



MERCEDES-BENZ **BKK**: TRANSPARENZBERICHT 2024







Inhalt

Editorial	4
Qualitätsmanagement und Kundenfeedback	5
1 Kennzahlen Service	6
– Online-Kundencenter	7
2 Kennzahlen Leistungen	8
– Vorsorge und Rehabilitation	9
– Zahnersatz	10
– Krankengeld	11
– Hilfsmittel	12
– Pflegeversicherung	14
– Haushaltshilfe	16
– Psychotherapie	17
– Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung	18
– Hausarztzentrierte Versorgung	20
3 Kennzahlen Widersprüche und Klagen	22
4 Kennzahlen Patientensicherheit	24
So erreichen Sie uns	26

Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu unseren Grundüberzeugungen. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe alle Geschlechter und Identitäten ein.

Transparenz schafft Vertrauen



Toralf Speckhardt,
Vorstand der Mercedes-Benz BKK

Liebe Leserinnen und Leser,

Kundenbefragungen bescheinigen uns regelmäßig, dass unsere Versicherten uns ein hohes Maß an Vertrauen entgegenbringen. Vertrauen ist für unsere Mercedes-Benz BKK ein wichtiger Wert in der Beziehung zu unseren Kundinnen und Kunden, wenn nicht gar der wichtigste überhaupt. Darauf baut alles auf.

Dieses Vertrauen kommt nicht von ungefähr. Als unternehmensbezogene Krankenkasse sind wir ganz

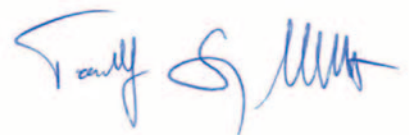
nah dran an unseren Kunden. Wir sind vor Ort, unsere Mitarbeitenden stehen als Ansprechpartner rund um die Gesundheit persönlich zur Verfügung. Wir verstehen uns als Partner an der Seite unserer Kunden. Uns ist es ein Herzensanliegen, unseren Versicherten zu ihrem guten Recht zu verhelfen. Unser Anspruch ist es, ihnen jede beantragte Leistung zu genehmigen, für die es eine gesetzliche Grundlage gibt oder die in unserer Satzung enthalten ist. Dafür prüfen unsere Mitarbeitenden jeden Antrag von Anfang an sorgsam und umfassend: Sie stellen sicher, dass alle Informationen und Unterlagen vollständig vorliegen, und haken nach, wenn etwas fehlt. Und wir beraten unsere Versicherten proaktiv, falls sich im Lauf der Bearbeitung zeigt, dass eine andere als die ursprünglich beantragte Leistung in der jeweiligen Situation besser geeignet ist.

Das Ergebnis unserer kundenorientierten Ausrichtung kann sich sehen lassen: In allen in diesem Bericht genannten Leistungsbereichen haben wir sehr hohe Genehmigungsquoten und nur sehr wenige Widersprüche. Und in

den Fällen, in denen wir tatsächlich eine Leistung ablehnen müssen, weil es dafür keine rechtliche Grundlage gibt, gehen wir mit unseren Kunden ins Gespräch. Uns ist es wichtig, dass sie unsere Vorgehensweise verstehen und nachvollziehen können, warum wir eine Leistung nicht genehmigen können. Diese offene Kommunikation trägt maßgeblich dazu bei, dass unsere Kunden uns vertrauen.

Der vorliegende Bericht gibt transparent Einblick in unser Leistungsverhalten. Wir tun dies freiwillig – selbstbewusst und aus innerer Überzeugung. Und wir hoffen, dass in Zukunft mehr und mehr Krankenkassen nachziehen und erkennen, wie wertvoll Transparenz für ihre Kunden und sie selbst ist.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen interessante Einblicke.



Toralf Speckhardt
Vorstand Mercedes-Benz BKK



Qualitätsmanagement und Kundenfeedback

Die Qualität unserer Services und Produkte hat für uns höchste Priorität. Daher befassen wir uns kontinuierlich und systematisch mit Qualitätsfragen. Mit dem formulierten Ziel einer Bearbeitungsqualität, die das Null-Fehler-Ziel anstrebt, haben wir einen hohen Anspruch an uns selbst. Um diesem gerecht zu werden, haben wir unser Dashboard Qualitätsmanagement entwickelt. Mit diesem Instrument können wir sämtliche Prozesse, die in Zusammenhang mit Auszahlungen an unsere Kundinnen und Kunden stehen, genau unter die Lupe nehmen. Haben wir den korrekten Betrag überwiesen? Sind alle Angaben in unserer EDV richtig erfasst? Haben wir den Prozess so bearbeitet, wie es der dafür vorgesehene Standard vorsieht? Wie lief der Kontakt zum Kunden? Mit diesen und vielen

weiteren Qualitätskriterien prüfen wir monatlich für jede Leistung eine festgelegte Anzahl von Fällen. Unser Dashboard füttern wir mit den Ergebnissen und erhalten auf Knopfdruck eine Prozentzahl, die den Grad der angestrebten Bearbeitungsqualität angibt. Die Ergebnisse liefern uns wertvolle Hinweise, an welcher Stelle wir einen Prozess gegebenenfalls vereinfachen, verbessern und auf diese Weise kundenfreundlicher gestalten können.

An diesem kontinuierlichen Verbesserungsprozess wirken unsere Kunden aktiv mit, indem sie uns Feedback geben – persönlich, telefonisch, schriftlich. Schriftlich steht ihnen dafür auch ein Onlinekanal zur Verfügung: Mein Feedback. Hier können uns Kunden jederzeit ihre Rückmeldung

geben, entweder über unsere Mercedes-Benz BKK App oder unsere Website. So erhalten wir wertvolle Hinweise, wo wir stehen: Was läuft gut? Wo können wir uns verbessern und Abläufe optimieren, indem wir sie beispielsweise einfacher oder schlanker machen? Als Bestandteil unseres Qualitätsmanagements dokumentieren wir jede einzelne – positive wie negative – Rückmeldung und werten sie aus. So stellen wir unsere Kunden und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt. Alles, was wir tun, denken wir vom Kunden aus.



1 Kennzahlen Service

ÜBER 1 MIO.

AUFRUFE
ERREICHTEN „MEINE
MERCEDES-BENZ BKK“

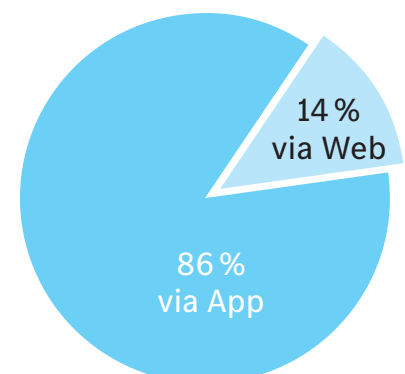
Online-Kundencenter „Meine Mercedes-Benz BKK“

Unsere Kunden sollen bei uns Premiumservice erleben. Denn ein Online-Kundencenter ist nur dann erfolgreich, wenn es den Kunden Mehrwert liefert. „Meine Mercedes-Benz BKK“ vereint digitale Gesundheitsangebote, die Möglichkeit, sicher mit uns sensible Daten auszutauschen, und Self-Service-Angebote. Mittlerweile haben sich 56 Prozent unserer Versicherten für „Meine Mercedes-Benz BKK“ registriert, davon haben mehr als 80 Prozent der Nutzung unseres digitalen Postfachs zugestimmt. Die kontinuierlich steigende Akzeptanz und Beliebtheit dieses Kanals zeigt die Anzahl der Aufrufe im letzten Jahr: Über 1 Million Mal wurde auf die Web- (14 %) und Appversion (86 %) zugegriffen. Mehr als 135.000 Nachrichten erreichten uns 2024 über das digitale Postfach unseres Online-Kundencenters „Meine Mercedes-Benz BKK“. Die Anzahl von digital zwischen unseren Versicherten und uns versendeten Dokumenten ist gegenüber 2023 um 50 Prozent gestiegen. Das digitale Postfach ist ein schneller und sicherer Weg, sensible Daten mit uns auszutauschen, nachhaltig ist die Nutzung außerdem.

Über 10.000-mal erstellten sich Kunden selbst eine Versicherungsbescheinigung. Und fast 3.600-mal wurde ein Auslandskrankenschein generiert. Innerhalb von Sekunden erhalten die Kunden das jeweilige Dokument in ihr digitales Postfach.

Auch die elektronische Gesundheitskarte ist ein gefragter Self-Service. Weit über 3.500-mal wurde dieses Modul genutzt: für die Bestellung einer neuen Karte, zur Anforderung einer Ersatzbescheinigung, falls ein Kunde etwa die Karte beim Arztbesuch nicht dabei hatte, oder zum Hochladen eines Fotos für die Gesundheitskarte.

All diese Zahlen sprechen für sich, sie dokumentieren das große Interesse unserer Kunden an digitalen Services und eine nochmals gesteigerte Nutzung gegenüber dem Vorjahr.



Verteilung der Aufrufe
„Meine Mercedes-Benz BKK“

A woman with dark hair is lying on her side on a massage table, eyes closed, smiling. A therapist in a white coat is performing a massage on her back with both hands. The background is bright and out of focus.

4.102

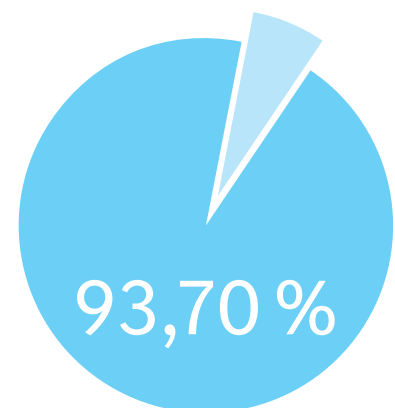
ANTRÄGE HABEN
WIR 2024
GENEHMIGT

2 Kennzahlen Leistungen

Vorsorge und Rehabilitation

Rehabilitations- und Vorsorgekuren sind ein wichtiges Instrument, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit unserer Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Kuren können helfen, drohende Erkrankungen oder Fehlentwicklungen schon im Vorfeld zu verhindern oder überstandene Krankheiten dauerhaft zu überwinden. Sie zeigen auch Wege zu einer gesünderen Lebensweise auf. Gründe, warum wir eine Vorsorge- oder Rehakur ablehnen müssen, sind beispielsweise die fehlende medizinische Notwendigkeit oder die Beantragung einer erneuten Maßnahme durch den Versicherten vor Ablauf von vier Jahren.

Anzahl Anträge	4.378
Anzahl genehmigter Anträge	4.102
Anzahl abgelehnter Anträge	276
Genehmigungsquote	93,70 %
Ablehnungsquote	6,30 %



93,70 %
aller Anträge konnten wir
genehmigen

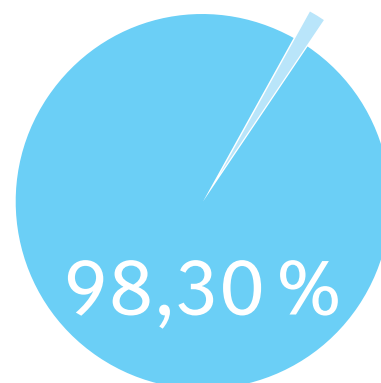


Zahnersatz

Die Heil- und Kostenpläne für Zahnersatz, die uns zur Genehmigung erreichen, sind sozusagen „durchlaufende Posten“, wie die sehr hohe Bewilligungsquote von fast 99 Prozent unterstreicht. Dabei vereinfacht und beschleunigt das elektronische Bewilligungsverfahren zwischen Praxen und Krankenkassen die Bearbeitung für alle Beteiligten – Versicherte, Zahnärzte und Krankenkasse.

Anzahl Anträge	23.176
Anzahl bewilligter Anträge	22.788
Anzahl abgelehnter Anträge	388
Genehmigungsquote	98,30 %
Ablehnungsquote	1,70 %

98,30 %
aller Anträge
konnten wir genehmigen



Krankengeld

Nach in der Regel sechs Wochen Entgeltfortzahlung zahlen wir unseren Kunden Krankengeld, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Jährlich überweisen wir rund 56.500-mal Kranken- und Verletzten-geld. Die Zahlungen erfolgen im Regelfall bei Eingang der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung noch am selben Tag, spätestens am folgenden Werktag.

Mit Beginn des Krankengeldbezugs erhält jeder Kunde eine schriftliche Zusammenstellung mit allen für ihn wichtigen Informationen. Zusätzlich rufen wir unsere Kunden an, um individuell und persönlich auf ihre Fragen einzugehen.

Anzahl Krankengeldfälle	9.413
Anzahl Krankengeldfälle je 100.000	
krankengeldberechtigte Mitglieder	5.804,47
Bearbeitungszeit kassenintern	1 Tag



56.500

ZAHLUNGEN VON
KRANKEN- UND
VERLETZTENGELD

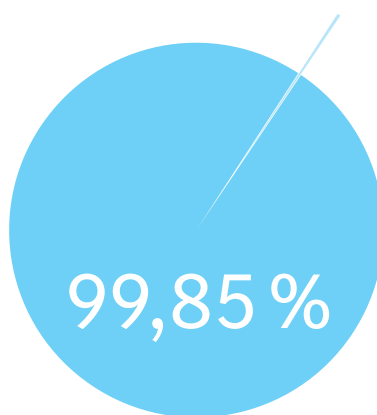


Hilfsmittel

”

Digitalisierung verbessert auch die Versorgung mit Hilfsmitteln. Mit unserer digitalen Plattform machen wir es unseren Kunden einfach, das individuell geeignete Hilfsmittel zu finden.

Jeder kennt sie – Schuheinlagen und Bandagen sind vermutlich die bekanntesten Hilfsmittel, die ihrem Träger das Leben erleichtern. Der Katalog der ärztlich verordneten Hilfsmittel ist umfangreich, er enthält relativ einfache bis hochtechnisierte Produkte, die dazu dienen, im Alltag besser mit einer Erkrankung, körperlichen Einschränkung oder den Folgen eines Unfalls zurechtzukommen.



99,85 %
aller Anträge
konnten wir genehmigen

Anzahl Anträge	206.028
Anzahl bewilligter Anträge	205.715
Anzahl abgelehnter Anträge	313
Genehmigungsquote	99,85 %
Ablehnungsquote	0,15 %



MÖGLICHST LANGE
IN VERTRAUTER
UMGEBUNG BLEIBEN

Pflegeversicherung

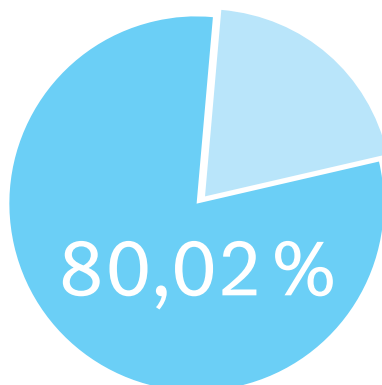
Für unsere Versicherten sind wir Ansprechpartner in allen Fragen rund um die Pflegeversicherung. Mit ihr sollen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen unterstützt werden, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können und der Umzug in eine stationäre Einrichtung vielleicht sogar vermieden werden kann. Wir beraten persön-

lich und stellen gleichzeitig ein umfangreiches Angebot an Online-Hilfen im Internet zur Verfügung, beispielsweise Pflegeanträge zum Download oder interaktive Tools, um nach Pflegeeinrichtungen, -stützpunkten und -kursen zu suchen.

Jeden Antrag auf Pflegeleistungen leiten wir an den Medizinischen Dienst weiter, dieser prüft die Notwendigkeit. An das Ergebnis der Begutachtung sind wir gebunden, dies erklärt, warum wir auch Anträge ablehnen müssen. Auch um die – körperliche wie mentale – Gesundheit der pflegenden Angehörigen kümmern wir uns auf besondere Weise. Sie unterstützen wir mit einer ganzen Reihe



von Angeboten, die ihnen dabei helfen, gut für sich selbst zu sorgen. Denn im anstrengenden Pflegealltag kommt es darauf an, sich nicht zu überfordern, auch an die eigenen Bedürfnisse zu denken und die Resilienz zu stärken. Zu nennen sind hier Beispiele wie aktive Auszeiten, Kurse, Kuren und auch digitale Gesundheitsanwendungen.



Anzahl Erstanträge	3.428
Anzahl bewilligter Erstanträge	2.743
Anzahl abgelehnter Erstanträge	451
Genehmigungsquote	80,02 %
Ablehnungsquote	13,16 %

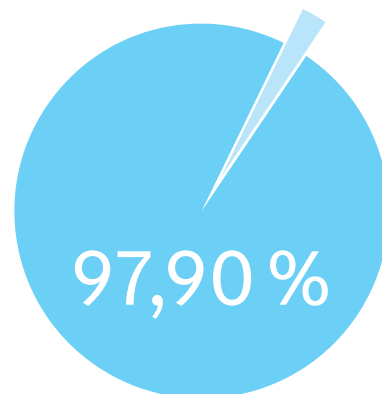
80,02 %
aller im Jahr 2024
erledigten Erstanträge
konnten wir genehmigen



Haushaltshilfe

Kundinnen und Kunden, die sich aufgrund von Krankheit vorübergehend nicht selbst um ihren Haushalt kümmern können, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Haushaltshilfe – das ist Standard in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir gehen darüber hinaus und bieten unseren Versicherten mehr, zum Beispiel was die Altersgrenze der zu versorgenden Kinder angeht oder die Dauer der Kostenübernahme.

Ablehnen müssen wir einen Antrag, wenn sich eine andere im Haushalt lebende Person um den Haushalt kümmern kann oder das zu versorgende Kind 14 Jahre oder älter ist. Manchmal sind auch stundenweise Teilgenehmigungen möglich.



97,90 %
aller Anträge konnten wir
genehmigen

Anzahl Anträge	1.049
Anzahl genehmigter Anträge	1.027
Anzahl abgelehnter Anträge	22
Genehmigungsquote	97,90 %
Ablehnungsquote	2,10 %



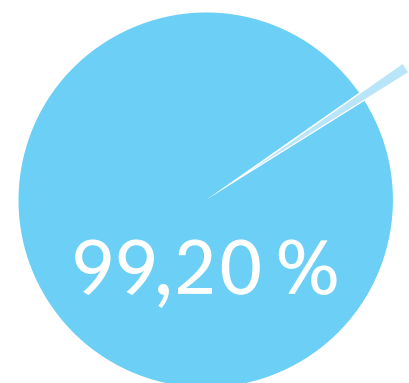
Psychotherapie

Schnelle, effektive Hilfe ist bei psychischen Problemen ganz besonders wichtig. Was zunächst als Notlösung während der Coronapandemie erprobt wurde, weil Vor-Ort-Sprechstunden nicht möglich waren, ist inzwischen etabliert: Therapiestunden per Videosprechstunde, Online-Kurse oder Apps. Dennoch bleibt die Versorgungssituation schwierig; es gibt zu wenige Behandler, was für die Versicherten lange Wartezeiten zur Folge hat.

Ein Projekt im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zielt darauf ab, die Zeit bis zum Beginn einer Psychotherapie zu überbrücken: QUATEMAR. Der Name leitet sich ab aus „Qualifizierte Therapieaufnahme-förderung nach Emp-

fehlung einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie“. Kurz gesagt geht es darum, Versicherte bei einer schnellen Therapieaufnahme zu unterstützen und während der Wartezeit besser zu begleiten – online und telefonisch. Eine wissenschaftliche Studie untersucht, ob die im Rahmen des Projekts angebotenen Leistungen den Alltag der Teilnehmer erleichtern, ihre Lebensqualität verbessern und die Therapieplatzsuche beschleunigen.

In bestimmten Fällen müssen wir Anträge auf Psychotherapie an einen fachärztlichen Gutachter weiterleiten, der über den Antrag entscheidet und ihn gegebenenfalls ablehnt.



Fast 100 %
aller Anträge
konnten wir genehmigen

Anzahl Anträge	3.613
Anzahl genehmigter Anträge	3.585
Anzahl abgelehnter Anträge	28
Genehmigungsquote	99,20 %
Ablehnungsquote	0,80 %



ÜBER 3 MIO. €

FÜR BETRIEBLICHE
GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG



Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung

Die beste Krankheit ist die, die gar nicht erst entsteht. Deshalb machen wir uns für Prävention stark. Als rein betriebsbezogene Krankenkasse erreichen wir sehr viele Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld am Arbeitsplatz, mehr als irgendwo sonst. Zusammen mit Health & Safety, dem Gesundheitsmanagement unserer beiden Trägerunternehmen, machen wir den Beschäftigten Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Diese spezielle Ausrichtung als unternehmensexklusive BKK kommt sowohl den Beschäftigten als auch unseren Trägerunternehmen zugute.

Im Berichtsjahr haben wir über 3 Millionen Euro in BGF-Angebote investiert, sowohl in digitale als auch in Maßnahmen vor Ort. Zu nennen sind hier Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, zum bewegungsförderlichen Arbeiten und für körperlich aktive Beschäftigte, zur gesundheitsgerechten Ernährung im Arbeitsalltag sowie zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb.

Gezielt sprechen wir – ebenfalls in enger Kooperation mit Health & Safety – alle Mitarbeitenden mit jährlichen oder zweijährlichen Gesundheitskampagnen an. Diese widmen sich klassischen Präventionsthemen und klären darüber auf, was jeder Einzelne aktiv für die eigene Gesundheit tun kann.

Die Kampagnen werden vom Verein Betriebliche Krankenversicherung e.V. (BKV) und in intensiver Zusammenarbeit mit weiteren Betriebskrankenkassen speziell für die betrieblichen Bedürfnisse entwickelt und unseren Trägerunternehmen zur Verfügung gestellt. Unsere Kampagne „Care Life – Gemeinsam mit Ihrer BKK gegen Krebs“ klärte 2023/2024 über die häufigsten Krebserkrankungen auf: Haut, Brust, Darm, Lunge, Hoden sowie Prostata und sensibilisierte zur Bedeutung von Prävention und Früherkennung. Die Inhalte sind jeweils auf die spezifische Zielgruppe zugeschnitten. Als Maßnahmen und Medien kommen beispielsweise Webinare, Podcasts, Broschüren, Vorträge und Früherkennungsuntersuchungen zum Einsatz. Stark nachgefragt waren vor allem die in den Betrieben angebotenen Screenings. Die gute Resonanz unterstreicht, wie effektiv Betriebliche Gesundheitsförderung ist – die Beschäftigten profitieren von kurzen Wegen und zeitnahen Terminen.

Zusätzlich zur BGF beteiligen wir uns an den Kosten individueller Gesundheitskurse unserer Versicherten zu den klassischen Präventionsthemen Bewegung, Entspannung, Ernährung und Umgang mit Suchtmitteln.

Hausarztzentrierte Versorgung

Den Hausärzten kommt im Gesundheitswesen eine besondere Rolle zu: Im Idealfall kennen sie ihre Patienten schon sehr lange, häufig begleiten sie die ganze Familie. So entsteht eine vertrauensvolle Beziehung, die es den Ärzten ermöglicht, eine Lotsenrolle einzunehmen. Bei jedem gesundheitlichen Problem ist der Hausarzt erster Ansprechpartner für den Patienten. Mit unserem Wahltarif Hausarztmodell stärken wir diese Lotsenrolle und verbessern nachweislich die Versorgung unserer Versicherten. Dieses Angebot unter dem Namen Hausarzt+ wird von unseren Kunden immer stärker nachgefragt, nicht zuletzt, weil sie von zahlreichen Mehrwerten profitieren. Beispielsweise können sie jährlich den Gesundheits-Check-up ab 35 Jahren nutzen (in Bayern alle zwei Jahre) – der Gesetzgeber sieht nur einen dreijährlichen Turnus vor. Innovatives Leuchtturmprojekt in Baden-Württemberg und der Region Nordrhein ist die Cardisiographie: Mit diesem 3-D-Vektor-EKG lassen sich Anzeichen einer entstehenden oder bestehenden Herzerkrankung mit Unterstützung von künstlicher Intelligenz früh, einfach, schnell und präzise erkennen.

Vertrag	Teilnehmende
Hausarzt+ Bayern	1.174
Hausarzt+ Baden-Württemberg	29.406
Hausarzt+ Nordrhein (GWQ)	1.075
Hausarzt+ Westfalen-Lippe (GWQ)	396
Hausarzt+ Berlin (GWQ)	195
Hausarzt+ Hamburg (GWQ)	623
Hausarzt+ Rheinland-Pfalz (GWQ)	194
Hausarzt+ Bremen (GWQ)	1.342
Hausarzt+ Schleswig-Holstein (GWQ)	40
Hausarzt+ Saarland (GWQ)	9
Hausarzt+ Sachsen (GWQ)	60
Hausarzt+ Niedersachsen (GWQ)	1.558
Hausarzt+ Hessen (GWQ)	1.517
Hausarzt+ Thüringen (GWQ)	2
Summe	37.591

Hausarzt+ Bremen (GWQ) 1.342
Häusarztzentrierte Versorgung

Hausarzt+ Schleswig-Holstein (GWQ) 40
Kassenärztliche Vereinigung

Hausarzt+ Saarland (GWQ) 9
GWQ:
GWQ ServicePlus AG Gesellschaft
für Wirtschaftlichkeit und Qualität
bei Krankenkassen





37.591

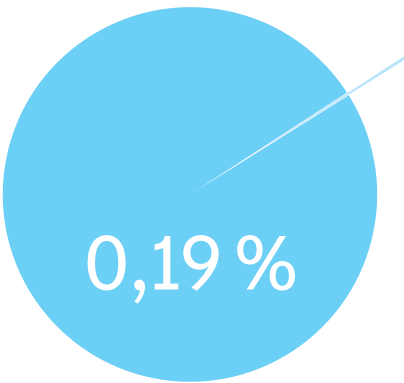
TEILNEHMENDE
VERSICHERTE



”

Die niedrige Widerspruchsquote ist das Ergebnis unserer umfassenden und auf die individuelle Kundensituation ausgerichtete Beratung.

3 Kennzahlen Widersprüche und Klagen

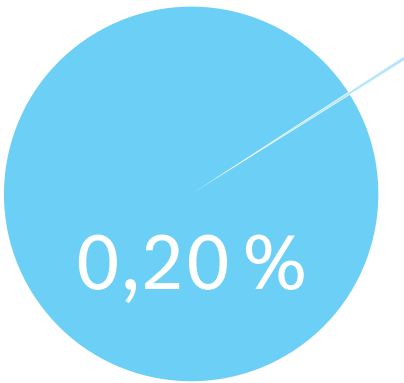


0,19 %

Widerspruchsquote
Krankenversicherung

Widersprüche und Klagen

Krankenversicherung (abgeschlossen)	Anzahl	Anzahl/100k*
Anzahl Widersprüche	615	193,6038
Anzahl erfolgreicher Widersprüche	214	67,36783
Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	280	88,14483
Anzahl zurückgenommener Widersprüche	112	35,2579
Anzahl Klagen	39	12,27731
Anzahl erfolgreicher Klagen	7	2,20362
Anzahl Klagen ohne Erfolg	8	2,518423
Anzahl zurückgenommener Klagen	11	3,46283
Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	3	0,9444089
Widerspruchsquote	0,19 %	



0,20 %

Widerspruchsquote
Pflegeversicherung

Widersprüche und Klagen

Pflegeversicherung (abgeschlossen)	Anzahl	Anzahl/100k*
Anzahl Widersprüche	529	166,53077
Anzahl erfolgreicher Widersprüche	149	46,905644
Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	218	68,627049
Anzahl zurückgenommener Widersprüche	158	49,73887
Anzahl Klagen	30	9,444089
Anzahl erfolgreicher Klagen	9	2,8332268
Anzahl Klagen ohne Erfolg	5	1,57401
Anzahl zurückgenommener Klagen	7	2,2036208
Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	4	1,2592119
Widerspruchsquote	0,20 %	

*Anzahl pro 100.000 Versicherte

Jede Beschwerde eines Kunden, die die formalen Voraussetzungen eines Widerspruchs erfüllt, verstehen und bearbeiten wir auch als solchen. Unser Ziel ist es, im Interesse unserer Kunden die Zahl der Widersprüche gering zu halten, indem wir jeden Leistungsantrag von Anfang an sorgsam und umfassend prüfen und dem Kunden jede Leistung genehmigen, auf die er Anspruch hat – aufgrund von Gesetzen oder auf Basis unserer Satzung.

Unser Ziel ist es, jedem Kunden zu seinem Recht zu verhelfen und beantragte Leistungen wann immer möglich zu bewilligen. Doch auch wenn wir geltendes Recht so kundenfreundlich wie möglich auslegen, gibt es immer Fälle, in denen wir einen Antrag nicht genehmigen können, weil dafür die rechtliche Grundlage fehlt. Jeder Kunde hat dann die Möglichkeit, unsere Entscheidung zu hinterfragen, indem er Widerspruch einlegt. In diesem Fall

prüfen wir erneut, ob eventuell Informationen oder Unterlagen fehlen, auf deren Basis eine Genehmigung doch möglich ist. Ist dies nicht der Fall, befasst sich der Widerspruchsausschuss mit dem Anliegen. Lehnt dieser den Widerspruch ab, bleibt dem Kunden als letzte Möglichkeit eine Klage vor dem Sozialgericht.



4

Kennzahlen Patientensicherheit



Anspruch auf Schadensersatz? Wir unterstützen unsere Versicherten mit unserem Know-how.

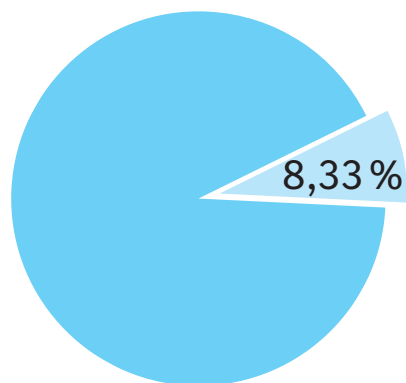
Wir beraten und unterstützen unsere Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen in Zusammenhang mit vermuteten oder tatsächlichen ärztlichen Behandlungsfehlern. Dazu gehört beispielsweise die Prüfung von Unterlagen des Versicherten auf Vollständigkeit und

Plausibilität oder die Beauftragung eines für den Versicherten kostenlosen Gutachtens durch den Medizinischen Dienst. Diese Unterstützung ist notwendig, weil es in der Regel für den einzelnen Versicherten sehr schwierig ist, seine Ansprüche gegenüber dem bürokratischen Apparat Kranken-

haus allein durchzusetzen; außerdem scheuen viele Betroffene die hohen Prozesskosten, falls es zu einer gerichtlichen Klärung kommt. In dieser Situation stehen wir dem Versicherten mit unserem Know-how zur Seite.

Unterstützungsfälle	Anzahl	Anzahl/100k*
Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	95	29,91
Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung	48	15,11
Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	4	
Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	23	
*Anzahl pro 100.000 Versicherte		

Behandlungsfehler	Quote
Durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigte Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	8,33 %
Durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigte Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	47,92 %



8,33 %
bestätigte Behandlungsfehler

So erreichen Sie uns

Zentrale Rufnummer

+49 711 490 91 00

Zentrale Postanschrift

Mercedes-Benz BKK, 28178 Bremen

Region Nord

Bremen und Hamburg

Telefon +49 421 80 71 60

nord@mercedes-benz-bkk.com

Region Ost

Berlin, Ludwigsfelde

Telefon +49 30 76 75 82 80

berlin@mercedes-benz-bkk.com

Region Mitte

Düsseldorf

Telefon +49 211 882 39 60

servicemitte@mercedes-benz-bkk.com

Region Südwest

Mannheim

Telefon +49 621 399 94 10

suedwest@mercedes-benz-bkk.com

Kassel

Telefon +49 561 510 04 90

servicemitte@mercedes-benz-bkk.com

Rastatt

Telefon +49 72 22 940 38 10

suedwest@mercedes-benz-bkk.com

Wörth, Germersheim

Telefon +49 72 71 59 64 50

suedwest@mercedes-benz-bkk.com

Gaggenau

Telefon +49 72 25 60 64 50

suedwest@mercedes-benz-bkk.com



Region Süd

Leinfelden-Echterdingen,
Stuttgart-Untertürkheim,
Stuttgart-Vaihingen
Telefon +49 711 49 09 11 10
sued@mercedes-benz-bkk.com

Sindelfingen

Telefon +49 70 31 30 97 90
sued@mercedes-benz-bkk.com

Neu-Ulm

Telefon +49 731 298 79 10
sued@mercedes-benz-bkk.com

Weitere wichtige Rufnummern

Gesundheitstelefon
Telefon +49 711 49 09 11 11

Impressum

Herausgeber

Mercedes-Benz BKK
vertreten durch den Vorstand
Toralf Speckhardt
Mercedesstraße 120
70372 Stuttgart

Redaktion

Monika Bähner, Mercedes-Benz BKK

Fotos
Porträt Seite 4: Mercedes-Benz BKK;
alle anderen: Stock/Getty Images

Layout

SoPunkt Agentur GmbH