



Liebe Leserin, lieber Leser,

ich freue mich, Ihnen unseren aktuellen Qualitätstransparenzbericht vorzustellen. Wir wollen Ihnen mit diesem Bericht ein Bild davon vermitteln, wie wir Kundenorientierung verstehen. Wir zeigen auch, mit welchen großen Präventionskampagnen wir zur Gesunderhaltung beitragen und wie wir mit unserem betrieblichen Gesundheitsmanagement einen gesünderen Lebensstil unterstützen. Die Qualität einer Krankenkasse lässt sich daran festmachen, wie sie sich für die Gesundheit und Innovationen in der Versorgung einsetzt. Deshalb empfehle ich Ihnen auch, einen Blick in die Kapitel zu unseren Präventions- sowie Innovationsfonds-Projekten zu werfen.

Beispielsweise beim Zahnersatz, bei Hilfsmitteln oder wenn es um Pflege geht, ist es Aufgabe der Krankenkassen, Leistungen zu bewilligen. Deshalb finden Sie zu wichtigen Leistungsbereichen die Bewilligungsquoten in diesem Bericht. Wie alle anderen Krankenkassen auch, können wir leider nicht jedem Wunsch nachkommen, da wir an gesetzliche Vorgaben gebunden sind.



Guter Service ist entscheidend bei der Frage, wie man die Qualität einer Krankenkasse beurteilt. Im Mittelpunkt unseres Serviceversprechens steht, dass sich unsere Kundinnen und Kunden auf uns verlassen können, dass wir auf persönliche Beratung Wert legen, individuelle Lösungen finden, alle Anliegen so schnell wie möglich bearbeiten. Wir weisen unsere Kundinnen und Kunden aktiv auf Mehrleistungen und Serviceangebote hin, passend zu jeder Lebenssituation.

Selbstverständlich finden Sie auch Kennzahlen zu unserem Service in diesem Bericht. Über 14 Millionen Anrufe gehen jedes Jahr bei uns ein. Wir bekommen jährlich gut 18 Millionen Briefe und rund 1,3 Millionen E-Mails. Hinter jedem Anruf, jedem Brief,

jeder E-Mail stehen ganz persönliche Erwartungen, individuelle Schicksale und Fragen rund um das persönlichste Thema überhaupt: die Gesundheit.

Sie finden in unserem Qualitätstransparenzbericht noch viele weitere interessante Einblicke in unsere Arbeit. Wenn Sie bei uns versichert sind, sind Sie hoffentlich zufrieden mit uns, unseren Leistungen und unserem Service. Sollten sie mit uns einmal nicht zufrieden sein, sagen Sie es uns bitte. Damit helfen Sie uns, besser zu werden. Aus Kritik können wir nur lernen. Unser Anspruch ist es, ein guter und verlässlicher Partner für unsere Versicherten zu sein.



Ihr Andreas Storm



KUNDENORIENTIERUNG

Immer im Fokus:

u n s e r e K u n d i n n e n u n d K u n d e n

Unsere Versicherten stehen im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns. Dabei geht es nicht nur um eine hochwertige Beratung – es geht auch darum, unseren Kundinnen und Kunden aktiv zuzuhören und uns um ihre Anliegen zu kümmern. Das ist unser Selbstverständnis und unser Auftrag. Denn die Zufriedenheit unserer Versicherten liegt uns am Herzen. Um ihre Wünsche und Bedürfnisse noch besser erfüllen zu können, binden wir sie in unsere Entwicklungsprozesse von Produkten oder neuen Leistungen intensiv ein. Das erfolgt in Form qualitativer Interviews oder anonymer Befragungen. Wir finden: Das Feedback unserer Versicherten ist wichtig, um passgenaue Lösungen im Sinne unserer Kundinnen und Kunden umzusetzen. Mit agilen Strukturen können wir schnell und kundenzentriert auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren. So können wir flexibel und qualitativ hochwertig agieren und unseren Kundinnen und Kunden Leistungen und Produkte so anbieten, wie sie diese benötigen: individuell mit einem hohen Mehrwert.



Kathrin Gronau
Chief Customer Officer
(CCO) bei der
DAK-Gesundheit

2021

SERVICE IM ÜBERBLICK

319

Servicezentren
bundesweit

2.567.387

E-Mails
gingen ein

11.481.381

Visits auf der
DAK-Webseite

1.037.605

aktive Kontakte in
der Kundenberatung

14.331.790

eingehende
Telefonate

96.614

Beratungen bei der
DAK Medizin-Hotline

8.660

Kontakte via
Arztermin-Service-Hotline

927.339

(aktivierte) Nutzerinnen und Nutzer
Meine DAK (davon 492.498 DAK-App)

36.946

Prozesse über
Gesundheitsterminals

18.019.813

Briefe im
Posteingang

154.358

Kontakte in der
persönlichen Chat-Beratung

41

Sekunden durchschnittliche
Wartezeit auf den Chat



LEISTUNGEN

EINLEITUNG

In diesem Abschnitt sehen Sie, was den **Unterschied** ausmacht.

Die DAK-Gesundheit hat sich zum Ziel gesetzt, kundenorientiert zu handeln. Das heißt auf die Bedürfnisse von Versicherten, Patientinnen und Patienten mit einer verständlichen Kommunikation einzugehen und individuelle Angebote und Leistungen anzubieten. Dazu gehören unter anderem

- **Selektivverträge**, die die Versorgung über das Gewohnte hinaus verbessern und dazu beitragen, dass Erkrankte schneller wieder gesund werden
- **Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)**, die nachhaltig die Versorgung im Fall von chronischen Erkrankungen unterstützen
- **Digitale Lösungen**, die bei Gesundheit und Pflege mit großem Nutzen zur Seite stehen

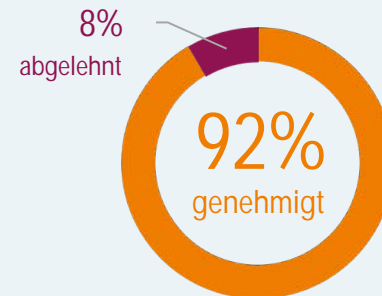
Wenn es um die Versorgung geht, setzt die DAK-Gesundheit konsequent auf Qualität und stetige Verbesserung. Neben unserem Leistungsversprechen ist uns eine klare und offene Kommunikation wichtig. Deshalb finden Sie in diesem Abschnitt auch zahlreiche Kennziffern, die einen Einblick in die Arbeit unserer Kasse geben.





Zahnersatz

Krone, Brücke, Implantate – Zahnersatz ist oft kostspielig. Die gute Nachricht: Die DAK-Gesundheit zahlt immer mindestens 60 Prozent als Festzuschuss zum medizinisch notwendigen Zahnersatz.

Versicherte müssen höchstens 40 Prozent der Kosten zahlen. Mit Bonuszuschuss sogar nur 30 oder 25 Prozent. Können sich Versicherte ihren Eigenanteil nicht leisten, greift die Härtefallregelung. Dann übernimmt die DAK-Gesundheit die Kosten komplett. Und mit der Zahnzusatzversicherung DAK Plus Zahn können Versicherte ihren Eigenanteil bis auf null Euro reduzieren – auch ohne Härtefallregelung.

Übrigens helfen wir auch schon im Vorfeld, Kosten zu sparen: Mit DentNet, einem Netzwerk von Zahnärztinnen und Zahnärzten, die unter anderem Zahnersatz und Implantate zu vergünstigten Preisen anbieten.

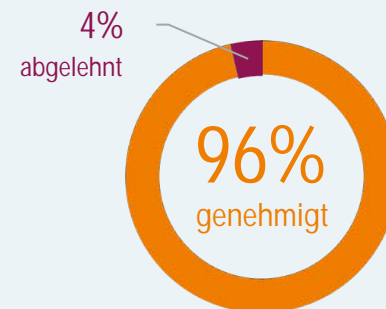


-  805.620 Anträge
-  737.541 genehmigt
-  68.079 abgelehnt
-  3,10 Tage durchschnittliche Bearbeitungsdauer

Hilfsmittel

Hilfsmittel steigern nicht nur die Lebensqualität von Menschen mit Beeinträchtigungen. Sie machen es häufig erst möglich, aktiv am Leben teilzunehmen.

Die DAK-Gesundheit bewilligt alle Hilfsmittel, die Behandlungen unterstützen, ein dauerhaftes Handikap verhindern oder ausgleichen. Gegenstände, die ohnehin im alltäglichen Leben genutzt werden, sind keine Hilfsmittel. Bei allen technischen Produkten, für die sicherheitstechnische Kontrollen vorgeschrieben sind, übernehmen wir außerdem die technische Kontrolle und Wartung. Dazu gehören zum Beispiel Beatmungsgeräte. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt in der Regel zehn Prozent der Kosten, mindestens fünf und maximal zehn Euro. Bei Produkten zum Verbrauch wie Absaugkatheter, Kunststoffspritzen oder Inkontinenzhilfen beträgt die Zuzahlung im Monat für alle Hilfsmittel zusammen höchstens zehn Euro.



1.947.400 Anträge



1.876.339 genehmigt



71.061 abgelehnt



3,15 Tage durchschnittliche Bearbeitungsdauer

Krankengeld

Niemand ist gerne arbeitsunfähig. Dauert eine Krankheit länger, sind die Versicherten der DAK-Gesundheit finanziell abgesichert. Sie können sich darauf konzentrieren, wieder gesund zu werden.

Wir stellen sicher, dass das Krankengeld grundsätzlich innerhalb von 48 Stunden ausgezahlt wird. Der Krankengeldrechner auf unserer Website [dak.de](https://www.dak.de) hilft Versicherten, die ungefähre Höhe des Krankengeldes zu ermitteln.



188.395
Fälle

Zahlung
innerhalb von
48 Std.

95%
automatisierte
Bearbeitung

Kinderkrankengeld

Für berufstätige Eltern sind akute Erkrankungen ihrer Kinder oft eine große Herausforderung. Die Versicherten der DAK-Gesundheit sind auch in diesen Fällen finanziell abgesichert. Sie können sich darauf konzentrieren, ihre Kinder zu Hause zu pflegen.

Wir stellen sicher, dass das Kinderkrankengeld grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden ausgezahlt wird. Weitere Informationen zur Antragstellung sowie der Leistungshöhe finden Versicherte auf unserer Website [dak.de](https://www.dak.de).



257.413
Fälle

Zahlung
innerhalb von
24 Std.

95%
automatisierte
Bearbeitung

Mutterschaftsgeld

Wenn unsere Versicherten ein Baby erwarten, verändert sich ihr ganzes Leben – und damit auch die finanzielle Situation. Für die Zeit der Schutzfrist unterstützen wir mit Mutterschaftsgeld.

Wir stellen sicher, dass das Mutterschaftsgeld grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden ausgezahlt wird. Weitere Informationen zur Antragstellung sowie der Leistungshöhe finden Versicherte auf unserer Website dak.de.



38.534
Fälle

Zahlung
innerhalb von
24 Std.

95%
automatisierte
Bearbeitung

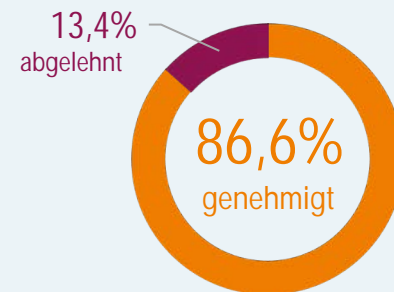
Vorsorge- und Reha-Leistungen

Als Krankenkasse unterstützt die DAK-Gesundheit ihre Versicherten in vollem Umfang bei der Genesung. Wir übernehmen die Kosten für Rehasport, ambulante und stationäre Maßnahmen im Rahmen von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

Eine Vorsorgemaßnahme dient dazu, die Gesundheit zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen. Diese können ambulant oder stationär notwendig sein.

Ob schwere Operation oder chronische Krankheit: Damit unsere Versicherten nicht aus ihrem Alltag gerissen werden, kann Rehasport oder eine ambulante Rehabilitation sinnvoll sein.

Wenn ärztliche Behandlungen und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind, kann ein Aufenthalt in einer Fachklinik helfen. Ziel ist eine ganzheitliche und nachhaltige Behandlung der körperlichen oder psychischen Beschwerden, die unsere Versicherten dabei unterstützen soll, wieder gesund zu werden.



179.454 Anträge



155.455 genehmigt



23.999 abgelehnt



13,93 Tage durchschnittliche Bearbeitungsdauer

Schwangerschaftsleistungen I

Jede Schwangerschaft ist etwas Besonderes. Wir als DAK-Gesundheit wollen die werdenden Mütter und Väter in dieser Zeit von Anfang an begleiten – mit umfassenden Leistungen, vielfältigen Services und mit Antworten auf viele Fragen.

Unsere Angebote rund um die Schwangerschaft gehen weit über den gesetzlichen Rahmen hinaus. Dazu zählen Leistungen wie das umfangreiche Programm „Willkommen Baby“ mit exklusiven medizinischen Zusatzleistungen, einer Risikoanalyse, einem Infektionsscreening, einer ausführlichen ärztlichen Geburtsberatung sowie dem BabyCare-Vorsorgeprogramm. Eine besondere App für werdende Eltern, das DAK Schwangerschaftscoaching, informiert und begleitet Schwangere Woche für Woche. In kleinen Videos beantwortet die Hebamme Swantje dort zudem die wichtigsten Fragen rund um die Schwangerschaft. Abgerundet wird das umfangreiche Angebot durch unsere exklusive Schwangerenberatung, die exklusive Elternberatung, eine Betreuung durch eine Hebamme und Hilfe bei der Hebammensuche.



12.478

Downloads App DAK
Schwangerschafts-
coaching

14.054

Teilnehmerinnen
bei „Willkommen
Baby“

Schwangerschaftsleistungen II

DAK MamaPLUS ist unser zusätzliches Vorsorgepaket für Schwangere.

Bei DAK MamaPLUS steht Versicherten ein Extra-Budget von bis zu 500 Euro zur Verfügung, aus dem sie in Absprache mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt flexibel und individuell Leistungen wählen. Dazu gehören zusätzliche Schwangerschaftsuntersuchungen wie Toxoplasmose- oder Glukosetoleranztests, eine Hebammenrufbereitschaft und zusätzliche Beratungsleistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, ein Geburtsvorbereitungskurs für den Partner oder die Partnerin, ein Online-Geburtsvorbereitungskurs und -Rückbildungskurs für Zweitmamas, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, eine Zahnprophylaxe für werdende Eltern und alternative Zahnfüllungen für Schwangere.

→ Weitere Informationen: dak.de/schwangerschaft



Top Erstattungen:

19,9%
Hebammen-
Rufbereitschaft

31,8%
Antikörper-
suchtests



24.771 Versicherte haben Leistungen aus DAK MamaPLUS in Anspruch genommen



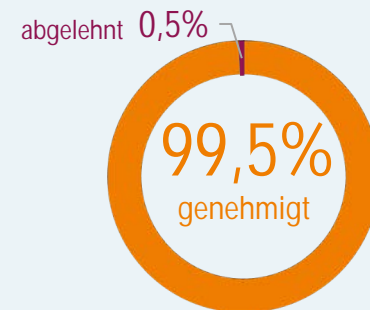
54.719 eingereichte Rechnungen

Pflegeleistungen I

Etwa 347.000 Menschen bei der DAK-Gesundheit werden von Ihren Angehörigen gepflegt. Wer pflegebedürftig ist oder sich um pflegebedürftige Angehörige kümmert, braucht Unterstützung.

Mehr als neun Millionen Anträge, Rechnungen und Maßnahmen zur Pflege werden von der DAK-Gesundheit jährlich genehmigt.

Den Pflegegrad beurteilt der Medizinische Dienst (MD) und dieses Verfahren erfordert meistens etwas Zeit. Die DAK-Gesundheit gibt Erst- und Höherstufungsanträge zur Pflege noch am gleichen Tag an den MD weiter. Rechnet man die Bearbeitungszeit des MD heraus, dauert die Bearbeitung sechs Tage.



-  9.239.061 Anträge
-  9.168.200 genehmigt
-  23.988 teilgenehmigt
-  46.873 abgelehnt

Pflegeleistungen II

Manchmal gibt es Situationen, in denen die Pflege zu Hause eine besondere Unterstützung braucht. Zum Beispiel, wenn die pflegende Person krank wird. Eine Ersatz- oder Verhinderungspflege oder auch eine Kurzzeitpflege können die Situation verbessern.

Kann Pflege durch eine Privatperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen nicht wie bisher erfolgen, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatz- oder Verhinderungspflege. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit solcher Anträge dauert bei der DAK-Gesundheit sieben Tage.

Ist eine Pflege zu Hause vorübergehend nicht möglich, können Angehörige oder Betroffene eine Kurzzeitpflege beantragen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit solcher Anträge beträgt drei Tage. Rechnungen werden im Durchschnitt innerhalb von sechs Tagen bearbeitet.



7 Tage

Durchschnittliche
Bearbeitungsdauer der
Verhinderungspflege

6 Tage

Durchschnittliche
Bearbeitungsdauer der
Kurzzeitpflege

Beispiele Pflege online

Angehörige zu pflegen ist fordernd. Oft fehlt die Zeit, an einem Pflegekurs teilzunehmen.



Der **DAK Pflegecoach**, ein digitales Angebot der DAK-Gesundheit, ist ein kostenloser Online-Pflegekurs und orientiert sich an den Prinzipien realer Pflegekurse, nutzt aber zusätzlich die Möglichkeiten des Internets, z. B. selbstgesteuertes Lernen, Selbst-Tests oder Animationen. Der DAK Pflegecoach ist jederzeit online nutzbar und beantwortet Fragen zur häuslichen Pflege, zu Alzheimer und Demenz sowie zum Wohnen und Leben im Alter. Versicherte registrieren sich mit ihrer E-Mail-Adresse auf der Startseite des Pflegecoachs und können zwischen verschiedenen Programmen wählen.



Pflegende Angehörige können kostenlose Unterstützung über die **Pflege-App** der DAK-Gesundheit erhalten. Diese bietet u.a. Pflegewissen von A bis Z, einen Trinkplaner, eine Checkliste, erste To-dos bei Pflegebedürftigkeit sowie Informationen über interaktives Wohnen.



Der **DAK Erinnerungs-Coach** ist ein „Skill“ für Alexa, den digitalen Sprachassistenten von Amazon, und unterstützt pflegende Angehörige bei der Betreuung von leichtgradig demenziell veränderten Menschen. Das Ziel: Aktivierung des Langzeitgedächtnisses durch das Ergänzen von Sprichwörtern, das Erraten von Märchen und Erkennen von Geräuschen.

Anregungen für die Pflegepolitik

Mit dem jährlich erscheinenden Pflegereport und weiteren wissenschaftlichen Analysen bringt sich die DAK-Gesundheit als Pflegekasse in die politische Debatte um die Zukunft der Pflege ein.

Der Pflegereport der DAK-Gesundheit wird in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Thomas Klie, Rechtswissenschaftler mit Forschungsschwerpunkt Gerontologie und Pflege der Evangelischen Hochschule Freiburg, und kooperierenden Instituten erstellt. Im Jahr 2021 standen junge Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, im Mittelpunkt des Reports. Im Pflegereport 2022, der im November erscheint, geht es um die Zukunft der häuslichen Pflege und sektorübergreifenden Versorgung. Darüber hinaus gibt die DAK-Gesundheit anlassbezogene wissenschaftliche Analysen u. a. bei Prof. Dr. Heinz Rothgang, Professor für Gesundheitsökonomie der Universität Bremen, in Auftrag und sorgt damit für wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.



Behandlungsfehler

Auch bei der besten medizinischen Versorgung lassen sich Behandlungsfehler in der ambulanten und der stationären Versorgung leider nie ausschließen.

Wenn Versicherte vermuten, dass ihrem Arzt oder ihrer Ärztin ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, und sie dadurch gesundheitlichen Schaden erlitten haben, unterstützen wir sie bei der Durchsetzung von Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüchen. Um den Verdacht zu erhärten oder zu widerlegen, können wir beim Medizinischen Dienst (MD) ein ärztliches Gutachten einholen.



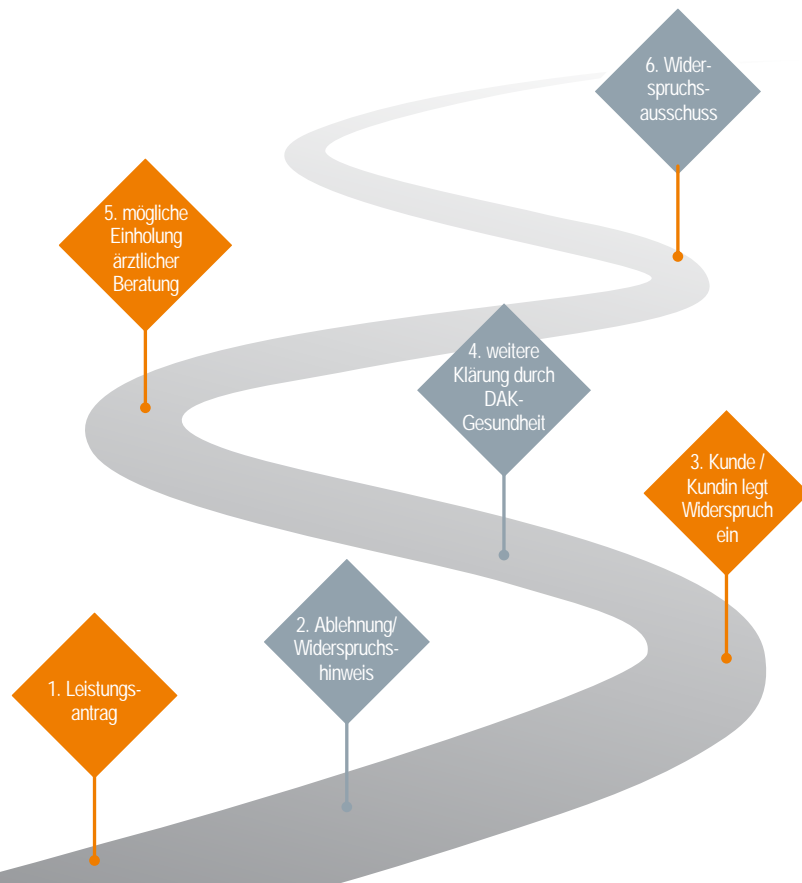
1.835
Fälle 2021

Widersprüche I

Für viele Leistungen – etwa aus den Bereichen Hilfsmittel und Zahnersatz oder auch stationäre Rehabilitation – muss die DAK-Gesundheit im Vorfeld Anträge prüfen.

Es gibt Situationen, in denen die DAK-Gesundheit Leistungsanträge aus unterschiedlichen Gründen nicht bewilligen kann. Im Gespräch mit den Versicherten werden dann Lösungen gesucht. Unter Umständen fehlen noch Unterlagen oder es gibt alternative Versorgungsformen, die stattdessen übernommen werden können. Auch über die Möglichkeit, einen Widerspruch einzulegen, wird bei einer Ablehnung immer informiert.

Weg zum Widerspruchsausschuss



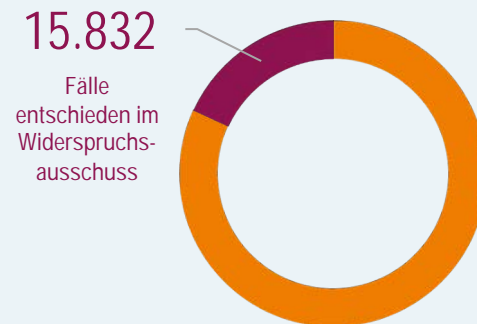
Widersprüche II

2021 sind bei der DAK-Gesundheit insgesamt 56.962 Widersprüche eingegangen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Fachzentren können in 70 Prozent der Fälle gemeinsam mit dem Versicherten eine Lösung finden. Daher ist die Anzahl der Fälle, die am Ende durch die Widerspruchsausschüsse entschieden werden müssen, mit 15.832 vergleichsweise gering.



Anzahl der 2021 insgesamt eingegangene Widersprüche:
56.962, davon:



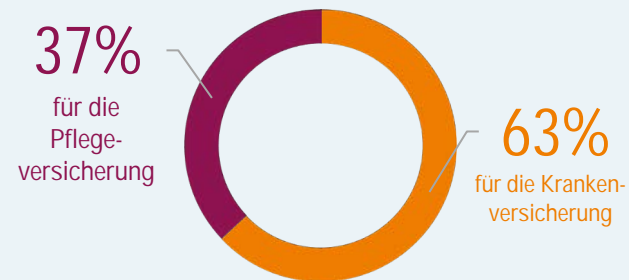
Widerspruchsausschüsse

Die DAK-Gesundheit hat 13 Widerspruchsausschüsse, die mit gewählten Ehrenamtlichen aus der Selbstverwaltung besetzt sind. In diesen Ausschüssen werden die Widersprüche der Kundinnen und Kunden noch einmal unabhängig beraten.

Die Männer und Frauen in den Widerspruchsausschüssen der DAK-Gesundheit nehmen ihre Aufgabe sehr ernst und verstehen sich als Interessensvertretung der Kundinnen und Kunden. Nach eingehender Beratung bestätigen sie die Leistungsentscheidung der DAK-Gesundheit ganz beziehungsweise teilweise oder revidieren diese ganz oder zum Teil.



Anzahl der 2021 in den Ausschüssen entschiedene Widersprüche:
15.832, davon:



- ✓ 879: dem Widerspruch ganz oder teilweise zugestimmt
- ✗ 14.953: Widerspruch abgelehnt

PRÄVENTION

Förderung von **Gesundheits-** **kompetenzen** **und Gestaltung** **gesundheits-** **förderlicher** **Lebenswelten**

Die DAK-Gesundheit hat ein breites Portfolio an Präventionsangeboten – oft auch als Online-Kurse für zu Hause.

Über die Online-Präventionskurssuche hilft die DAK-Gesundheit ihren Versicherten dabei, einen Kurs in ihrer Nähe zu finden – und bezuschusst diesen oder übernimmt die Kosten ganz.

Die DAK-Gesundheit setzt sich dafür ein, dass Lebensräume gesundheitsförderlich gestaltet werden. Damit Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen und stressfrei lernen können, engagiert sie sich insbesondere mit Präventionsinitiativen in Kitas und Schulen.

Präventionskampagnen



fit4future

Die gemeinsame Präventionsinitiative der DAK-Gesundheit und der fit4future foundation (ehem. Cleven-Stiftung) unterstützt die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 19 Jahren in bundesweit 2.800 Schulen und 400 Kitas. fit4future stärkt die Gesundheitskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressprävention und fördert einen verantwortungsvollen Umgang mit digitalen Medien. Speziell geschulte Coaches leiten zu einer gesünderen Lebensweise an und helfen, die Rahmenbedingungen in Kitas und Schulen gesundheitsförderlich zu gestalten.



Just be smokefree

Das Rauchstopp-Programm „Just be smokefree“ wurde vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) entwickelt. Mit interaktiven Tests finden Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr über ihr Rauchverhalten heraus. Außerdem macht das Programm Schluss mit Mythen über das Rauchen und hilft ganzheitlich beim Aufhören. Deshalb werden auch Aspekte wie Ernährung, Passivrauchen und die Methoden der Tabakindustrie berücksichtigt.



Aktion Glasklar – bunt statt blau

Die Aktion Glasklar fördert einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol unter Jugendlichen. Beim angegliederten Kreativwettbewerb „bunt statt blau – Kunst gegen Komasaufen“ werden dabei die besten Plakate von jugendlichen Künstlerinnen und Künstlern zum Thema Rauschtrinken gesucht. Seit dem Start vor elf Jahren haben mehr als 110.000 Mädchen und Jungen teilgenommen. Die Kampagne wurde mehrfach ausgezeichnet und im Jahresbericht der Drogenbeauftragten als positives Beispiel genannt.

SELEKTIVVERTRÄGE

Optimierungspotenzial im deutschen Gesundheitswesen

Auch ein im internationalen Vergleich führendes Gesundheitswesen wie das deutsche hat Optimierungspotenzial. Etwa wenn es um die Organisation von Versorgungspfaden geht, bei denen alle medizinischen Maßnahmen sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Um hier Verbesserungen zu ermöglichen, vereinbart die DAK-Gesundheit im Rahmen von besonderer Versorgung neue Formen der Zusammenarbeit. Hierbei werden zusammen mit Vertragspartnern sektorenübergreifende, interdisziplinäre oder besondere Versorgungsprozesse neu definiert.

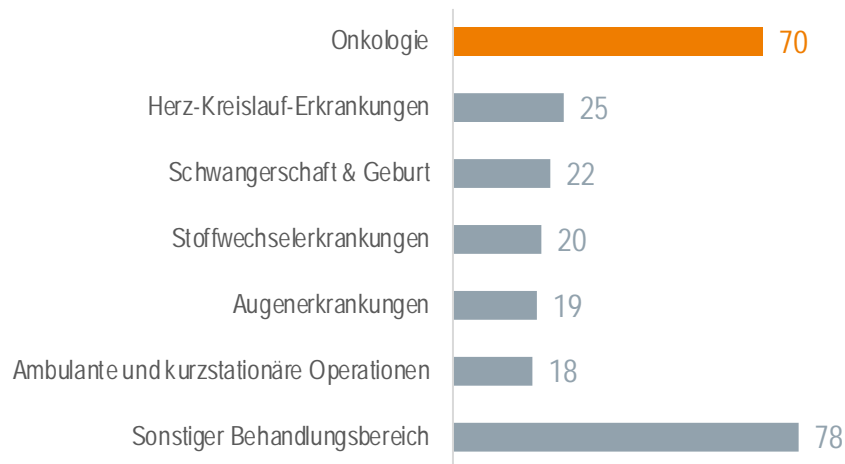
Die Vorteile liegen vor allem in einer besseren Abstimmung bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten erfolgt dabei planvoll nach abgestimmten und wissenschaftlich abgesicherten Leitlinien. Die DAK-Gesundheit verfolgt mit Selektivverträgen das Ziel, eine bessere medizinische Versorgung bei hoher Wirtschaftlichkeit zu realisieren.

252 Selektivverträge

Im Jahr 2021 standen den Versicherten der DAK-Gesundheit bundesweit und regional 252 Selektivverträge in den verschiedensten Behandlungsbereichen offen.



Fast ein Viertel der Selektivverträge der DAK-Gesundheit zielt auf eine verbesserte Versorgung von Krebspatienten. Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist entscheidend, dass eine abgestimmte Behandlung im Rahmen eines Selektivvertrags zu schnellerem Heilerfolg führen kann. In manchen Verträgen sind auch spezielle Maßnahmen definiert, um das Risiko einer Wiedererkrankung oder einer Chronifizierung abzusenken.

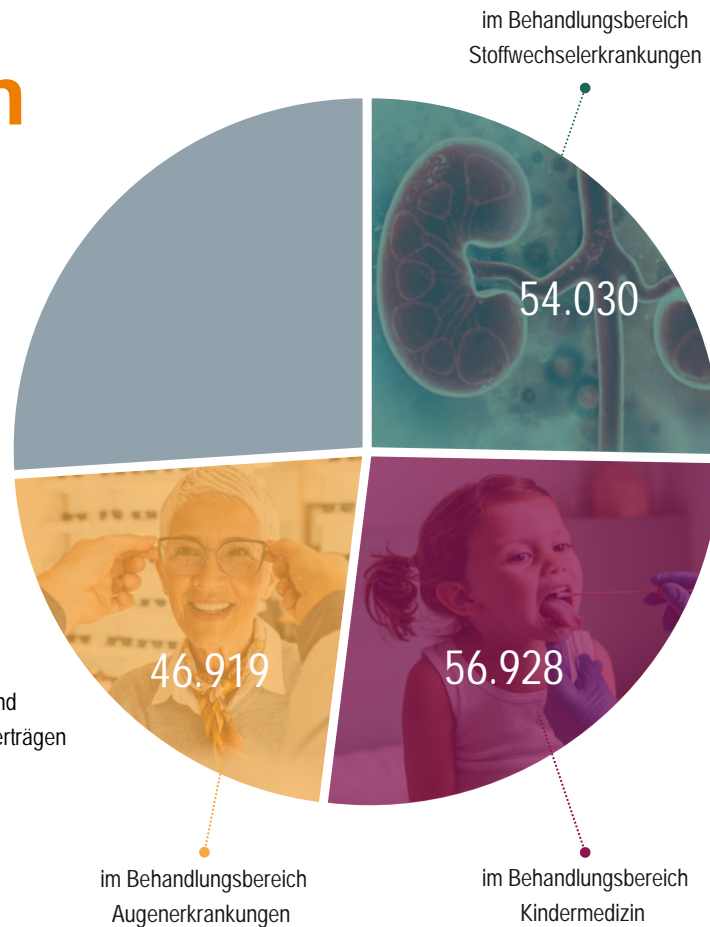


Innovative Verfahren zugänglich machen

Allein im Jahr 2021 haben insgesamt 213.447
DAK-Versicherte Selektivverträge nutzen können.

Ob Mediensuchtscreening für Jugendliche, Gendiagnostik oder minimal-
invasive Operationstechniken: Der DAK-Gesundheit ist es wichtig,
innovative Verfahren zugänglich zu machen, die deutliche Vorteile bieten.

213.447
Teilnehmerinnen und
Teilnehmer an Selektivverträgen
insgesamt



DMP

Strukturierte Behandlungs- programme für Chroniker – kurz **DMP**

Bei chronischen Erkrankungen bedarf es einer kontinuierlichen und qualitätsgesicherten Versorgung nach aktuellen medizinischen Leitlinien. Chronisch kranken Menschen bietet die DAK-Gesundheit daher speziell strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease Management Programme (DMP), an. Viele Langzeitbeschwerden lassen sich damit verringern oder gar vermeiden.

Im Rahmen der DMP arbeiten Ärzte und Ärztinnen, Patientinnen und Patienten sowie Krankenkassen eng zusammen, um der chronischen Erkrankung präventiv zu begegnen. Ein koordiniertes Vorgehen unter Einbindung der Patientinnen und Patienten trägt dazu bei, den Gesundheitszustand und damit die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern sowie Komplikationen zu vermeiden und Folgeschäden vorzubeugen.

Chroniker-Programme

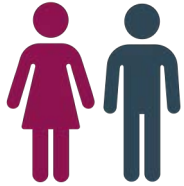
Die DAK Gesundheit bietet ihren Versicherten sechs strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) an: für Personen mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma, chronischer Lungenerkrankung (COPD), koronarer Herzkrankheit (KHK) und Brustkrebs.

728.000 DAK-Versicherte profitieren aktuell von den strukturierten Behandlungsprogrammen. Liegen bei Versicherten mehrere Diagnosen vor, können sie an den verschiedenen DMP-Programmen für die jeweilige Erkrankung teilnehmen. So kommt es zu insgesamt über **847.000 DMP-Teilnahmen** bei der DAK-Gesundheit.

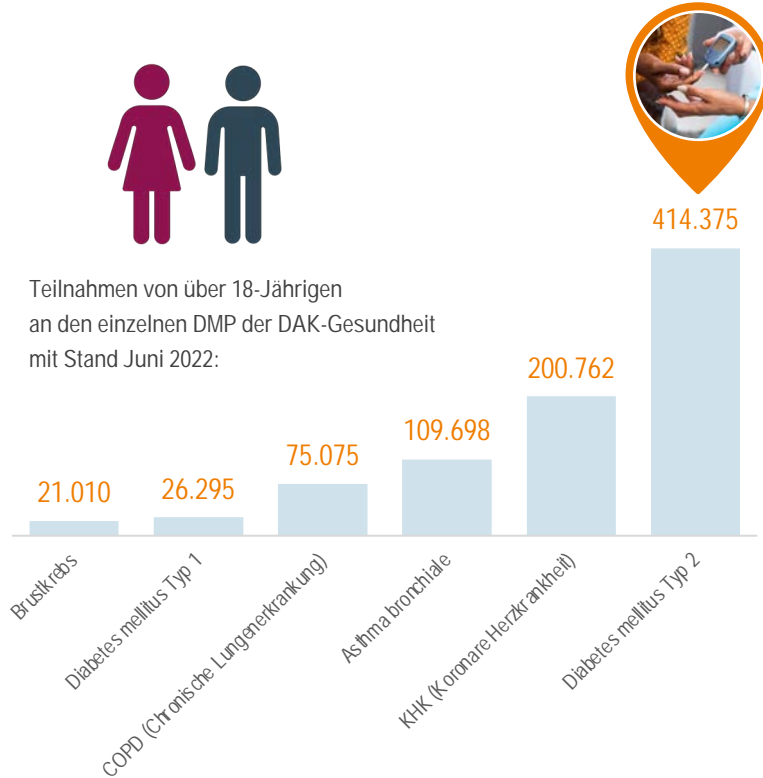
Die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgt über die behandelnden DMP-Ärztinnen und -Ärzte. Sie füllen gemeinsam mit ihrer Patientin bzw. ihrem Patienten die Teilnahmeerklärung aus und koordinieren im Rahmen des Programmes.



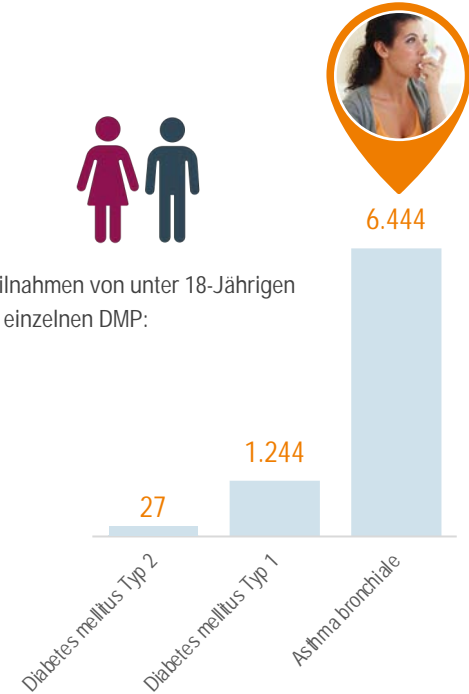
Einzelne DMP und Teilnahmen



Teilnahmen von über 18-Jährigen
an den einzelnen DMP der DAK-Gesundheit
mit Stand Juni 2022:



Teilnahmen von unter 18-Jährigen
an einzelnen DMP:



Ausblick: Weitere Chroniker-Programme

Fünf neue DMP befinden sich aktuell in Planung.
Dazu gehören:



Osteoporose
(Umsetzung im
Laufe 2023 erwartet)



Herzinsuffizienz
(Umsetzung im
Laufe 2023 erwartet)



Chronischer
Rücken



Depression



Rheumatoide
Arthritis



In Planung ist auch:
Adipositas

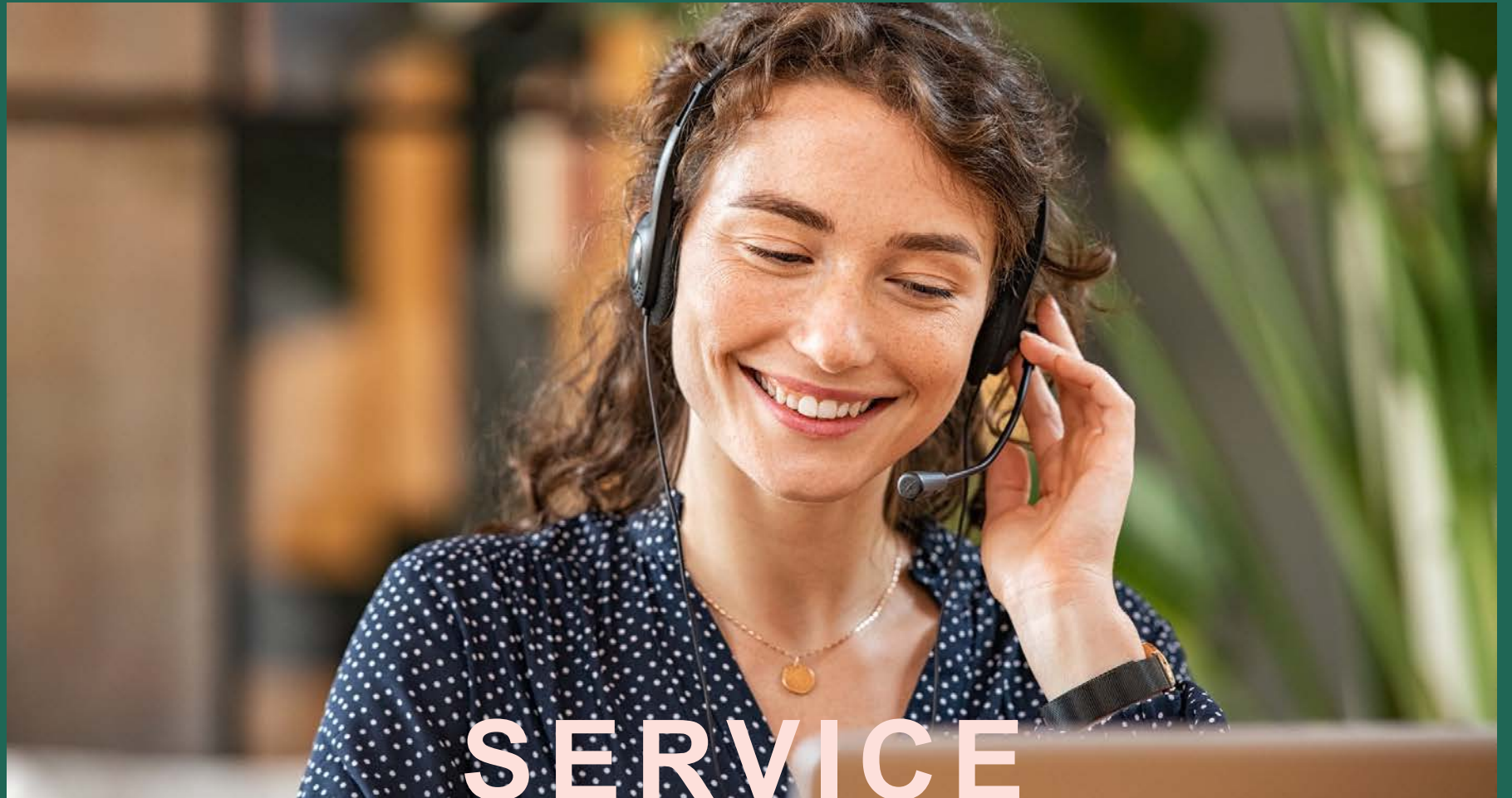
Die DAK-Gesundheit berichtet jährlich über die qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen der DMP.

Einzusehen sind die Berichte auf der DAK-Webseite unter → www.dak.de/dmp

BETRIEBLICHES
GESUNDHEITSMANAGEMENT

**Gesundheitsförde-
rung kommt nicht nur
jeder und jedem
einzelnen Beschäf-
tigten zugute, sondern
bietet ganz **konkrete**
Vorteile für jedes
Unternehmen**

Die DAK-Gesundheit unterstützt Unternehmen mit individuellen BGM-Angeboten – von Online-Workshops bis hin zu individuellen Konzepten zur Förderung der Mitarbeitergesundheit. Zur dauerhaften Gesundheitsförderung bietet die DAK-Gesundheit außerdem auch die Fortbildung einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Betrieblichen Gesundheitsmanager oder zur Suchtbeauftragten an. Mit der jährlichen Ausschreibung des BGM-Förderpreises können Betriebe darüber hinaus konkrete Förderung für ihre individuellen BGM-Konzepte bekommen.



SERVICE

Service- Versprechen I

Unsere Versicherten können sich auf uns verlassen.



Wann immer uns unsere Versicherten brauchen, sind wir für sie da. Wir helfen ihnen weiter – mit einem offenen Ohr, Sachverstand und verlässlichen Informationen. Und weil Fragen keine Öffnungszeiten kennen, erreichen uns unsere Versicherten auch am Telefon 24 Stunden an 365 Tagen. Oder natürlich im Internet: Auf unserer Website finden sich umfassende Antworten zu vielen Fragen. Verständlich aufbereitet und übersichtlich gestaltet.



Wir reagieren direkt.

Unsere Versicherten möchten schnell eine Antwort haben. Deshalb klären wir ihre Anliegen auf dem kürzesten Weg. Sollte es doch einmal länger dauern, informieren wir sie darüber.



Wir beraten persönlich.

Wir legen Wert auf ein Gespräch von Mensch zu Mensch. Deshalb finden uns unsere Versicherten in einem Servicezentrum in ihrer Nähe.



Service- Versprechen II

Wir sind auf der Seite unserer Versicherten.



Alles mit den Augen unserer Versicherten zu sehen, ist unser Ziel. Wir finden für sie individuelle Lösungen und sorgen für Transparenz und Verständnis im Gespräch, in Broschüren und über das Internet.



Wir leisten qualitätsgesichert und schnell.

Wir sorgen für qualitätsgesicherte Leistungen und geben unseren Versicherten einen beruhigenden Schutz. Zahlungen leisten wir in kürzester Zeit.



Wir sind erst zufrieden, wenn es unsere Versicherten sind.

Unsere Versicherten sollen sich rundum gut beraten und versorgt fühlen. Feedback ist für uns wertvoll. Wenn wir etwas besser machen können, sind wir bereit, es umzusetzen.



Aktive Kundenansprache

Die DAK-Gesundheit steht an der Seite ihrer Versicherten und informiert aktiv über Angebote und Leistungen.

Jede Kundin und jeder Kunde ist uns wichtig – ein Leben lang. Daher gehen wir aktiv auf unsere Versicherten zu. Wir informieren individuell und passend zu jeder Lebenslage über aktuelle Serviceangebote und Mehrleistungen, wie zum Beispiel Bonusprogramme oder neue digitale Formate. Mit über einer Million aktiver Kundenkontakte pro Jahr begeistern wir unsere Kundinnen und Kunden von unseren Vorteilen und der Produktvielfalt der DAK-Gesundheit.



1.037.605
aktive
Kundenkontakte
in 2021

Unsere Kundenberatung I

Wir haben einen Anspruch: die beste Beratung über den besten Weg. Welcher Weg für sie der Beste ist, entscheiden unsere Versicherten selbst. Deshalb bieten wir ihnen ein breites Portfolio an Kontaktmöglichkeiten. Unsere Kontaktkanäle auf einen Blick:



Telefonische Kundenberatung

Wir sind für die Versicherten rund um die Uhr (24 Stunden / 7 Tage) die Woche da. Unter der Nummer 040 325 325 555 erreichen sie uns schnell und unkompliziert für Fragen rund um die Krankenversicherung. Unsere telefonische Erreichbarkeit der Kundenberatung liegt bei 92 Prozent.



Persönliche Beratung

Mit mehr als 300 Filialen bietet die DAK-Gesundheit ein enges Filialnetz an. In den Servicezentren können sich unsere Versicherten persönlich beraten lassen.



Unsere Kundenberatung II



Online: Chat, E-Mail, Video, Social Media

Natürlich sind wir auch digital für unsere Versicherten da. So erreichen sie unseren Berater-Chat in 93 Prozent sofort. E-Mails werden in einer Zeit von unter 24 Stunden beantwortet. Wir bieten darüber hinaus eine Videoberatung an.



Englische Beratung: DAK goes English

Alle Kunden sind uns wichtig. Versicherten, die kein Deutsch sprechen, bieten wir u.a. eine englische Kundenberatung an. Über die Rufnummer 040 325 325 536 (Montag – Donnerstag 8 – 16 Uhr, Freitag 8 – 13 Uhr) gelangen unsere Versicherten direkt zu unserer englischsprachigen Kundenberatung. Alternativ können sie eine E-Mail an english@dak.de senden oder finden ein Kontaktformular unter www.dak.de/contact.



92%
telefonische
Erreichbarkeit der
Kundenberatung

93%
Erreichbarkeit
der persönlichen
Chat-Beratung

ca.
319
Filialen

Hotlines:

Service-Hotline:

Versicherungsexpertinnen und -experten informieren und beraten zu Leistungen, Beiträgen und Mitgliedschaft

Medizin-Hotline:

Medizinisches Info-Telefon – exklusiv für Kunden der DAK-Gesundheit – alle medizinischen Anfragen von A–Z

Arzttermin-Service-Hotline:

Schnelle Vermittlung eines Facharzttermins

Arbeitgeber-Hotline:

Praktische Hilfe für DAK-Firmenkunden, wie z.B. zu Beitragsrecht oder Umlagesätzen

Englischsprachige Hotline:

Durch ein englischsprechendes Team von Kundenberaterinnen und Kundenberater können Kunden bei Bedarf auf Englisch beraten werden.

Long Covid-Hotline:

Über Angebote zur Behandlung informieren speziell auf Long Covid geschulte Gesundheitsberaterinnen und -berater. Offen für Versicherte aller Kassen.

BGM-Hotline:

Unterstützung von DAK-Firmenkunden bei der Einrichtung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung.



24 Stunden
täglich / 7 Tage
die Woche



INNOVATIONEN & DIGITALISIERUNG

INNOVATIONEN UND
DIGITALISIERUNG

Digitalisierung gehört zu den **Top-Themen** unserer Zeit

Versicherte erleben die Digitalisierung täglich etwa bei Amazon, Google oder Facebook und erwarten natürlich auch von ihrer Krankenkasse digitale Kommunikationsformen und Anwendungen. Als drittgrößte Krankenkasse Deutschlands möchte die DAK-Gesundheit die Digitalisierung als Chance nutzen, um ihren Versicherten die beste medizinische Versorgung und Betreuung zur Verfügung zu stellen.

Dafür unterhält die DAK-Gesundheit eine eigene Digitale Fabrik, die sich mit der Entwicklung, Betreuung und Durchführung digitaler Prozesse befasst. Aktuell stehen mehr als 50 Apps oder Webservices zur Verfügung. Thematisch decken die Angebote von Schwangerschaft bis Pflege alles ab. Die DAK App und die Online-Filiale werden dabei am meisten genutzt, mit steigender Tendenz. Allein während der Corona-Pandemie haben sich die Nutzerzahlen verdoppelt.

Digitalisierung

Die Digitalisierung beinhaltet riesige Chancen, beispielsweise in puncto Geschwindigkeit.

Mit digitalen Angeboten können Versicherte schnell, einfach und jederzeit ihre Anliegen an die Krankenkasse weiterleiten oder direkt erledigen. Oder im Bereich Versorgungsqualität: Digitale Anwendungen können die ärztliche Diagnostik und die Krankheitsdokumentation unterstützen. Wichtig ist auch die Reduktion von Verwaltungskosten, zum Beispiel durch das E-Rezept. Heute werden rund 700 Millionen Arzneimittelrezepte auf Papier ausgedruckt. Die Einführung des E-Rezepts spart also Kosten und schont die Umwelt. Zudem ist das E-Rezept ein positiver Service für unsere Versicherten, der vieles erleichtert. Das alles hat zudem positive Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem.



Grundsätzlich gilt: Bei der DAK-Gesundheit stehen die Kundinnen und Kunden immer im Mittelpunkt. Die Digitalisierung muss das Ziel haben, die Versorgung der Versicherten weiter zu verbessern. Deshalb folgt sie bei der DAK-Gesundheit einem Leitmotiv:

Digitalisierung mit Herz und Verstand.

Die neue DAK App

Elektronische
Patientenakte

Einfacher
Kontakt

Dokumente
scannen

Bonus-
programm

Geschütztes
Postfach

Gesundheits-
News

Krankmeldung abgeben, Rechnung einreichen oder eine neue Versichertenkarte beantragen: Die DAK App vereint viele praktische Funktionen in einem.

Als „Servicezentrum für die Hosentasche“ ist sie der direkteste und unkomplizierteste Weg, mit der DAK-Gesundheit in Kontakt zu treten. Neben persönlicher Beratung über Chat, Telefon, E-Mail oder den Rückrufservice bietet die DAK App auch die Möglichkeit, direkt selbst Dokumente zu scannen und an die Kasse zu übermitteln. Das vereinfacht auch die Nutzung des Bonusprogramms, bei dem sich gesammelte Punkte in der App direkt in Geldprämien umwandeln lassen. Auch Kinderkrankengeld beantragen oder eine Familienversicherung abschließen ist jederzeit möglich.

Mit einer aktivierten DAK App ist auch die elektronische Patientenakte (ePA) einfach nutzbar. Damit haben Versicherte ihre Gesundheitsdaten immer im Blick und stets griffbereit. Alle Daten sind durch die hohen Datenschutzanforderungen, durch Ende-zu-Ende-Verschlüsselung und eine Zwei-Faktor-Authentifizierung besonders sicher.

Stärkung digitaler Gesundheitskompetenz

Mit der Einführung des "Digitale-Versorgung-Gesetzes" (DVG) und der damit verbundenen Neufassung des § 20k Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben wir als DAK-Gesundheit den Auftrag, die digitale Gesundheitskompetenz unserer Versicherten zu stärken.

Bei der Recherche zu Gesundheitsthemen fühlen sich viele teils unsicher und treffen dadurch nicht immer die besten Entscheidungen für die eigene Gesundheit. Die digitale Gesundheitskompetenz hilft, selbstbestimmt entscheiden zu können, welche digitalen Gesundheitsangebote seriös und vor allem gut für die Gesundheit sind. In Kooperation mit dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) bieten wir Online-Vorträge zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Dabei ist unser Motto „Startklar für die digitale Gesundheitswelt“, um unseren Kundinnen und Kunden einen Überblick zu relevanten Themen zu schaffen. Ziel unserer Vorträge ist es, allen Teilnehmenden den Einstieg in die digitale Gesundheitswelt zu erleichtern. Aktuell bieten wir drei unterschiedliche Online-Vorträge an.

Vortrag 1:
Einführung in die
digitale Gesundheits-
kompetenz

Vortrag 2:
Einführung in die
elektronische
Patientenakte

Vortrag 3:
Einführung in die
Telemedizin

Mehr Informationen
und Termine finden
Sie auf: [dak.de/
digitalkompetenz](https://dak.de/digitalkompetenz)

Digitalisierungsbeirat

Mit der Gründung eines Beirats zum Themenbereich „Digitalisierung“ hat die DAK-Gesundheit ein Gremium mit Mitgliedern aus Wissenschaft und Wirtschaft geschaffen, welches Handlungsempfehlungen ausspricht und beratend tätig ist.

Aufgaben des Beirats

Der Beirat hat die Aufgabe, sich aktuellen Themen aus dem Bereich der Digitalisierung zu widmen. Diese vier Ziele verfolgt der Beirat dabei in besonderer Weise:



Innovationen fördern



Resonanzboard und Feedback-Geber



Einbindung von Wissenschaft und Forschung



Das Image der DAK-Gesundheit in der Öffentlichkeit fördern

INNOVATIONSFONDS: PROJEKTE

Verbesserung der Gesundheits- versorgung in Deutschland

Der Innovationsfonds ist im Jahr 2015 geschaffen worden. Sein Ziel ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dazu förderte der Innovationsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 innovative, insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen und die patientennahe Versorgungsforschung. Inzwischen wurde der Innovationsfonds bis 2024 verlängert. Für jedes Jahr stehen 160 Millionen Euro für die Förderung von neuen Versorgungsformen bereit, 40 Millionen Euro sollen jährlich in Projekte der Versorgungsforschung fließen.

Die DAK-Gesundheit ist aktuell an 48 Projekten im Innovationsfonds beteiligt. Für zwei Projekte hat die Kasse die sogenannte Konsortialführung (Leitung) übernommen. Ziel bei allen Projekten ist es herauszufinden, ob diese besser sind als die aktuelle Regelversorgung. Dies wird durch die Versorgungsforschung im Rahmen eines Erkenntnisgewinns oder durch die Evaluation von neuen Versorgungsformen erzielt. Wird belegt, dass bestimmte Maßnahmen die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung qualitativ verbessern, kann dies in die Regelversorgung übernommen werden.



Innofondsprojekt Abaro

Starkes Übergewicht (Adipositas) zählt in Deutschland zu den sogenannten Volkskrankheiten. Menschen mit Adipositas leiden unter einer Vielzahl an Begleit- und Folgeerscheinungen wie Atemwegs-, Herz-Kreislauf- und Hautkrankheiten, aber auch an psychischen Beschwerden.

Eine effektive Behandlung von Übergewicht und seinen Begleiterscheinungen erfordert übergreifende therapeutische Maßnahmen. Die bariatrische OP, also die operative Veränderung des Magen-Darm-Trakts, stellt eine Behandlungsform dar. Dabei besteht jedoch das Risiko intra- und postoperativer Komplikationen. Außerdem kann die verringerte Nahrungsaufnahme und -verwertung zu Beeinträchtigungen im Stoffwechsel und in der Psyche führen. Der langfristige Erfolg einer bariatrischen OP ist daher von einer adäquaten Nachsorge und Betreuung der Patientinnen und Patienten abhängig. Im Projekt ABARO sollen Behandlungsverläufe nach bariatrischer OP über mehrere Jahre hinweg betrachtet werden, um zu überprüfen, ob die Patientinnen und Patienten die erforderliche Nachsorge erhalten und somit ein langfristiger Erfolg eintritt.



Innofondsprojekt Abaro

Das Projekt Abaro wird für drei Jahre gefördert. Im Erfolgsfall liefert das Projekt Erkenntnisse über die Nachhaltigkeit der bariatrischen Chirurgie, was vor allem im Hinblick auf den stetigen Anstieg von Patientinnen und Patienten mit Adipositas von großer Bedeutung ist.

Konsortialpartner sind das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH und das Städtische Klinikum Dresden-Neustadt.



Versicherten- befragung Abaro

Um auch die subjektive Sicht der Patienten miteinzubeziehen, wurde eine schriftliche Versichertenbefragung mit einem komplexen Fragebogen durchgeführt. Mit dem Fragebogen wurde die Qualität und der Umfang der Nachsorge, die Patienten-zufriedenheit (Einschränkungen, Schmerzen), die Verwendung von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Lebensqualität erfasst. Die Versicherten-befragung wurde bereits durchgeführt, die Auswertung ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Dennoch lässt sich anhand der hohen Teilnahmequote von 46% (2.397 von insgesamt 5.222 angeschriebenen Versicherten haben teilgenommen) bereits ablesen, dass die Betroffenen ein hohes Interesse an dem Thema bzw. an der Studie haben.

PILOTPROJEKT REGIONALES PFLEGEKOMPETENZZENTRUM

**Wer Pflege benötigt,
ist auf eine gute
Kommunikation von
Pflegekräften, behan-
delnden Ärztinnen
und Ärzten und Ange-
hörigen angewiesen.**

Vor allem in ländlichen Regionen ist bei der Pflege die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten wichtig. Pflegebedürftige brauchen zudem eine intensive Beratung und eine einfühlsame Begleitung, im Idealfall in der Nähe ihres Wohnortes. Mit dem regionalen Pflegekompetenzzentrum „ReKo“ in Niedersachsen startete die DAK-Gesundheit als Initiator ein Pilotprojekt, indem unabhängige Case Managerinnen und Case Manager individuelle Beratung anbieten, sektorale Grenzen überwinden und die regionale Versorgungsstruktur weiterentwickeln.

Im ReKo laufen alle Informationen zusammen, die Behandlungsschritte werden aufeinander abgestimmt und die Pflegebedürftigen und deren Angehörige erfahren eine wohnortnahe Rundum-Betreuung. Durch Anbindung verschiedener Akteure im Gesundheitswesen werden vorhandene Ressourcen genutzt und Versorgungslücken geschlossen. Das Projekt wird vom Innovationsfonds gefördert. Alle GKV-Versicherten, die in der Modellregion wohnen, haben Zugang zu dem Vorhaben. Schon über 1000 Probandinnen und Probanden der Modellregion wurden in die Evaluationsstudie aufgenommen und profitieren von der besonderen ReKo-Leistung.

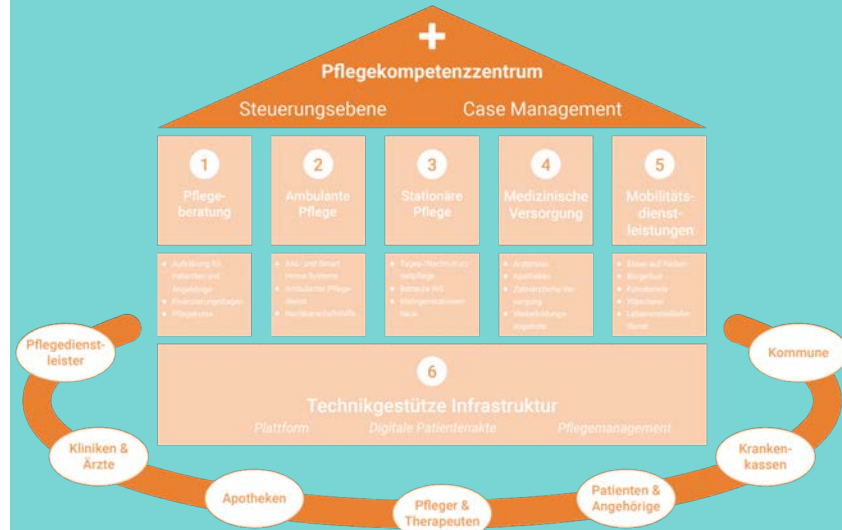
Profil: Regionales Pflegekompetenz-zentrum


- 15 ReKo-Case-Managerinnen und -Manager in Beratungsstellen und Kliniken
- **Modellregion:** Grafschaft Bentheim und Landkreis Emsland
- **Kontrollregion:** Landkreise Vechta, Oldenburg, Cloppenburg, Gifhorn, Rotenburg, Ammerland, Delmenhorst, Diepholz, Aurich, Celle, Emden, Nienburg (Weser) und Northeim.
- **Laufzeit:** 01. Oktober 2019 – 31. März 2024
- **Konsortium:**
 - DAK-Gesundheit (Konsortialführer, strategische Leitung und Steuerung)
 - EUREGIO e.V. (operative Leitung vor Ort)
 - Uni Osnabrück (wissenschaftliche Evaluation der IT und Versorgung)
- **Zielgruppen:** angehende Pflegebedürftige, Pflegebedürftige Personen, pflegende Angehörige
- **Über 20 regionale Netzwerkpartner** (u.a. Landkreise, Kliniken, Pflegedienste) und 5 kooperierende Krankenkassen



VORTEILE DES PROJEKTS:

- ✓ Pflegebedürftigen wird ein längerer Verbleib zu Hause ermöglicht
- ✓ bessere Versorgung vor Ort
- ✓ Stärkung der pflegenden Angehörigen
- ✓ Fehlversorgung wird vermieden





+11,00.00

KASSEN VERGLEICHEN

KRANKENKASSEN

VERGLEICHEN – ABER WIE?

Anmerkungen zur Erhebung und Vergleichbarkeit von **Kennzahlen**

Lassen sich die Kennzahlen in den Qualitäts- und Transparenzberichten der Krankenkassen vergleichen? Die Antwort lautet nein. Der Grund: Es gibt aktuell keine einheitliche und für alle Kassen verbindliche Methode, wie die Daten erhoben und dargestellt werden.

Wer sich heute über Unternehmen, ihre Produkte oder ihre Services informieren will, schaut ins Internet. Wir alle sind es gewohnt, dort neben Bewertungen von Kundinnen und Kunden auch Vergleiche auf Verbraucherportalen zu finden. Sicherlich ist hier Vorsicht geboten, weil nicht alle dieser Portale seriös sind, aber es ist unbestreitbar, dass digitale Informationsangebote zu mehr Transparenz geführt haben.

Viele Unternehmen veröffentlichen auch auf den eigenen Websites Kennzahlen, um ihre Leistungsfähigkeit und ihre Produkte darzustellen. Doch wer genau hinschaut, stellt fest, dass bei diesen schnell verfügbaren Informationen häufig nicht klar ist, wie sie erhoben werden und was sie alles umfassen. Dies gilt besonders beim Vergleich von Prozesskennzahlen wie Fallzahlen, Durchlaufzeiten oder Beantwortungszeiten.

In diesem Umfeld können unternehmensspezifisch definierte Prozesse (und operative Fallfassungssysteme) einen Vergleich nahezu unmöglich machen. Aber auch bei anderen Kennzahlen ist nicht klar, was sie einbeziehen und was nicht. Dazu ein paar Beispiele:

- **Widersprüche:** Werden alle Widersprüche gezählt, die bei einer Kasse eingehen, oder nur die, die von den Widerspruchsausschüssen beraten und entschieden wurden? Denn nicht alle Widersprüche werden auch vom Widerspruchsausschuss beraten, da sie manchmal von den Versicherten zurückgezogen werden oder die Verwaltung Abhilfe schafft.
- **Reha- und Vorsorge:** Manche Kassen berücksichtigen hier auch Anträge auf Reha-Sport (eine Maßnahme, die Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen soll), andere Kassen erfassen Reha-Sport gesondert.
- **Ablehnungen:** Werden nur Ablehnungen erfasst, wenn es grundsätzlich eine gesetzliche Grundlage gibt, oder auch Ablehnungen von Anträgen zu Leistungen, für die es keine gesetzliche Grundlage gibt?

Allein diese drei Beispiele zeigen, wo die Herausforderung liegt, solange es keine einheitlichen Kriterien für die Erhebung und Darstellung von Kennzahlen der Krankenkassen gibt.



Hinzu kommen weitere methodische Probleme, da sich die Versichertenpopulationen der Kassen teilweise stark unterscheiden. Bleiben wir beim Beispiel Widersprüche: Wie hoch die Anzahl der Widersprüche bei einer Krankenkasse ist, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Krankenkassen, die mehr ältere Menschen versichern als andere, haben mehr Leistungsfälle. Hat eine Kasse mehr Leistungsfälle, kommt es wahrscheinlich auch häufiger zu Widersprüchen. Deshalb ist die Zahl der Widersprüche nicht aussagekräftig. Auch weitere Faktoren könnten eine Rolle spielen, beispielsweise soziale Faktoren wie das Einkommen.

Die DAK-Gesundheit stellt sich selbstbewusst dem Wettbewerb mit anderen Kassen. Wir sind überzeugt, dass wir kundenorientiert und leistungsstark sind. Wir begrüßen es sehr, einen objektiven und aussagekräftigen Vergleich wichtiger Kennzahlen zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, auf den sich Verbraucherinnen und Verbraucher verlassen können. Der Gesetzgeber ist gefragt, in der nächsten Legislaturperiode dafür die Voraussetzungen zu schaffen. Es muss geklärt werden, welche Kennzahlen sich überhaupt für einen solchen Vergleich eignen, wie sie zu erheben sind und wie sie dargestellt werden sollen. Nur wenn dies verbindlich für alle gesetzlichen Krankenkassen geregelt wird, wird es auch eine Transparenz und Vergleichbarkeit geben.



Impressum

Herausgeber

DAK-Gesundheit
Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
www.dak.de

Vorstandsvorsitzender

Andreas Storm

Verantwortlich

Jörg Bodanowitz, Leiter Unternehmenskommunikation
Rüdiger Scharf, Leiter PR

Redaktion

Julia Peters, Stefan Burgdörfer, Stefan Suhr

Art Direktion

Natalia Degenhardt

Fotos

gettyimages.de, istockphoto.com
Alle Bilder ohne gesonderten Bildnachweis
DAK-Gesundheit

Rechte

Nachdruck oder Vervielfältigung, auch auszugsweise,
nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung der
DAK-Gesundheit gestattet.

Diese Broschüre wurde in 9/22 produziert. Nachträglich
kann es durch gesetzliche oder personelle Änderungen zu
Abweichungen kommen. Alle Daten basieren auf dem Stand
vom 30. April 2022.

Nähere Auskünfte erhalten Sie bei der DAK-Gesundheit.

DAK-Gesundheit
Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
Internet: www.dak.de

