3,72	3,63	2,50	2,50	2,50	3,00	4,07	30,25	Sehr Gut
AOK Baden-Württemberg	3,00	2,34	4,43	4,50	2,50	2,50	2,50	4,00	4,07	29,84	Sehr Gut
BERGISCHE KRANKENKASSE	4,50	5,00	4,22	3,50	5,00	0,00	0,00	1,00	4,00	27,22	Gut
AOK NordWest	1,67	2,67	3,65	3,88	2,50	2,00	2,50	4,00	4,07	26,92	Gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	3,50	2,67	2,93	3,75	3,25	2,50	2,00	2,00	3,36	25,95	Gut
IKK Südwest	4,17	3,34	3,86	2,88	3,75	3,25	0,00	1,00	3,65	25,88	Gut
AOK Rheinland/Hamburg	1,84	1,34	2,93	3,75	2,00	3,75	1,25	4,00	4,07	24,92	Gut
AOK Niedersachsen	1,84	0,00	2,72	2,63	3,25	3,25	2,50	3,00	3,36	22,53	Gut
AOK Bremen/Bremerhaven	2,84	1,00	2,15	2,88	3,75	1,25	2,00	1,00	4,07	20,93	Gut

Quelle: DFSI; Stand: September 2022; dargestellt sind nur Kassen mit der Gesamtnote „Gut“ und besser; <sup>1)</sup>Gesamtpunkte = gleichgewichtete Summen aller Teilbereichsergebnisse

In Transparenzberichten informieren die **gesetzlichen Kassen** freiwillig **über die Gewährung respektive Ablehnung von Leistungen**. Wie aussagekräftig aber sind diese Berichte eigentlich? Das verrät die jeweilige „Leistungs-transparenz“ als Grundlage der „Leistungsqualität“ einer Kasse

von THOMAS SCHICKLING

**T**acheles redete im Juni 2021 die Patientenbeauftragte der Bundesregierung mit AOK & Co.: „Ich erwarte, dass alle Krankenkassen Berichte zur Qualität ihrer Leistungsgewährung und zu Leistungskennzahlen wie der Bearbeitungszeit von Anträgen oder der Anzahl erfolgreicher und abgelehnter Widersprüche öffentlich und transparent zur Verfügung stellen“, forderte Claudia Schmidtke. Entsprechende Informationen könnten Versicherten helfen, besser einzuschätzen, ob ihre Kasse im Krankheitsfall für sie da sein wird. „Wer will, dass ihm die anderen sagen, was sie wissen, der muss ihnen sagen, was er selbst weiß. Das beste Mittel, Informationen zu erhalten, ist, Informationen zu geben“, hat schon Staatsphilosoph Niccolò Machiavelli vor über 500 Jahren gepredigt. Dies scheinen auch einige Vorstandsvorsitzende in der gesetzlichen **►**



## Erfreuliche Leistungstransparenz: bei zehn Kassen „Hervorragend“

Kassen-Name	Gesamtergebnis	Gesamtnote DFSI
<b>Bundesweit geöffnete Kassen</b>		
DAK-Gesundheit	94 %	Hervorragend
BIG direkt gesund	94 %	Hervorragend
Mobil Krankenkasse	92 %	Hervorragend
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	92 %	Hervorragend
Techniker Krankenkasse	89 %	Sehr Gut
VIActiv Krankenkasse	87 %	Sehr Gut
Novitas BKK	86 %	Sehr Gut
Salus BKK	84 %	Sehr Gut
pronova BKK	84 %	Sehr Gut
energie-BKK	76 %	Gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	75 %	Gut
BKK ProVita	74 %	Gut
BARMER	72 %	Gut
Audi BKK	71 %	Gut
HEK – Hanseatische Krankenkasse	69 %	Gut
BKK VBU	61 %	Gut
<b>Regional geöffnete Kassen</b>		
AOK PLUS	97 %	Hervorragend
SECURVITA Krankenkasse	95 %	Hervorragend
AOK Bayern	94 %	Hervorragend
AOK Baden-Württemberg	91 %	Hervorragend
BERGISCHE KRANKENKASSE	90 %	Hervorragend
AOK NordWest	90 %	Hervorragend
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	88 %	Sehr Gut
IKK Südwest	86 %	Sehr Gut
AOK Rheinland/Hamburg	77 %	Gut
AOK Niedersachsen	74 %	Gut
AOK Bremen/Bremerhaven	73 %	Gut

Quelle: DFSI, Stand: September 2022; dargestellt sind nur Kassen mit der Gesamtnote „Gut“ und besser

Krankenversicherung (GKV) verstanden zu haben, zumal Transparenz Vertrauen schafft. Gut ein Viertel der Krankenkassen lassen sich im Hinblick auf ihr Leistungsgeschehen freiwillig in die Karten schauen. Bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) etwa publizieren alle elf AOKs seit 14. 12. 20 ihre Transparenzberichte auf ihren Online-Pages. Und der 2021 gestarteten „Transparenz- und Qualitätsoffensive“ des BKK Dachverbands sind 16 Betriebskrankenkassen gefolgt. „Qualität ist, wenn Versicherte und Gesundheitspartner sich auf ihre Kasse verlassen und klar nachverfolgen können, was diese für sie tut“, sagt Reinhard Brückner, Vorstand der Viactiv BKK. Und bei den Ersatzkassen unterstützen etwa die DAK und die Techniker (TK) mit Reports das Anliegen der Ex-Patientenbeauftragten der Bundesregierung nach mehr Offenheit in der GKV.

**Äpfel mit Birnen vergleichen.** „Allerdings werden Kennzahlen der Krankenkassen derzeit nicht nach eindeutig festgelegten Kriterien und Vorgaben erfasst“, moniert Professor Volker Möws, Politikchef der TK. Es sei aber wichtig, dass alle Markt-

teilnehmer einheitliche, GKV-weite Kriterien nutzten. „Sonst vergleichen wir Äpfel mit Birnen“, gibt Möws zu bedenken.

Die Argumentation der TK teilt die SBK Siemens Betriebskrankenkasse. „Entscheidende Voraussetzung dafür, dass Qualitätstransparenz auch zu einer Qualitätssteigerung im Sinne der Versicherten führt, ist ein einheitlicher Rahmen, der die Vergleichbarkeit der veröffentlichten Statistiken sicherstellt“, erklärt SBK-Vorständin Gertrud Demmler. Aus Sicht der SBK-Strategen gehören zu objektiv gut vergleichbaren Kennzahlen in der Kassenlandschaft etwa die Anzahl von Widersprüchen gegen Bescheide oder die Zahl der Klagen gegen eine Krankenkasse vor dem Sozialgericht.

**Emotionale, subjektive Faktoren.** Ein durchaus gangbarer Weg. Allerdings lassen diese Kennziffern leider keinerlei valide Aussagen darüber zu, wie gesetzlich Versicherte die Behandlung oder Leistung ihrer Krankenkasse tatsächlich empfinden. Fatal, denn gerade in der Gesundheitsversorgung spielen solche „emotionalen“ Faktoren eine tragende Rolle. Kein Problem, denn die Art und Weise, wie Leistungen für Kassenkunden erbracht wurden, lässt sich hervorragend mit systematischen Befragungen „messen“, wofür sich auch die SBK starkmacht. Zumal Umfrageergebnisse „die Lücke der Erkenntnisse über die wichtigsten subjektiven Faktoren, die objektive Kennzahlen nicht liefern können“, füllen, schreibt die SBK in ihrem „Gesundheitspolitischen Themendienst“ zur Bundestagswahl 2021.

**Kein Konsens.** Welche „objektiven“ und „subjektiven“ Kennzahlen schließlich für alle Kassen verbindlich sein sollten, um Qualität zugunsten des Kunden transparent zu machen, darüber herrscht allerdings kein Konsens. „Es gibt kaum einheitliche Methodiken, Definitionen respektive Regularien, die gesetzliche Krankenkassen heute dazu bringen würden, wirklich untereinander vergleichbare Kennziffern zu veröffentlichen“, moniert Thomas Lemke, langjähriger Kassen-Kenner und Geschäftsführer des Deutschen Finanz-Service Instituts (DFSI) in Köln. Einige Beispiele: Manche Kassen rechnen in die Bearbeitungszeiten für Leistungsanfragen der Versicherten die zusätzliche Bearbeitungszeit des Medizinischen Dienstes mit ein, andere wiederum nicht. „Auch bei den Bearbeitungszeiten von E-Mails hat jede Kasse leider einen unterschiedlichen Zeithorizont vor Augen, wann diese beantwortet werden müssen, ▶



„**Transparenzberichte einer Kasse wirklich richtig zu interpretieren, fällt Versicherten überaus schwer**“

**THOMAS LEMKE,**  
DFSI-GESCHÄFTSFÜHRER

## Genehmigungsquoten: wie sich Kassen gegenüber ihren Versicherten bei Anträgen etwa zu Pflege, Badekuren, Hilfsmitteln, Zahnersatz und Haushaltshilfe verhalten

Kassen-Name	Genehmigungsquote Pflege	Genehmigungsquote Badekur	Genehmigungsquote Hilfsmittel	Genehmigungsquote Zahnersatz	Genehmigungsquote Haushaltshilfe
AOK Rheinland/Hamburg	●	●	●	●	●
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	●	●	●	●	○
AOK Baden-Württemberg	●	●	●	●	●
AOK Bayern	●	●	●	●	●
AOK PLUS	●	●	●	●	●
AOK Sachsen- Anhalt	●	○	●	●	○
AOK Nordost	○	○	○	○	○
AOK NordWest	●	○	●	●	●
AOK Bremen/Bremerhaven	●	○	●	●	●
AOK Niedersachsen	●	●	●	●	○
BARMER	○	○	●	●	○
DAK-Gesundheit	●	○	●	●	○
Techniker Krankenkasse	●	●	●	●	●
KKH Kaufmännische Krankenkasse	●	●	●	●	○
HEK - Hanseatische Krankenkasse	○	○	●	●	●
VIActiv Krankenkasse	●	●	●	●	●
Salus BKK	●	●	●	●	●
Novitas BKK	●	●	●	●	●
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	○	●	●	●	●
vivida bkk	○	○	○	○	○
SECURVITA Krankenkasse	●	●	●	●	●
BERGISCHE KRANKENKASSE	●	●	●	●	●
Audi BKK	○	●	●	●	○
Mobil Krankenkasse	●	●	●	●	●
BKK VBU	○	●	○	○	○
BIG direkt gesund	●	●	●	●	●
pronova BKK	●	●	●	●	●
IKK Südwest	●	●	●	●	●
BKK ProVita	●	●	●	●	●
energie-BKK	●	●	●	●	●
Durchschnitt	86,50%	74,40%	96,26%	96,23%	88,15%
Abweichung vom Durchschnitt +/-	4%	5%	2%	2%	4%

Quelle: DFSI; Stand: September 2022 ● überdurchschnittlich ● durchschnittlich ● unterdurchschnittlich ○ keine Angaben

## Widersprüche, Rücknahmen und Sozialgerichtsurteile: Bei knapp 60 Prozent der Widersprüche einigen sich die Kassen in der Praxis mit den Versicherten gütlich

Kassen-Name	Anzahl Widersprüche je 100000 Versicherte	Abhilfe oder Rücknahme <sup>1)</sup>	Widerspruchsbescheide zugunsten der Krankenkasse 2020 <sup>2)</sup>	Sozialgerichtsurteile 2020 zugunsten Krankenkasse
AOK Rheinland/Hamburg	↔	↔	↔	↔
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	↔	↔	↔	↔
AOK Baden-Württemberg	↔	↔	↔	↔
AOK Bayern	↔	↔	↔	↔
AOK PLUS	↔	↔	↔	↔
AOK Sachsen- Anhalt	↔	↔	↔	↔
AOK Nordost	↔	↔	↔	↔
AOK NordWest	↔	↔	↔	↔
AOK Bremen/Bremerhaven	↔	↔	↔	↔
AOK Niedersachsen	↔	↔	↔	↔
BARMER	○	○	○	○
DAK-Gesundheit	↔	↔	↔	↔
Techniker Krankenkasse	↔	↔	↔	↔
KKH Kaufmännische Krankenkasse	○	○	↔	↔
HEK - Hanseatische Krankenkasse	↔	↔	↔	↔
VIActiv Krankenkasse	↔	↔	↔	↔
Salus BKK	↔	↔	↔	↔
Novitas BKK	↔	↔	↔	↔
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	○	○	○	○
vivida bkk	○	○	○	○
SECURVITA Krankenkasse	↔	↔	↔	↔
BERGISCHE KRANKENKASSE	↔	↔	↔	↔
Audi BKK	↔	↔	↔	↔
Mobil Krankenkasse	↔	↔	↔	↔
BKK VBU	↔	↔	↔	↔
BIG direkt gesund	↔	↔	↔	↔
pronova BKK	↔	↔	↔	↔
IKK Südwest	↔	↔	↔	↔
BKK ProVita	↔	↔	↔	↔
energie-BKK	↔	↔	↔	↔
Durchschnitt	544,0	58,7%	98,0%	66,6%
Abweichung vom Durchschnitt +/-	10%	10%	1%	5%

Quelle: DFSI; Stand: September 2022; ↔ überdurchschnittlich ↔ durchschnittlich ↘ unterdurchschnittlich ○ keine Angaben

<sup>1)</sup>Prozentsatz an Widersprüchen, denen seitens der Krankenkasse abgeholfen wird oder die vom Versicherten zurückgezogen werden; <sup>2)</sup>Widerspruchsbescheide, die 2020 zugunsten der Krankenkasse im Widerspruchausschuss erlassen worden sind

METHODE

## Transparenz 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. 32 Kassen (mit einem Marktanteil von insgesamt knapp 85 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 Bearbeitungszeiten von Leistungsanträgen, Genehmi-

gungsquoten 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 20 Punkte, wenn die Kasse gegebenenfalls im Jahr 2021 einen Transparenzbericht veröffentlichte, und jeweils 2 Punkte, wenn generell Informationen und Leistungsindikatoren in den in der Leistungsqualität getesteten Teilbereichen veröffentlicht wurden. Damit bezifferte sich die Höchstpunktzahl in der Testdisziplin Leistungstransparenz auf maximal 109. 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 Leistungsqualität der Kassen. Grundlage zur 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 Service-Hotline bzw. dem Kundencenter 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),

und damit auch unterschiedliche, nicht vergleichbare Quoten“, verrät Fachmann Lemke (s. auch Tabelle S. 67 oben).

Nicht zu vergessen: „Die Anzahl ursprünglich eingegangener Widersprüche wird unterschiedlich angegeben, obwohl diese normiert sein sollten, da jede Kasse diese in der amtlichen Statistik SG01 angeben muss“, betont Lemke. Je nachdem, welche Software die jeweilige Kasse nutze, würden hier Widersprüche vor oder nach der ersten Vorstufe der sogenannten Abhilfen durch die Kasse oder Rücknahme des Versicherten angegeben. Lemke: „Dadurch unterscheiden sich die ursprünglichen Daten über die Anzahl der Widersprüche gewaltig.“

**Warten auf Godot.** Um das Chaos aus der Welt zu schaffen, hat zwar der GKV-Spitzenverband in Berlin längst eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die Mindeststandards und reportfähige Indikatoren zu den Themenkomplexen Beratung und Leistungsgeschehen für die gesetzlichen Krankenkassen erarbeiten soll. Nur: „Es wird wohl noch Jahre dauern, bevor die Arbeitsgruppe etwas Konkretes verabschiedet“, urteilt Lemke pessimistisch. Vergeudete Zeit, die gesetzlich Versicherte darüber im Dunklen lässt, wie es um die Qualität der Kassen untereinander im Hinblick auf das WIE der jeweiligen Leistungsgewährung respektive -ablehnung bestellt ist.

Mit dieser Hängepartie macht jetzt das DFSI Schluss. Welche Kennziffern Versicherten ein wirklich aussagekräftiges Bild der „Leistungsqualität“ einer Kasse vermitteln und wie es um die „Leistungstransparenz“ – allesamt sensible Daten, die AOK & Co. aus verschiedenen Gründen nur äußerst ungern für die Allgemeinheit preisgeben – steht, haben die Experten des DFSI in einer großen Analyse für FOCUS-MONEY akribisch herausgearbeitet. Dazu wurde das Datenmaterial von insgesamt 32 regional respektive bundesweit agierenden Krankenkassen mit einem Marktanteil von insgesamt knapp 85 Prozent (s. Methodik oben) ausgewertet.

„Offenheit verdient Anerkennung“, hat schon der honorige Staatsmann Otto Fürst von Bismarck zum Besten gegeben. „Höchste Anerkennung aufgrund aussagekräftiger Kennziffern zur jeweiligen Leistungsqualität verdienen nach Auswertung unseres Tests insgesamt vier überregionale und zwei regional geöffnete Krankenkassen“ bilanziert DFSI-Chefstrategie Lemke (s. Tabelle S. 65). Was die Leistungstransparenz anbetrifft, glänzten in der Analyse sogar insgesamt zehn Kassen mit „hervorragenden“ Ergebnissen (s. Tabelle S. 66).

**Zahlen-Wirrwarr.** Transparenzberichte richtig zu interpretieren, fällt dem Laien schwer. Beispiel: Zahlen über Ausgaben

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: Pflege, Stationäre Rehabilitation, Ambulante Versorgung in anerkannten Kurorten, Hilfsmittel (allgemein), Beinprothesen, Zahnersatz (Heil-/Kostenplan), Haushaltshilfe.

### 4. Widersprüche/Sozialgerichtsklagen

Für die Bewertung wurden auch hier die kassenindividuellen Zahlen in Bezug zum Marktdurchschnitt betrachtet. Für eine überdurchschnittliche Anzahl von Wider-

sprüchen 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. Analog galt dieses Schema auch für den Prozentsatz der Abhilfen und Rücknahmen der Widersprüche. Bei anderen Kennziffern (Widerspruchsentscheide und Sozialgerichtsurteile zugunsten der Krankenkasse) wurde ein überdurchschnittlicher Prozentsatz hier mit einem Wert von eins, ein durchschnittlicher Wert 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, innovativen und

sektorenübergreifenden Projekten der Versorgungsform und -forschung jeder Krankenkasse taxiert. Für unter zehn Beteiligungen wurde ein Punkt vergeben, ab zehn Beteiligungen gab es zwei, ab 20 Beteiligungen drei usw. bis zu einer Höchstpunktzahl ab 50 Beteiligungen mit fünf Punkten.

### 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 fünf multipliziert.

Die DFSI-Gesamtnote wiederum resultiert aus der gleichgewichteten Summe aller Teilergebnisse in der Untersuchung. Ab 30,94 Punkten beurteilte das DFSI die Leistungsqualität einer Krankenkasse als „Hervorragend“, ab 27,5 Punkten gab es ein „Sehr Gut“ und ab 20,62 Punkten die Note „Gut“.

für Teilnehmer an Bonusprogrammen. „Es ist schon komisch, wenn ein Bonusprogramm eine maximale Bonusprämie von beispielsweise 500 Euro auf dem Papier auslobt, aber im Schnitt lediglich 34,50 Euro an die Teilnehmer auszahlt“, kritisiert Lemke. Auch mache es stutzig, wenn lediglich 1,5 Prozent der Versicherten einer Kasse sich einen Bonus auszahlen ließen, obwohl im Marktdurchschnitt über alle Kassen rund sechs Prozent der Kunden den Bonus in Anspruch nähmen. „Da muss doch wohl etwas mit der Produktqualität des Bonusprogramms nicht stimmen“, gibt Lemke zu bedenken.

Denn nur eine hohe Teilnehmerzahl mit entsprechenden Bonuszahlungen spreche für eine aktive Nutzung und damit hohe Qualität des Programms. „Damit ein Bonusprogramm nicht nur als Marketinginstrument gesehen wird, sondern zu einer wirklichen Verbesserung der Gesundheit beiträgt, sollten sich die Kassen Folgendes fragen: Warum wird ihr Angebot oft objektiv als hervorragend bewertet, aber vom Versicherten nur unterdurchschnittlich angenommen? Und warum weichen die ausgezahlten Bonusbeträge teilweise eklatant von den propagierten Maximalboni ab?“, sagt Lemke.

Valide Aussagen liefern auch Angaben zu Widersprüchen gegen Bescheide. Diese Kennzahl macht deutlich, wie häufig

es einer Kasse nicht gelingt, sich im Dialog mit Versicherten zu einigen. Die Höhe der Anzahl der Widersprüche ist hierzulande von Kasse zu Kasse recht unterschiedlich (s. auch Tabelle S. 67 unten). „Von den von uns untersuchten Krankenkassen liefen je 100 000 Versicherte im Jahr 2020 zwischen knapp 100 bis zu rund 900 Widersprüche auf“, rechnet Lemke vor. Dafür nennen die Kassen mehrere Gründe. „Mal ist es die gebildete Versichertenstruktur, die doch widerspruchsfreudiger sei. Mal der besonders transparente und nicht übersehbare Hinweis auf die Möglichkeit eines Widerspruchs auf dem Bescheid der Leistungsablehnung“, berichtet Lemke. Auch die Komplexität des Leistungsantrags führe dazu, dass Versicherte diesen falsch oder unvollständig ausfüllten.

Klingt mitunter nach Ausreden. Was aber für eine gute Arbeit der Kassen spricht: „Bei knapp 60 Prozent der Widersprüche einigen sich die Kassen mit Versicherten gütlich“, bilanziert Lemke. Kommt es hingegen zur Klage des Versicherten beim Sozialgericht, sprechen die Zahlen nicht unbedingt für AOK & Co.: „In rund einem Drittel der von uns betrachteten Kassen entschied 2020 das Sozialgericht zugunsten des Versicherten“, bilanziert Lemke. Was zeigt: Es kann sich lohnen, bei nicht beschiedenen medizinischen Anträgen vor den Kadi zu ziehen! ■