

A woman with dark hair in a bun, wearing a white top and a beige cardigan, is sitting at a desk. She is looking at a laptop screen and holding a pair of glasses in her right hand. The desk has a laptop, a white mug, and a green pen. In the background, there is a lamp and a green plant.

TRANSPARENZ- BERICHT 2022

INHALT

03 EINLEITUNG

Transparenz kann ein zentraler Hebel sein, um unser Gesundheitswesen fundamental zu verändern. Vorständin Dr. Gertrud Demmler erklärt, wie Transparenz zu einem nachhaltigen und am Menschen orientierten Gesundheitswesen beitragen kann – und was in den aktuellen Plänen des Gesundheitsministeriums zu mehr Kassentransparenz noch fehlt.

06 BESCHWERDEN UND WIDERSPRÜCHE

Bei der Erfassung einer Beschwerde geht es der SBK ausschließlich um die Sicht der Versicherten. Auch bei Widersprüchen geht es immer darum, die bestmögliche Lösung für die Kund*innen zu finden.

10 GENEHMIGUNGSQUOTEN UND BEARBEITUNGSDAUER

Wer eine informierte Entscheidung zur Wahl einer Krankenkasse treffen will, sollte nicht nur den Zusatzbeitrag und die Leistungskataloge kennen, sondern wissen, wie das Genehmigungsverhalten und die Leistungsbereitschaft einer Kasse ist.

15 JÄHRLICHE REPRÄSENTATIVE VERSICHERTENBEFRAGUNG (JRV)

Die SBK führt jährlich eine repräsentative Umfrage unter ihren Versicherten durch. Dr. Michael Oechsle, der Experte hinter der SBK-Kundenbefragung erklärt, wie die Versicherten dazu beitragen, dass die SBK besser werden kann.

19 MEINE SBK

Vor allem seit der Corona-Pandemie ist die Nutzung der Online-Geschäftsstelle Meine SBK nochmals deutlich gestiegen.

21 PATIENTENSICHERHEIT

Behandlungsfehler? Schaden? Verstoß? Ist fachkundige Beratung notwendig, unterstützt die SBK ihre Versicherten Schritt für Schritt bei der Klärung von Verdachtsfällen und berät sie umfassend.

24 RÜCKBLICK UND AUSBLICK

Im letzten Jahr hat sich in Sachen Qualitätstransparenz einiges bewegt. SBK-Experte Olaf Rosenfeld zieht Fazit zum diesjährigen Bericht und erklärt, was sich noch ändern muss und wohin wir wollen.

„TRANSPARENZ IST EIN WICHTIGER TREIBER FÜR MEHR QUALITÄTSORIENTIERUNG.“



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

Liebe Leserin, lieber Leser,

in diesem Jahr veröffentlichen wir unseren 8. Transparenzbericht. Während wir vor acht Jahren noch die einzige Krankenkasse waren, machen mittlerweile viele Mitbewerber*innen relevante Kennzahlen transparent. Und es geht weiter: Der Gesundheitsminister will und wird alle gesetzlichen Krankenkassen zu mehr Transparenz verpflichten. Von Seiten des GKV-Spitzenverbandes gibt es bereits eine Empfehlung, welche Kennzahlen Kassen künftig veröffentlichen müssen – mit dem Ziel, Vergleichbarkeit herzustellen. Ein schöner Erfolg für un-

sere Sache und ein wichtiger Schritt für mehr Transparenz gegenüber den Versicherten.

Es bleibt zu hoffen, dass der tatsächliche Mehrwert für die Versicherten und die Bürokratie bei der Umsetzung des Themas in einem guten Verhältnis stehen. Ein Beispiel, wo dies aus meiner Sicht nicht gut gelungen ist, sind die Qualitätsberichte der Kliniken. Auch hier war ein Ziel, mehr Transparenz zu schaffen. Das Ergebnis sind unleserliche Dokumente von mehreren 100 Seiten, die für Patient*innen keine Relevanz haben. Gut, dass dieses Thema im Rahmen der Klinikreform erneut adressiert wird. Insgesamt muss es unser Ziel sein,

dass jeder Versicherte die Qualitätskennzahlen aller Akteure im Gesundheitswesen einsehen kann – in einheitlicher, verständlicher und leicht zugänglicher Form. So machen wir Qualität sichtbarer und geben Versicherten die Chance, bessere Entscheidungen für eine Behandlung oder eine Versicherung zu treffen. Das stärkt die Autonomie jeder und jedes Einzelnen.

Blanke Kennzahlen sind wichtig, haben aber ohne Bezugsrahmen nur begrenzte Aussagekraft – gerade, wenn es um Gesundheit geht. Patient Reported Experience (PREM) und Patient Reported Outcomes (PRO) sind deshalb Konzepte, die zurecht prominent diskutiert werden. Was ist relevant und wichtig? Für eine gute Antwort reicht es nicht, die Optionen möglichst objektiv und valide zu bewerten. Es braucht auch die subjektive Einschätzung von Patient*innen. Ihre Erlebnisse und Erfahrungen mit einer Kasse, einer Klinik oder einer Behandlung sind der zweite zentrale Baustein, um Qualität abzubilden. Ohne das Urteil von Patient*innen kann es kein Qualitätsurteil geben. Wir als SBK holen das Feedback unserer Versicherten auf vielen Wegen ein, um uns und unsere Qualität ständig zu verbessern.

Warum der Aufwand? Warum Kennzahlen, PREMS und PROMS? Weil das Gesundheitswesen für die Versicherten da ist. Jeder Akteur ist gefordert, die Autonomie der Versicherten zu stärken und die Qualität des Systems zu steigern. Intransparenz, Kompliziertheit und „Fachchinesisch“ sind typische Mechanismen, um Abhängigkeiten zu schaffen. Deshalb bin ich fest davon überzeugt, dass Transparenz ein zentraler Hebel sein kann, um unser Gesundheitswesen fundamental zu verändern. Wir stehen vor großen Herausforderungen – die Transformation hin zu einem nachhaltigen und am Menschen orientierten Gesundheitswesen muss uns gelingen. Transparenz legt unsere aktuelle Mengen-Orientierung offen – viel hilft viel und bekommt viel Geld. Transparenz ist damit Treiber für mehr Qualitätsorientierung und einer echten Ausrichtung am Menschen. Ich denke, dafür lohnt sich der Aufwand.

Dr. Gertrud Demmler
Vorständin



Mit gutem Beispiel voran

WAS IST NEU DIESES JAHR?



Seit diesem Jahr gibt es eine offizielle GKV-weite Empfehlung zu einheitlichen Transparenz-kennzahlen. Erarbeitet wurde diese im GKV-Spitzenverband, mit aktiver Beteiligung der SBK als Vertreterin der BKK-Gemeinschaft. Die Empfehlung – zu der sich jetzt schon einige Krankenkassen freiwillig verpflichtet haben – enthält viele Zahlen und Quoten, die die SBK bereits seit Jahren veröffentlicht. Als Vorreiterin in Sachen Qualitätstransparenz freuen wir uns über diese Entwicklung, die im Jahr 2023 nicht zuletzt auch der Gesetzgeber aktiv aufgegriffen hat und sich für eine verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen ausspricht.

Die GKV-Empfehlung enthält 45 Qualitätskennzahlen aus den folgenden Bereichen:

- Zahlen und Quoten zu Widersprüchen und Klagen, unterteilt nach Krankenversicherung und Pflegeversicherung
- Genehmigungs- und Ablehnungsquoten wichtiger Leistungsbereiche wie Vorsorge und Reha, Krankengeld oder Zahnersatz etc.
- Zahlen zur Patientensicherheit inkl. sozialmedizinischer Begutachtung
- Und besonders wichtig: die Bezugsgröße 100.000 Versicherte. Nur so können Kundinnen und Kunden die Zahlen der verschiedenen Kassen untereinander vergleichen

Darf's ein bisschen mehr sein?

Darüber hinaus veröffentlichen wir – wie auch schon in den letzten Jahren – weitere Kennzahlen, die für uns wichtige Qualitätsmerkmale darstellen. Diese sind:

- die Anzahl an Beschwerden
- die Bearbeitungsdauer von Anträgen für Hilfsmittel, Kinderkrankengeld, Psychotherapie und weitere Leistungen
- die Ergebnisse unserer jährlichen, repräsentativen Versichertenbefragung
- die Bewertungen der Meine SBK-App

BESCHWERDEN UND WIDERSPRÜCHE

JEDE KRITIK BRINGT UNS WEITER

Unsere Definition einer Beschwerde

Die SBK definiert Beschwerden als Äußerungen von Versicherten, deren Erwartungshaltung nicht erfüllt wurde, d.h. die Kundin oder der Kunde ist unzufrieden. Das passierte 2022 gut 25.000 Mal. Bei der Erfassung einer Beschwerde geht es ausschließlich um die Sicht der Versicherten.

Rückmeldungen werden auch als Beschwerde gewertet, wenn die SBK an der Ursache nichts ändern kann – beispielsweise aufgrund politischer Rahmenbedingungen oder weil eine ärztliche Behandlung Grund der Verärgerung war.

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 eindeu-

tig, wann der Antrag aufgrund von Postlaufzeiten eintrifft. Auch wenn Versicherte ein Schreiben der SBK erhalten und daraufhin Rückfragen stellen, verbucht 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.

Das SBK-Qualitätsmanagement

Um Kritik noch besser zu begegnen, gibt es in der SBK bereits seit rund 15 Jahren das


25.370

Beschwerden (ohne Widersprüche)



„Zufriedene Kundinnen und Kunden sind unser höchstes Gut. Gerade deshalb wollen wir erfahren, wenn etwas mal nicht so gut lief. Jede Beschwerde ist unsere Chance, es wieder gut zu machen und künftig besser zu werden. Unser Kundenberatungsteam sowie das interne Qualitätsmanagement steuern die Prozesse, so dass unsere Kundinnen und Kunden sich auch im Beschwerdefall auf uns verlassen können – und das mit einer Reaktionszeit von 24 Stunden. Das ist unser Qualitätsversprechen.“

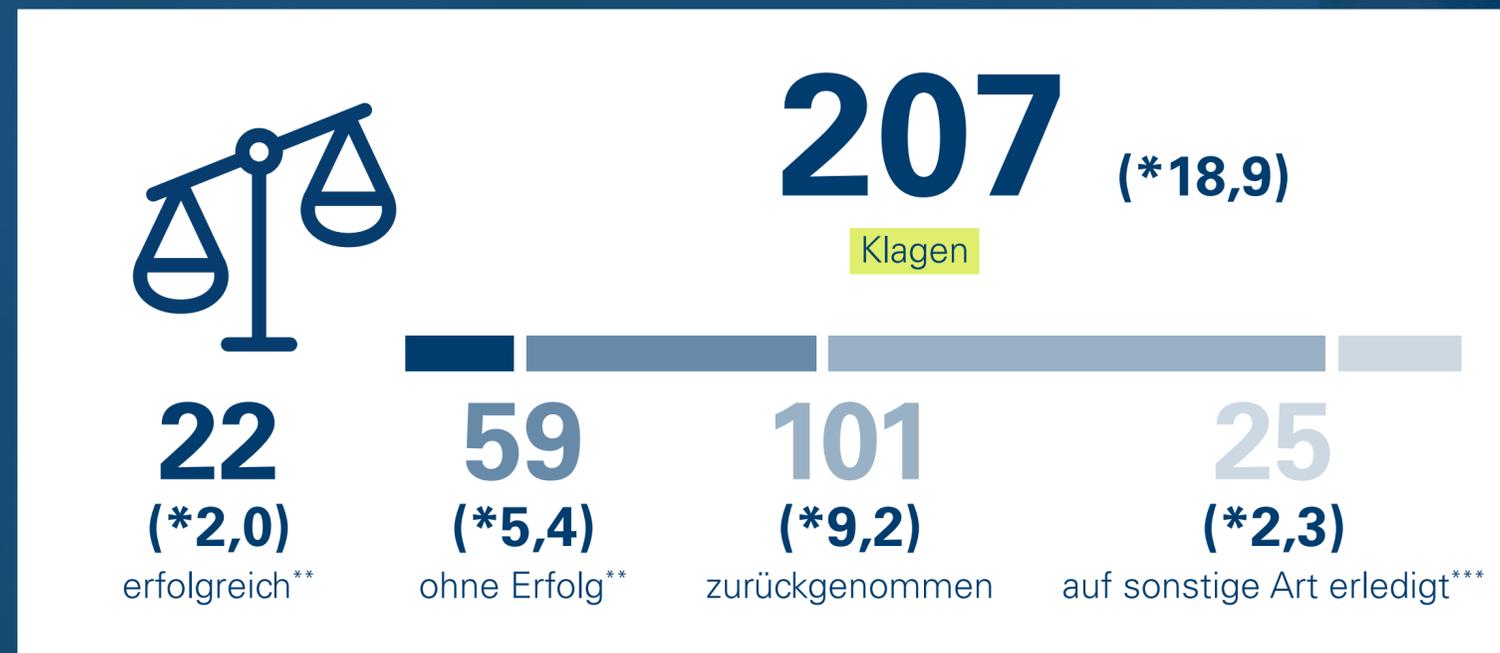
Kerstin Schilling

Teamleiterin Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement. Äußern Versicherte ihre Verärgerung, greift der Beschwerdeprozess der SBK. Neben der persönlichen Kundenberatung, die Beschwerden und Rückmeldungen entgegennimmt, gibt es ein zentrales Kundenservice-Team. Anliegen, Beschwerden, aber auch Lob werden systematisch erfasst und nach Kategorien unterteilt, um anschließend die richtigen Ableitungen zu treffen. Denn es ist der Anspruch der SBK, dass Versicherte innerhalb von 24 Stun-

den 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 sie aus jeder einzelnen Kritik noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten ziehen.

KRITIK IN ZAHLEN KRANKENVERSICHERUNG



*je 100.000 Versicherte



Kurz erklärt – das Widerspruchsverfahren

Nachdem bei einer Kranken- oder Pflegekasse ein Leistungsantrag gestellt wurde, prüft diese, ob ein Anspruch auf die beantragte Leistung besteht. Meistens gewährt sie die Leistung so wie beantragt. Es kann aber auch vorkommen, dass eine Alternative genehmigt werden muss oder dass der Antrag ganz abgelehnt wird. Diese Entscheidung teilt die Krankenkasse in einem offiziellen Bescheid mit. Gegen eine Ablehnung können Versicherte Widerspruch einlegen. Die Zahl der Widersprüche ist von vielen Faktoren abhän-

gig. Manchmal liegt es an schwer nachvollziehbaren gesetzlichen Regelungen, manchmal an formalen und für die Betroffenen zu langwierigen Verfahren, wie z.B. bei der Pflegebegutachtung. Ein gutes Entscheidungs- und Widerspruchsverfahren einer Krankenkasse gelingt dann, wenn Entscheidungen schnell, verständlich und für die Versicherten nachvollziehbar kommuniziert werden. Auch deshalb ist es der SBK wichtig, den Prozess und die Erfahrungen ihrer Versicherten transparent zu machen und daraus zu lernen.

** aus Sicht der Versicherten

*** Als Erledigung auf sonstige Art gelten z.B. Erledigungen durch Vergleich, Urteile mit teilweiseem Erfolg oder eingestellte Fälle durch Tod der Klägerin/des Klägers.

KRITIK IN ZAHLEN PFLEGEVERSICHERUNG



2.529 (*230,9)

Widersprüche

*je 100.000 Versicherte

1.137
(*103,8)

erfolgreich**

438
(*40)

ohne Erfolg**

910
(*83,1)

zurückgenommen

44
(*4,0)

auf sonstige Art erledigt***



2,3

Quote der Widersprüche

im Berichtsjahr
pro 1.000 Versicherte



65 (*5,9)

Klagen

14
(*1,3)

erfolgreich**

9
(*0,8)

ohne Erfolg**

35
(*3,2)

zurückgenommen

7
(*0,6)

auf sonstige Art erledigt***

** aus Sicht der Versicherten

*** Als Erledigung auf sonstige Art gelten z.B. Erledigungen durch Vergleich, Urteile mit teilweiseem Erfolg oder eingestellte Fälle durch Tod der Klägerin/des Klägers.



GENEHMIGUNGSQUOTEN UND BEARBEITUNGSDAUER

LEISTUNG, DIE ANKOMMT Wichtige Genehmigungs- quoten im Überblick

Wer unzufrieden mit seiner Krankenkasse ist und wechseln will, hat meist nur zwei Kriterien im Blick – den Zusatzbeitrag und den Leistungsumfang der Krankenkasse. Beide Punkte sind einfach vergleichbar, vor allem, weil zahlreiche, teils kommerziell agierende Kassenportale darüber Auskunft geben. Wer eine informierte Entscheidung zur Wahl einer Krankenkasse treffen will, sollte aber auch wissen, wie das Genehmigungsverhalten und die Leistungsbereitschaft einer Kasse ist.

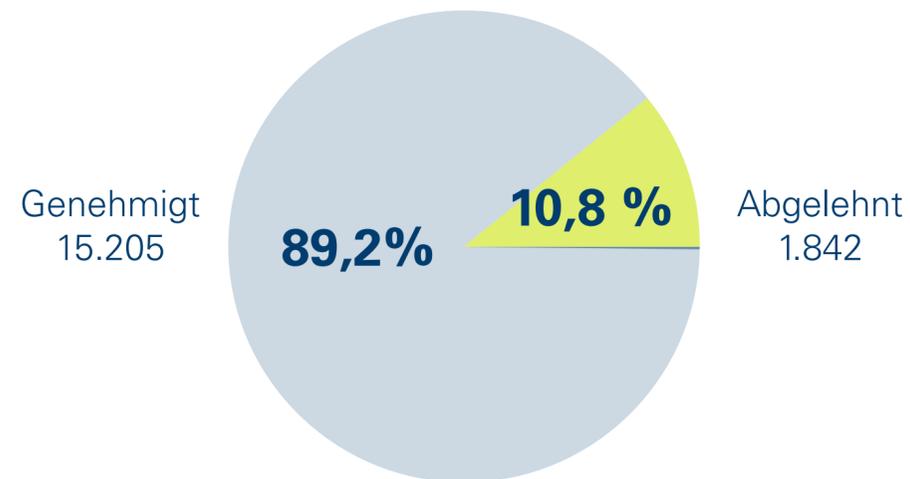


Vorsorge und Rehabilitation

Ambulant und stationär

Anträge

17.047*



Anträge je 100.000
Versicherte **1.556**

1.388 Genehmigungen

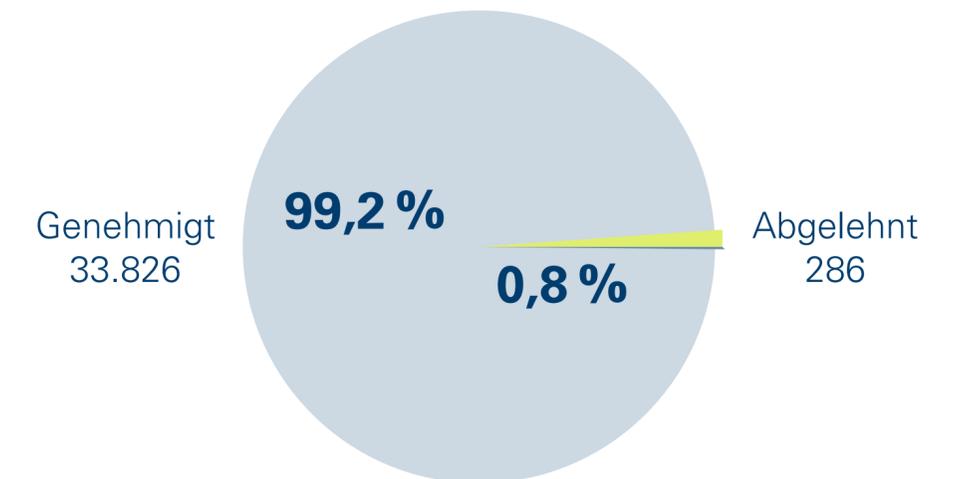
168 Ablehnungen



Krankengeld

Anträge

34.112**



Anträge je 100.000
krankengeldberechtigte Mitglieder **6.337**

6.284 Genehmigungen

53 Ablehnungen

* Als Anträge gelten alle im Berichtsjahr erledigten Anträge, unabhängig vom Zeitpunkt der Antragstellung.

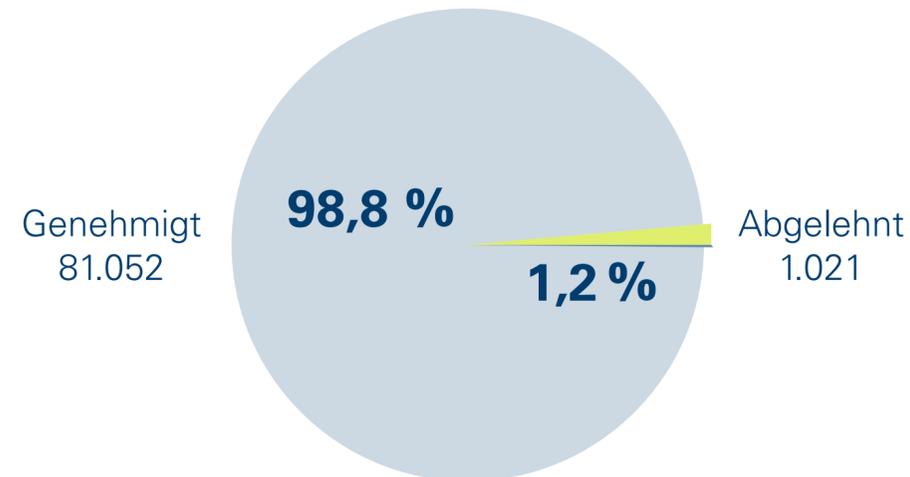
** Als Anträge gelten alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankengeldfälle, mit Ausnahme der Fälle des Kinder-Krankengeldes und des Krankengeldes nach § 44b SGB V.

Wir veröffentlichen Genehmigungs- und Ablehnungsquoten für sechs Bereiche, die für Versicherte besonders relevant sind und häufig beantragt werden. Ihre volle Aussagekraft entfalten die Zahlen vor allem dann, wenn sie mit denen von anderen Krankenkassen vergleichbar sind. In diesem Bereich ist uns 2023 ein kleiner Durchbruch gelungen: So hat der GKV-Spitzenverband eine Empfehlung zu freiwilligen Mindestkriterien vorgelegt. Und auch der Gesetzgeber plant, im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) eine Veröffentlichungspflicht von Qualitätskennzahlen einzuführen.



Zahnersatz

Anträge
82.073*



Anträge je 100.000
Versicherte **7.494**

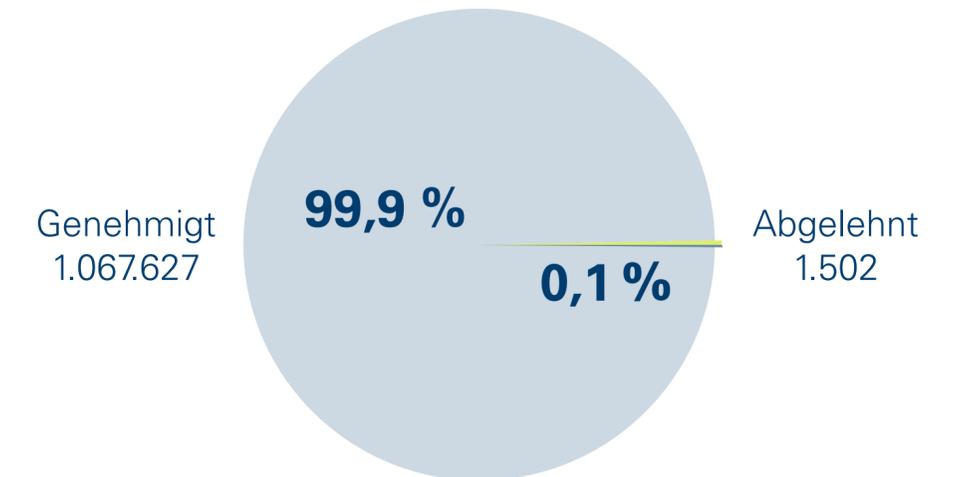
7.401 Genehmigungen

93 Ablehnungen



Hilfsmittel

Anträge
1.069.129**



Anträge je 100.000
Versicherte **97.627**

97.490 Genehmigungen

137 Ablehnungen

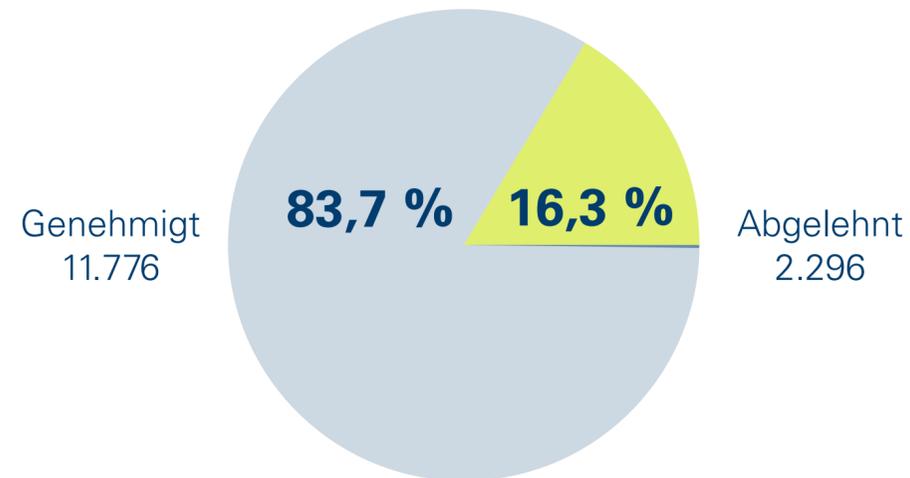
* Als Anträge gelten alle im Berichtsjahr entschiedenen (genehmigte oder abgelehnte) Fälle der Zahnersatzversorgung einschließlich der genehmigungsfreien, im Berichtsjahr abgerechneten Fälle.

** Als Anträge gelten alle im Berichtsjahr entschiedenen (abgerechnete oder abgelehnte) Fälle.



Pflege

Erstanträge
14.072*



Anträge je 100.000
Versicherte **1.285**

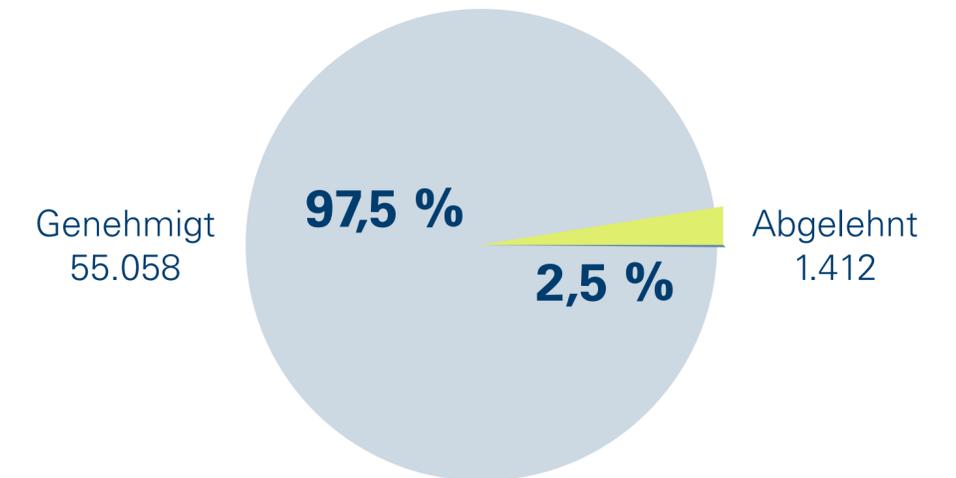
1.075 Genehmigungen

210 Ablehnungen



Häusliche Krankenpflege**

Anträge
56.470



Anträge je 100.000
Versicherte **5.157**

5.029 Genehmigungen

128 Ablehnungen

* Als Anträge gelten alle im Berichtsjahr erledigten Anträge, unabhängig vom Zeitpunkt der Antragstellung.

** Ohne außerklinische Intensivpflege.

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 darauf ankommt? Vor diesem Hintergrund veröffentlichen wir die Bearbeitungsdauer für sechs 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. Momentan ist das noch schwer möglich. Deshalb setzen wir uns für gemeinsame Standards unter den Krankenkassen ein, um größtmögliche Qualitätstransparenz zu schaffen.

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 Bearbeitungszeit (Median)

	Haushaltshilfe	2 Tage
	Hilfsmittel	2,7 Tage
	Kinderkrankengeld	1,5 Tage
	Psychotherapie	1 Tag
	Vorsorge/Reha	2 Tage
	Zahnersatz	1 Tag



JÄHRLICHE REPRÄSENTATIVE VERSICHERTENBEFRAGUNG (JRV)

ZUHÖREN. LERNEN. WACHSEN.

So zufrieden sind die Kundinnen und Kunden der SBK

Über 5.600 Rückmeldungen gingen dieses Jahr bei der jährlichen Versichertenbefragung der SBK ein. In vielen Punkten stellen die Versicherten der SBK ein gutes Zeugnis aus. Natürlich gibt es auch Anstöße für Verbesserungen. Mit dem Feedback der Versicherten kann sich die SBK gezielt weiterentwickeln.

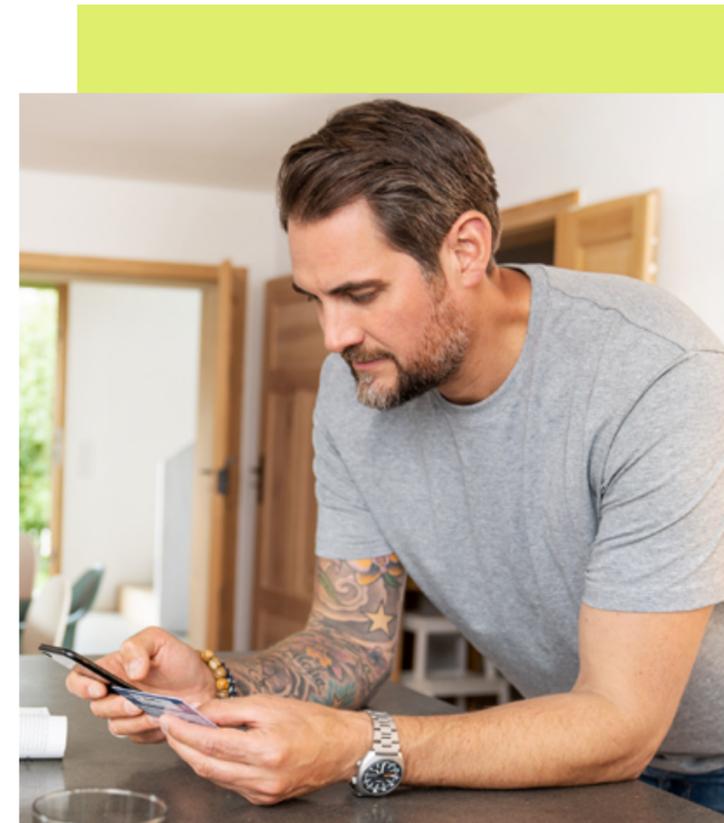
Die große Mehrheit der Versicherten ist mit den Leistungen der SBK zufrieden. 80 Prozent geben dies an. Im Vergleich zum Vorjahr kann die SBK das Niveau aber nicht ganz halten: **Die Gesamtzufriedenheit sinkt leicht von 83 auf 80 Prozent. Ein Erklärungsansatz dafür ist die notwendige Erhöhung unseres Zusatzbeitrags zum Jahreswechsel 2022/2023. Hier erging es uns wie den meisten gesetzlichen Krankenkassen.** Ein weiterer Grund liegt in der aktuellen Wirtschaftslage: Inflationen und Preissteigerungen schlagen sich in diesem Jahr in der Kundenzufriedenheit vieler Branchen nieder. Das spüren viele Unternehmen, auch die SBK.

Trotz leicht sinkender Zufriedenheitswerte weisen unsere Kundinnen und Kunden nach wie vor eine sehr hohe Gesamtzufriedenheit und eine außerordentlich hohe Loyalität zur SBK auf. Der Anteil der Versicherten, die uns in den letzten drei Jahren weiterempfohlen haben, ist sogar um einen Prozentpunkt auf 59 Prozent gestiegen.

Neben den Erkenntnissen in den Bereichen Zufriedenheit und Loyalität zeigen uns die aktuellen Ergebnisse der jährlichen Versichertenbefragung einige Handlungsfelder auf. **Deutlich wird: Gerade in unsicheren Zeiten ist die persönliche Kundenberatung für die Versicherten wichtiger denn je.** Ein individueller Service und ein empathisches Beratungsgespräch mit dem Versicherten machen den Qualitätsunterschied aus. Sie ermöglichen es uns, unsere Services noch mehr an den Bedürfnissen unserer Kundinnen und Kunden auszurichten. Das wird auch in Zukunft eines unserer Kernthemen bleiben. Was wir auch gelernt haben: Wir müssen uns noch stärker auf die

Bedürfnisse und Erwartungen junger Menschen einstellen. Wann und wie kann Krankenversicherung einen Mehrwert bieten? Auch der Ausbau der digitalen Services mit hoher Nutzerfreundlichkeit bleibt ein Schwerpunkt unserer Arbeit.

Grund zum Feiern gibt uns das Ergebnis einer weiteren Studie: Mit einer Durchschnittsnote von 1,84 belegt die SBK im Kundenmonitor* Deutschland 2022 den ersten Platz und ist damit Testsieger in der Branche der gesetzlichen Krankenkassen. Der Kundenmonitor Deutschland, herausgegeben von der ServiceBarometer AG, wurde 1992 als wissenschaftliches Forschungsprojekt etabliert, um aussagekräftige und methodisch abgesicherte Kennzahlen zur Kundenorientierung einzelner Branchen zu liefern.



„UNSERE VERSICHERTEN ZEIGEN UNS WO WIR BESSER WERDEN KÖNNEN.“

3 Fragen an Dr. Michael Oechsle, den Experten hinter der SBK-Kundenbefragung



Herr Oechsle, Sie betreuen bereits seit einigen Jahren die jährliche Versichertenbefragung der SBK. Wie fällt Ihr Fazit aus?

Seit der letzten Erhöhung des Zusatzbeitrags im Jahr 2016 konnten wir unsere Kundenzufriedenheitswerte kontinuierlich steigern. In diesem Jahr sind die Zufriedenheit und auch die Loyalität unserer Kundinnen und Kunden leicht zurückgegangen. Vor allem die anhaltende Inflation und die damit verbundenen Ängste führen derzeit zu allgemein hohen Unzufriedenheitswerten bei den Menschen. Dieses Phänomen zeigt sich nicht nur bei den Krankenkassen, sondern auch in vielen weiteren Branchen wie z.B. dem Handel oder dem Energiesektor. Es bleibt spannend, wie sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren auf die Verbraucherzufriedenheit auswirken wird.

Mit welchem Ergebnis sind Sie besonders zufrieden?

Besonders freut mich, dass der Anteil der Kundinnen und Kunden, die uns in den letzten drei Jahren weiterempfohlen haben, leicht angestiegen ist. Zudem erhalten wir von unseren Versicherten viele gute Anregungen und Ideen, was wir noch besser machen können. So haben wir in diesem Jahr beispielsweise Rückmeldungen zur Handhabung der App oder zur Verbesserung des Leistungskatalogs und des Bonusprogramms erhalten. **Insgesamt haben wir bei der diesjährigen Versichertenbefragung über 1.000 Anregungen und Verbesserungsvorschläge erhalten und werden im weiteren Verlauf prüfen, was wir umsetzen können und was nicht.** Auf diesem Weg erhalten wir auch viel Lob und Zuspruch von unseren Versicherten, was uns in unserer täglichen Arbeit bestätigt.

Gibt es ein Ergebnis, mit dem Sie weniger zufrieden sind? Wo kann sich die SBK verbessern?

Unter anderem wollen wir uns im Beschwerdemanagement verbessern. Die Beschwerden sind bei sensiblen Gesundheitsthemen verständlicherweise oft sehr emotional. Die größte Herausforderung besteht darin, einfühlsam und verständlich zu kommunizieren – vor allem, wenn es um gesetzliche Vorgaben geht. Unser Ziel ist es, den vorgegebenen gesetzlichen Rahmen bestmöglich im Sinne unserer Versicherten auszuschöpfen und individuelle Lösungen zu finden. Wo wir an die Grenzen des Machbaren stoßen, muss es uns gelingen, die Versicherten durch eine verständliche und einfühlsame Kommunikation abzuholen und gemeinsam nach Alternativen zu suchen. Gelingt uns dies nicht und es kommt trotzdem zur Beschwerde, nutzen wir diese Rückmeldung, um daraus zu lernen und besser zu werden.

ZUFRIEDENHEIT IN ZAHLEN

Gesamtzufriedenheit: **80%***



Versicherte, die die SBK wieder wählen würden: **87%****



Zufriedenheit mit der persönlichen Kundenbetreuung: **80%***



Versicherte, die langfristig SBK-Mitglied sein werden: **90%****



Versicherte, die die SBK weiterempfehlen würden: **86%****



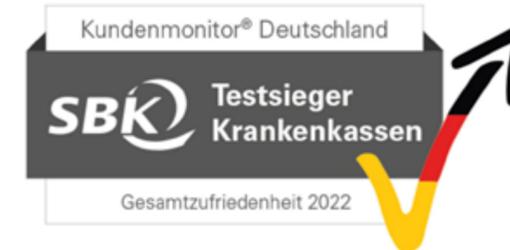
Verärgerungsquote: **18%**



Versicherte, die die SBK bereits in den letzten 3 Jahren weiterempfohlen haben: **59%**



Beschwerdeartikulationsquote: **54%**



In der Kategorie **Gesamtzufriedenheit des Kundenmonitors Deutschland 2022** erreicht die SBK mit einem Mittelwert von 1,84 den **1. Platz** und **ist damit Testsieger in der Branche der gesetzlichen Krankenkassen**. Die SBK ist somit die gesetzliche Krankenversicherung mit den zufriedensten Kunden.***

* Vollkommen zufrieden oder sehr zufrieden.

** Stimme voll zu oder stimme sehr zu.

*** Die Ergebnisse des Kundenmonitors basieren auf den Aussagen von 11.111 gesetzlich Versicherten. Der Kundenmonitor® Deutschland, herausgegeben von ServiceBarometer AG, wurde 1992 als wissenschaftliches Forschungsprojekt etabliert, um aussagekräftige und methodisch abgesicherte Kennzahlen zur Kundenorientierung einzelner Branchen zu liefern. Quelle: <https://www.servicebarometer.net/kundenmonitor/de>

MEINE SBK

DIGITAL & NAH:

Mehr als jeder zweite Versicherte nutzt die Meine SBK-App

Bewertungen Meine SBK-App

Durchschnittliche Anzahl der Sterne, die seitens der App-Nutzerinnen und -Nutzer vergeben wurden.

4,7 Sterne von 5 Sternen (Apple/iOS)

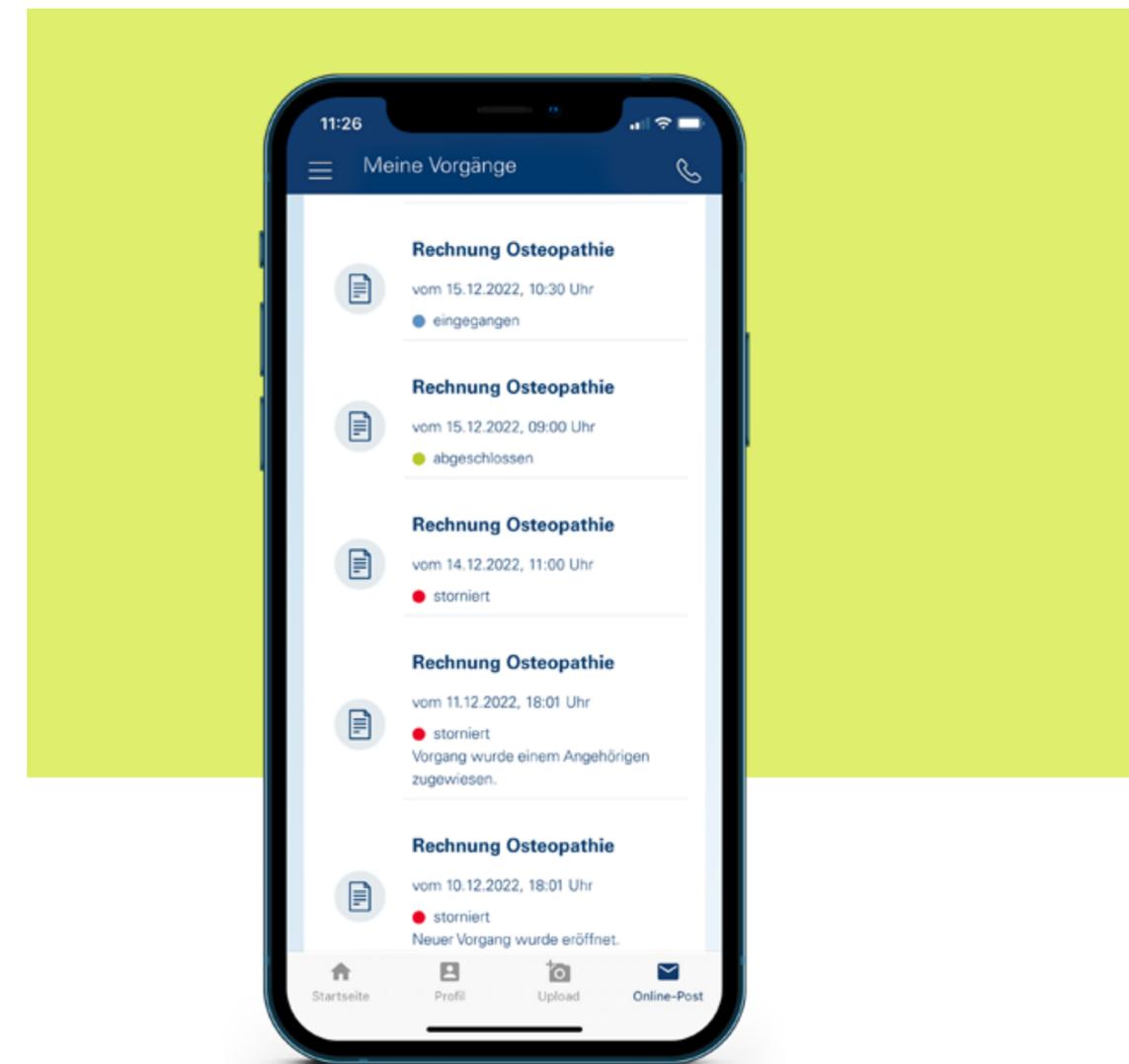
4,6 Sterne von 5 Sternen (Android)

2022 hatte Meine SBK insgesamt 591.753 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Das sind 62,1 % der berechtigten SBK-Versicherten)*

Immer mehr Kundinnen und Kunden bevorzugen die digitale Kommunikation. Vor allem seit der Corona-Pandemie ist die Nutzung der Online-Geschäftsstelle Meine SBK nochmals deutlich gestiegen. Im Jahr 2022 waren 591.753 Teilnehmerinnen und Teilnehmer für Meine SBK registriert. Das sind über 20.000 mehr als 2021. Der Blick auf die Kundenbewertungen für die **Meine SBK-App zeigt: Mit 4,7 bzw. 4,6 von 5 Sternen ist die Kundenzufriedenheit überdurchschnittlich hoch.** Besonders beliebt sind die Funktionen Online-Post, der digitale Dokumenten-Upload sowie der Echt-

zeit-Antragsstatus. So können unsere Kundinnen und Kunden ihre Anliegen in Meine SBK schnell, bequem und rund um die Uhr erledigen - ganz ohne Öffnungszeiten und Telefonsprechstunden.

Ab Herbst 2023 wird das Angebot noch integrierter. Der Meine SBK-Account wird zum übergreifenden SBK-Account. Statt vieler Log-in-Daten gibt es dann nur noch einen universellen Zugang zu den digitalen Services von Meine SBK, der SBK-Patientenakte und der E-Rezept-App – für mehr digitale Ordnung und Vereinfachung.



PATIENTENSICHERHEIT

MIT SICHERHEIT GUT VERSORGT

Wenn es auf fachkundige Unterstützung ankommt



Die Gesundheitsversorgung in Deutschland bewegt sich auf höchstem Niveau. Trotzdem kommen fehlerhafte Behandlungen, mangelhafte Versorgung oder Fehler in der 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 anschließend für Rechtsbeihilfe und Schadensersatzansprüche nutzen.

Das SBK-Behandlungs- fehlertelefon

- 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 18.00 Uhr, außer an Feiertagen)
- Aus dem Ausland unter **+49 89 444 570 90** zu den dort geltenden Telefongebühren

PATIENTENSICHERHEIT 2022 IN ZAHLEN

Anzahl Unterstützungsfälle:



499 **Versicherte** wurden von der SBK aufgrund des Verdachts auf einen ärztlichen Behandlungsfehler unterstützt.

45,6 pro 100.000 Versicherte wurden von der SBK wegen des Verdachts auf einen Behandlungsfehler unterstützt.

Anzahl Unterstützungsfälle mit sozialmedizinischer Begutachtung*:

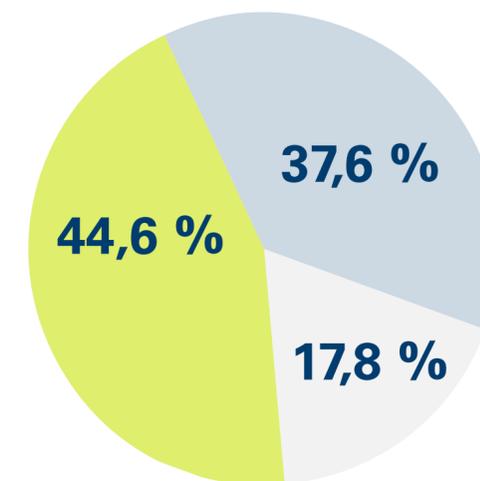


Für **202** **Unterstützungsfälle** wurde eine sozialmedizinische Begutachtung beauftragt. Die Begutachtung erfolgt über den Medizinischen Dienst.

18,4 pro 100.000 Versicherte



90 mit nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht



76 mit noch andauernder Begutachtung

36 mit bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht



530 **Beratungen** wurden über das Behandlungsfehlertelefon angenommen und durchgeführt.

* Als Unterstützungsfälle mit sozialmedizinischer Begutachtung werden alle Fälle gewertet, in denen im Berichtsjahr eine sozialmedizinische Begutachtung veranlasst wurde, unabhängig davon, ob im Berichtsjahr auch das abschließende Ergebnis vorliegt.



RÜCKBLICK UND AUSBLICK

2022 IN ZAHLEN



über **591.753**
Versicherte nutzen die **Meine SBK-App**,
das sind **62,1%**
der berechtigten Versicherten

1.747

Mitarbeiter*innen und



209

Auszubildende beraten in

221.712



SBK-Versicherte waren
2022 im **Krankenhaus**

853.296

Dokumente wurden online an unsere
Versicherten verschickt



88

Geschäftsstellen

7.442



SBK-Kundinnen haben
Mutterschaftsgeld erhalten



2.230.000

Telefongespräche von Kundinnen und Kunden
hat die SBK angenommen und geführt

1.095.115

Versicherte



Physiotherapie,
Ergotherapie und Co.:

3.910.000

Briefkontakte mit Kundinnen und Kunden



Die Ausgaben für
Krankengeld betragen



221.075.573 €

216.644

Mal erhielten SBK-Versicherte
eine **Heilmittel**-Therapie

// ZWEI SEITEN EINER MEDAILLE:
**QUALITÄTSTRANSparenZ BRAUCHT
VERSICHERTEN-FEEDBACK.“**

Olaf Rosenfeld setzt sich für mehr Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen ein



Herr Rosenfeld, Sie beschäftigen sich seit vielen Jahren mit dem Thema Qualitätstransparenz. Wie fällt Ihr Fazit zum diesjährigen Bericht und den Zahlen aus?

Wir haben uns dieses Jahr zum ersten Mal an den neuen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands orientiert. Die Empfehlungen enthalten 45 Qualitätskriterien zu Genehmigungs- und Ablehnungsquoten, Zahlen aus dem Widerspruchs- und Klagewesen, sowie Angaben zur Patientensicherheit wie z.B. der Behandlungsfehlerberatung. Außerdem gilt als neue Vergleichsgröße die Zahl pro 100.000 Versicherte. Das ist wichtig, da die Zahlen von großen versus kleinen Krankenkassen natürlich ganz anders aussehen und sonst nicht vergleichbar wären. Ich freue mich, dass wir es als Kassengemeinschaft geschafft haben, einheitliche Kriterien festzulegen und bin deswegen sehr gespannt die diesjährigen Transparenzberich-

te zu sichten. Für uns als SBK können wir auch einige erfreuliche Ergebnisse dieses Jahr verbuchen. So konnten wir z.B. in einigen Bereichen die Bearbeitungszeiten verringern, beim Kinderkrankengeld (von 2 auf 1,5 Tage) oder beim Zahnersatz (von 2 auf 1 Tag). Und auch die Widerspruchsquote ist gesunken: von 2,9 pro 1.000 Versicherte auf 2,7 Widersprüche an die Krankenkasse und 2,3 an die Pflegeversicherung. Das ist ein gutes Ergebnis, denn eine offene und transparente Kommunikation mit unseren Versicherten ist uns wichtig und es ist für uns ein wichtiges Qualitätskriterium, Entscheidungen verständlich und nachvollziehbar zu kommunizieren. Besonders gefreut hat es mich außerdem, dass unsere Kundinnen und Kunden diese Leistungsbereitschaft offenbar auch wahrnehmen. So wurde uns über die unabhängige Kundenbefragung Kundenmonitor Deutschland 2022 bestätigt, dass die SBK die Krankenkasse mit den zufriedensten Versicherten ist.



Olaf Rosenfeld ist seit 1998 bei der SBK und seit vielen Jahren im Bereich Qualitätsmanagement tätig. Er ist Initiator der BKK-Qualitätsinitiative – einem Best-Practice-Austausch unter den BKKen – und setzt sich im GKV-Spitzenverband für mehr Qualitätstransparenz und die Vereinheitlichung von Kennzahlen ein.

Was hat sich seit dem letzten Bericht auf der politischen Ebene getan?

Das Thema Qualitätstransparenz ist in aller Munde und die BKKen – allen voran die SBK – verstehen sich hier als Treiber im GKV-System. Viele größere BKKen veröffentlichen schon seit Jahren Transparenzkennzahlen und wir tauschen uns regelmäßig im Treffen der BKK-Qualitätsinitiative dazu aus. Ich bin außerdem Teil der Arbeitsgruppe Leistungstransparenz beim GKV-Spitzenverband. In dieser Funktion habe ich aktiv an der aktuellen Empfehlung mitgearbeitet und vertrete hier das gesamte BKK-System. Die Diskussionen waren nicht immer leicht, da es viele unterschiedliche Meinungen darüber gibt, welche Kennzahlen wichtig sind. In Summe ist es aber ein großer Erfolg, dass wir zu einem gemeinsamen Nenner gekommen sind. Ein wichtiger erster Schritt. Jetzt gilt es, die bestehenden Kennzahlen in ihrer Aussagekraft zu evaluieren und die Transparenzberichterstattung laufend weiterzuentwickeln. Auch der Gesetzgeber hat die Wichtigkeit nun erkannt und arbeitet an einem Gesetzentwurf, der die verpflichtende Veröffentlichung vorsieht. Für unsere Sache ist dies ein wichtiger Vorstoß.

Was sind die wichtigsten Qualitätskennzahlen für Kundinnen und Kunden und lässt sich die Qualität einer Kasse über diese Kennzahlen vollständig messen?

Wichtig für die Versicherten ist es, einen Einblick in das Leistungsgeschehen zu bekommen, also wie oft werden Leistungen genehmigt oder abgelehnt. Ein weiterer wichtiger Bereich ist das Widerspruchswesen: Wie viele Widersprüche und Klagen werden bearbeitet und wie oft sind diese erfolgreich. Auch die Bearbeitungszeit ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal für Versicherte. Die volle Aussagekraft entfalten diese Kennzahlen vor allem dann, wenn sie mit denen von anderen Krankenkassen vergleichbar sind. **Unsere Vision ist es deshalb, dass Versicherte in Zukunft auf den vielen bekannten Vergleichsportalen neben dem Zusatzbeitrag und den Leistungskatalogen auch die Qualitätskennzahlen vergleichen können.** Zahlen und Daten sind aber nur eine Seite der Medaille. Volle Qualitätstransparenz ist erst dann gegeben, wenn wir das Versicherten-Feedback mit einholen. Erst dann ergibt sich ein wirklich transparentes Bild über die Qualität in der Krankenkassenlandschaft. Auch für einen echten Qualitätswettbewerb ist das Feedback unerlässlich.

Olaf Rosenfeld
Fachexperte Qualitätsmanagement



Wir sind auf deiner Seite.