

MERCEDES-BENZ BKK: TRANSPARENZBERICHT 2025

Mercedes-Benz





Inhalt

Editorial		4
Qualitätsmanagement und Kundenfeedback		5
1	Kennzahlen Service	6
–	Online-Kundencenter	7
2	Kennzahlen Leistungen	8
–	Vorsorge und Rehabilitation	9
–	Krankengeld	10
–	Zahnersatz	11
–	Hilfsmittel	12
–	Pflegeversicherung	14
–	Haushaltshilfe	16
–	Psychotherapie	16
–	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,

ich freue mich sehr, Ihnen unseren sechsten Transparenzbericht vorzustellen. Er liefert objektive Kennzahlen zu unserem Service- und Leistungsverhalten. Solche Zahlen sind geeignet, Versicherten Orientierung zu geben. Belastbare Kennzahlen ermöglichen es ihnen, die Qualität verschiedener Krankenkassen miteinander zu vergleichen und eine fundierte Entscheidung zu treffen, welcher Anbieter für sie in ihrer individuellen Lebenslage der richtige ist.

Transparenz halte ich für eine unverzichtbare Voraussetzung für eine gelingende, vertrauensvolle Kundenbeziehung. Unsere Versicherten bringen uns ein hohes Maß an Vertrauen entgegen, das bestätigen uns regelmäßig die Ergebnisse von Kundenbefragungen, wie zum Beispiel aktuell der erste Platz in der Gesamtzufriedenheit (gesetzliche Krankenkassen) beim Kundenmonitor® Deutschland 2026. Dieses Vertrauen kommt nicht von ungefähr. Unsere Kunden wissen, dass sie sich auf uns als Partner an ihrer Seite verlassen können, wenn es mal „ernst“ wird und sie Leistungen benötigen. Unser Ziel ist es, im Rahmen des gesetzlich Möglichen, jede Leistung zu genehmigen und unseren Kunden zur bestmöglichen Versorgung zu verhelfen.

Die Zahlen in diesem und allen vorangegangenen Berichten sprechen für sich. Seit Jahren bewegen sich unsere Genehmigungsquoten auf konstant hohem Niveau. Das spiegeln auch unsere niedrigen Zahlen an Widersprüchen und Klagen vor dem Sozialgericht sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung wider. Sie sind das Ergebnis unserer umfassenden Leistungsbereitschaft. Dazu gehört für uns auch, unsere Kunden vom Moment der Antragstellung an bis hin zur Genehmigung kompetent und empathisch zu begleiten. Jeden Antrag prüfen wir sorgsam und umfassend. Wir beraten unsere Kunden aktiv, wenn wir zu dem Schluss kommen sollten, dass eine beantragte Leistung in einer ganz bestimmten Lebenssituation nicht „die richtige“ ist, und empfehlen Alternativen, die besser geeignet sind und deren Kosten wir übernehmen dürfen.

Doch natürlich gibt es Fälle, in denen wir eine Leistung nicht genehmigen. Kommt es zum Widerspruch durch den Versicherten mit anschließender Klage vor dem Sozialgericht, bedeutet das aber nicht das Ende unserer partnerschaftlichen, empathischen Begleitung. Dieser professionelle, respektvolle und einfühlsame Umgang mit unseren Kunden wird auch von den Richterinnen und Richtern gesehen und gewürdigt. Unser Anspruch an uns selbst ist es, fachlich korrekt zu entscheiden und dabei stets den Menschen hinter dem „Fall“ im Blick zu haben. Der Mensch steht bei allem, was wir tun, im Mittelpunkt. Der Lohn: eine hohe Kundenzufriedenheit, die uns täglich motiviert, noch besser zu werden, und ein erster Platz beim Kundenmonitor® Deutschland.





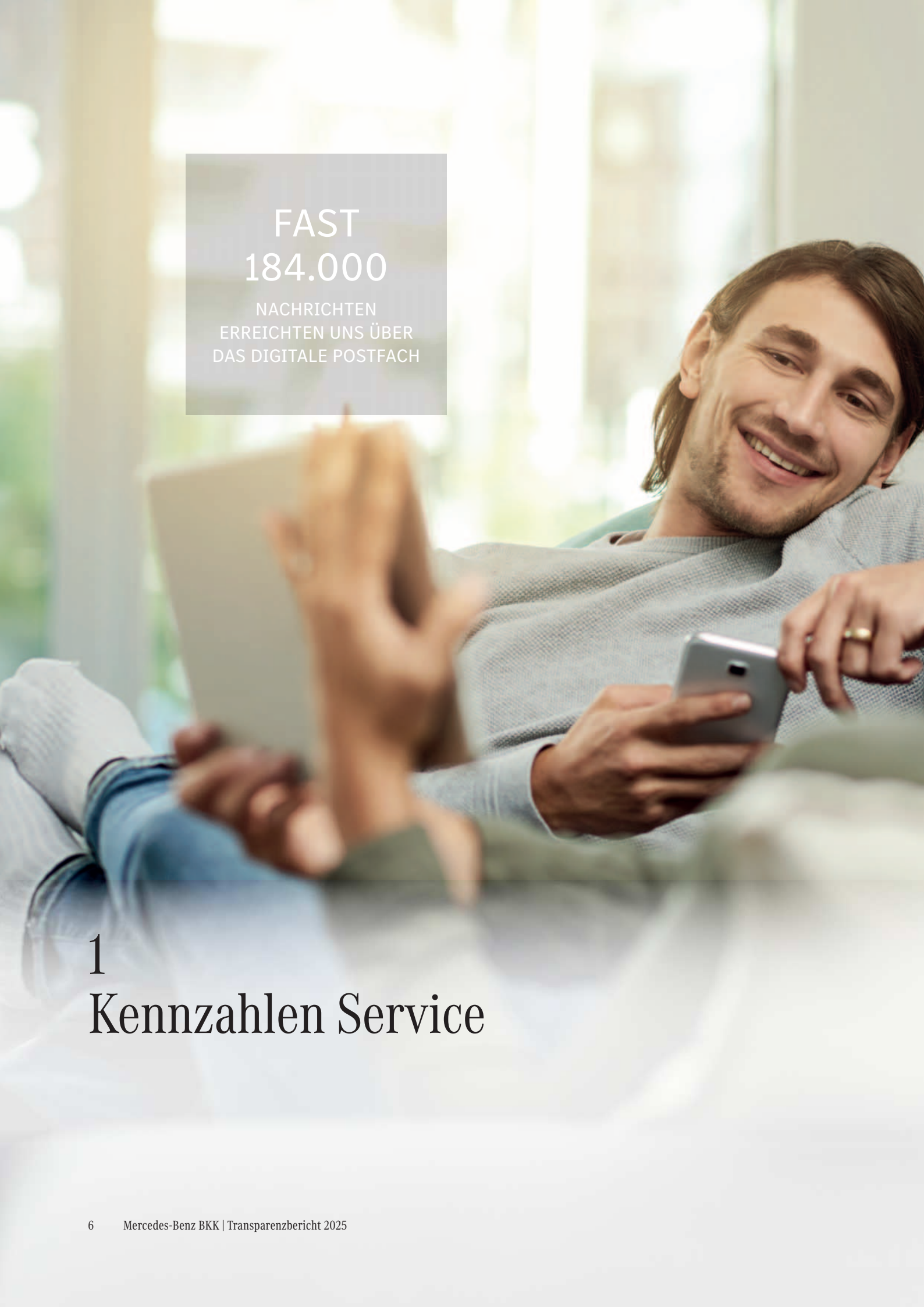


Qualitätsmanagement und Kundenfeedback

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-Ergebnis 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 im Zusammenhang mit Auszahlungen an unsere Kundinnen und Kunden genau unter die Lupe nehmen. Haben wir den korrekten Betrag überwiesen? Sind alle Angaben in unserer EDV richtig erfasst? Haben wir den Prozess nach dem dafür vorgesehenen Standard bearbeitet? 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



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, schnell und sicher mit uns sensible Daten auszutauschen, und Self-Service-Angebote. Die kontinuierlich steigenden Nutzerzahlen zeigen uns, dass wir mit diesem Angebot die Erwartungen unserer Kunden treffen.

Diese Möglichkeiten nutzen die Kunden besonders häufig: Mehr als 678.000 von uns versandte Nachrichten und Briefe wurden gelesen.

In die andere Richtung funktioniert die Kommunikation natürlich auch: Fast 184.000 Nachrichten erreichten uns 2025 über das digitale Postfach unseres Online-Kundencenters „Meine Mercedes-Benz BKK“.

Über 65.300 Kundenfotos für die elektronische Gesundheitskarte haben wir erhalten.

Mehr als 19.000-mal beantragten Kunden eine Erstattung für verauslagte Kosten.

Knapp 17.000-mal erstellten sich Kunden selbst eine Versicherungsbescheinigung oder einen Auslandskrankenschein. Innerhalb von Sekunden bekommen die Kunden das jeweilige Dokument in ihr digitales Postfach.



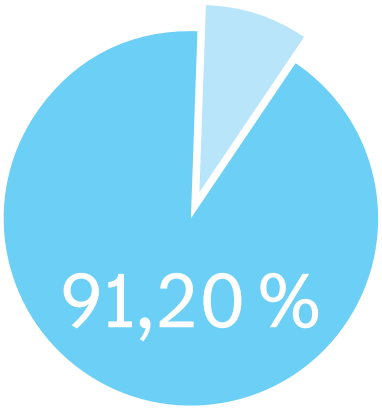
2 Kennzahlen Leistungen



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	4.627
Anzahl genehmigter Anträge	4.220
Anzahl abgelehnter Anträge	407
Genehmigungsquote	91,20 %
Ablehnungsquote	8,80 %



91,20 %
aller Anträge konnten wir genehmigen



Krankengeld

Nach in der Regel sechs Wochen Entgeltfortzahlung zahlen wir unseren Kunden Krankengeld, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die Zahlungen erfolgen im Regelfall bei Eingang der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung noch am selben Tag, spätestens am folgenden Werktag.

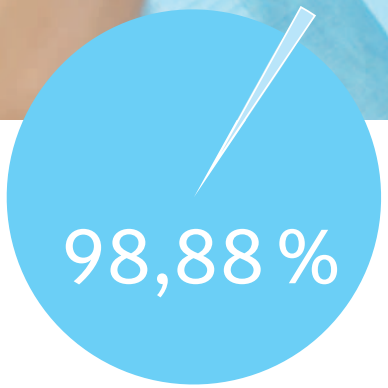
Mit Beginn des Krankengeldbezugs erhält jeder Kunde eine schriftliche Zusammenstellung mit allen für ihn wichtigen Informationen. Zusätzlich rufen wir unsere Kunden an, um individuell und persönlich auf ihre Fragen einzugehen.

Anzahl Krankengeldfälle	9.013
Anzahl Krankengeldfälle je 100.000 krankengeldberechtigte Mitglieder	5.833
Bearbeitungszeit kassenintern	1 Tag



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.



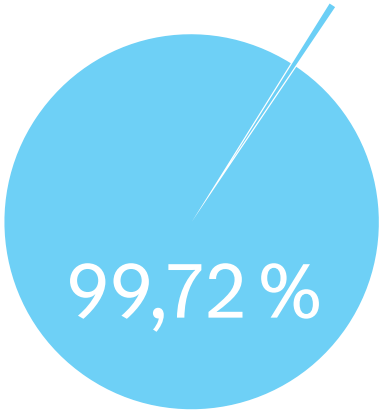
98,88 %
aller Anträge
konnten wir genehmigen

Anzahl Anträge	23.318
Anzahl bewilligter Anträge	23.057
Anzahl abgelehnter Anträge	261
Genehmigungsquote	98,88 %
Ablehnungsquote	1,12 %

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

Hilfsmittel

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.



Anzahl Anträge	221.566
Anzahl bewilligter Anträge	220.953
Anzahl abgelehnter Anträge	613
Genehmigungsquote	99,72 %
Ablehnungsquote	0,28 %

99,72 %
aller Anträge
konnten wir genehmigen



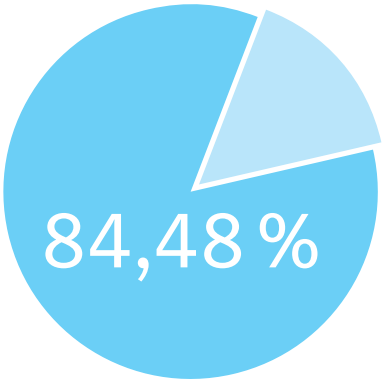




Pflegeversicherung

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-





84,48 %
aller im Jahr 2025
erledigten Erstanträge
konnten wir genehmigen

Anzahl Anträge	3.299
Anzahl bewilligter Anträge	2.787
Anzahl abgelehnter Anträge	512
Genehmigungsquote	84,48 %
Ablehnungsquote	15,52 %

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

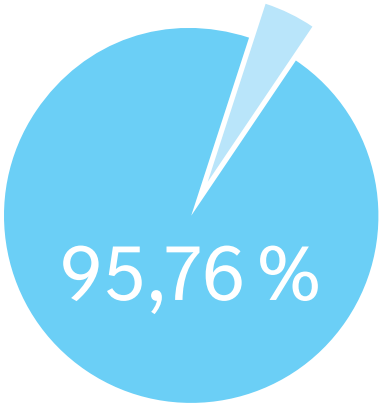
Jeden Antrag auf Pflegeleistungen leiten wir an den Medizinischen Dienst weiter, dieser prüft die Notwendigkeit. An das Ergebnis der Begutachtung sind wir gebunden, dies erklärt, warum wir auch Anträge ablehnen müssen.
Auch um die – körperliche wie mentale – Gesundheit der pflegenden Angehörigen kümmern 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 beispielsweise aktive Auszeiten, Kurse, Kuren und auch digitale Gesundheitsanwendungen.



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.



Anzahl Anträge	990
Anzahl genehmigter Anträge	948
Anzahl abgelehnter Anträge	42
Genehmigungsquote	95,76 %
Ablehnungsquote	4,24 %

95,76 %
aller Anträge konnten wir genehmigen



Psychotherapie

Schnelle, effektive Hilfe ist bei psychischen Problemen ganz besonders wichtig. Was zunächst als Notlösung 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.

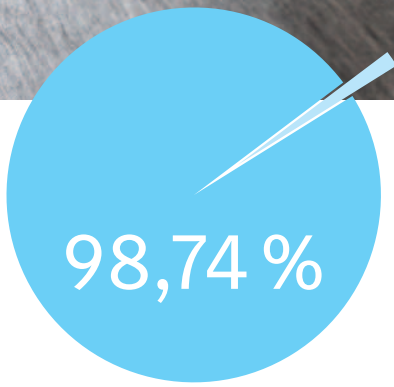
Ein zum 31.07.2026 beendetes Projekt im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zielte darauf ab, die Zeit bis zum Beginn einer



Psychotherapie zu überbrücken: QUATEMAR. Der Name leitet sich ab aus „Qualifizierte Therapieaufnahmeförderung nach Empfehlung einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie“. Kurz gesagt ging es darum, Versicherte bei einer schnellen Therapieaufnahme zu unterstützen und während der Wartezeit besser zu begleiten – online und telefonisch.

Die Ergebnisse einer begleitenden wissenschaftlichen Studie stehen noch aus. Untersucht wurde, ob die im Rahmen des Projekts angebotenen Leistungen den Alltag der Teilnehmenden erleichtert, ihre Lebensqualität verbessert und die Therapieplatzsuche beschleunigt haben.

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



98,74 %
aller Anträge
konnten wir genehmigen

Anzahl Anträge	3.815
Anzahl genehmigter Anträge	3.767
Anzahl abgelehnter Anträge	48
Genehmigungsquote	98,74 %
Ablehnungsquote	1,26 %

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 zugleich den Beschäftigten und unseren Trägerunternehmen zugute.

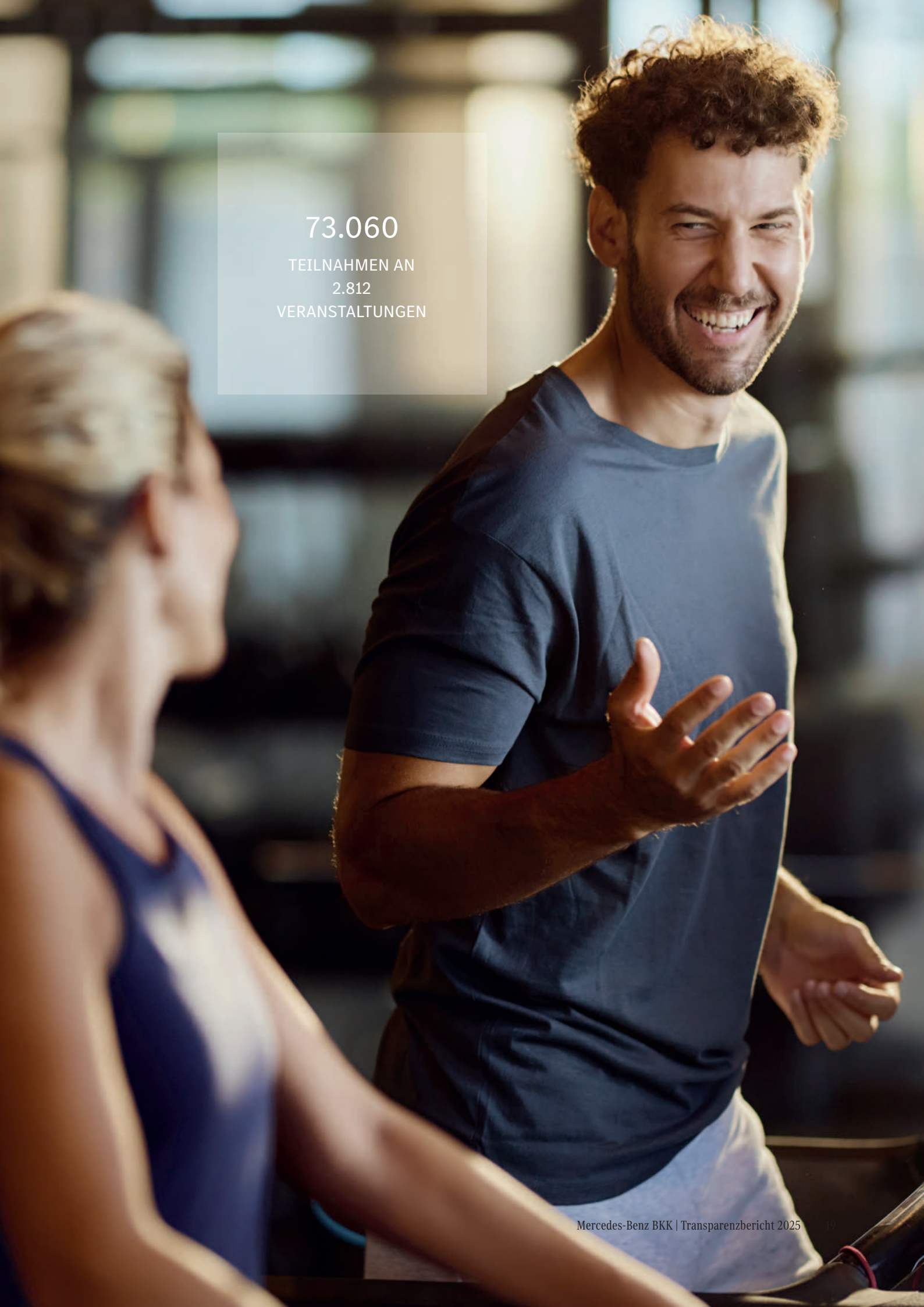
Auch im Jahr 2025 gab es wieder ein umfangreiches und vielseitiges BGF-Angebot für die Beschäftigten. Die Resonanz spricht für sich: Wir verzeichneten 2.812 Veranstaltungen – online und in den Betrieben vor Ort – mit 73.060 Teilnahmen. Zu nennen sind hier Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, zum bewegungsförderlichen Arbeiten und für körperlich aktive Beschäftigte, zur gesundheitsgerechten Ernährung im Arbeitsalltag sowie zur verhaltensbezogenen Suchtprävention.

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 aktuelle Kampagne „Achte auf Dich. Stärke Dein seelisches Immunsystem“ gibt alltagstaugliche Tipps zur Förderung der eigenen Resilienz und des psychischen Wohlbefindens. Sensibilisierung, Aufklärung und Enttabuisierung rund um das Thema mentale Gesundheit stehen im Mittelpunkt. Zum Einsatz kommen Webinare, Podcasts, ein spezieller Bereich auf unserer Homepage (Microsite) zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten sowie gemeinsame Aktionen mit Health & Safety in den Betrieben vor Ort.

Zusätzlich zur BGF beteiligen wir uns gemäß Paragraf 20 SGB V an den Kosten individueller Gesundheitskurse unserer Versicherten zu den klassischen Präventionsthemen Bewegung, Entspannung, Ernährung und Umgang mit Suchtmitteln. Ziel der Maßnahmen ist es, die gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten zu stärken und sie dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit aktiv und nachhaltig zu fördern.




73.060
TEILNAHMEN AN
2.812
VERANSTALTUNGEN





44.148

TEILNEHMENDE VERSICHERTE

Hausarztzentrierte Versorgung

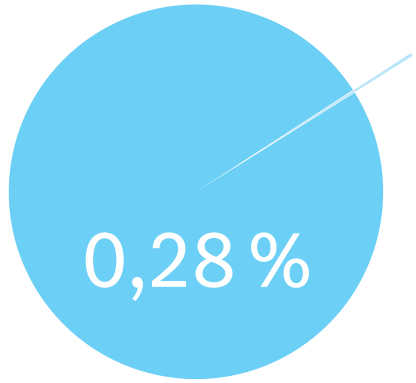
Den Hausärzten kommt im Gesundheitswesen eine besondere Rolle zu: Im Idealfall kennen sie ihre Patienten schon sehr lange, häufig begleiten sie die ganze Familie. So entsteht eine vertrauensvolle Beziehung, die es den Ärzten ermöglicht, eine Lotsenrolle einzunehmen. Bei jedem gesundheitlichen Problem 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.

Region	Teilnehmende
Schleswig-Holstein	55
Hamburg	844
Bremen	1.662
Niedersachsen	1.723
Westfalen-Lippe	465
Nordrhein	1.192
Hessen	1.857
Rheinland-Pfalz	313
Baden-Württemberg	34.333
Bayern	1.317
Berlin	256
Saarland	12
Brandenburg	37
Thüringen	3
Sachsen	79
Gesamt	44.148



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

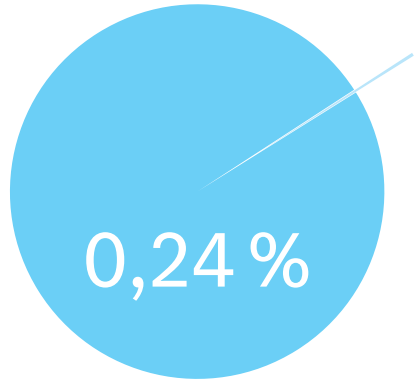
3 Kennzahlen Widersprüche und Klagen



Widerspruchsquote Krankenversicherung

Widersprüche und Klagen

Krankenversicherung (abgeschlossen)	Anzahl	Anzahl/100k*
Anzahl Widersprüche	748	242,00
Anzahl erfolgreicher Widersprüche	266	86,06
Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	325	105,15
Anzahl zurückgenommener Widersprüche	154	49,82
Anzahl Klagen	30	9,71
Anzahl erfolgreicher Klagen	1	0,32
Anzahl Klagen ohne Erfolg	6	1,94
Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden	17	5,50
Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	4	1,29
Widerspruchsquote	0,28 %	



Widerspruchsquote Pflegeversicherung

Widersprüche und Klagen

Pflegeversicherung (abgeschlossen)	Anzahl	Anzahl/100k*
Anzahl Widersprüche	610	197,35
Anzahl erfolgreicher Widersprüche	158	51,12
Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	181	58,56
Anzahl zurückgenommener Widersprüche	266	86,06
Anzahl Klagen	30	9,71
Anzahl erfolgreicher Klagen	9	2,91
Anzahl Klagen ohne Erfolg	2	0,65
Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden	6	1,94
Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	4	1,29
Widerspruchsquote	0,24 %	

*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

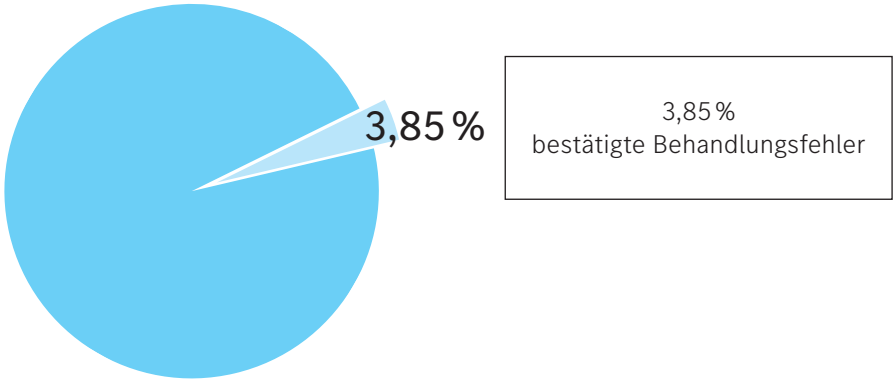
Anspruch auf Schadensersatz? Wir unterstützen unsere Versicherten mit unserem Know-how.

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 Krankenhaus 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	97	31,38
Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung	26	8,41
Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	1	
Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	5	

*Anzahl pro 100.000 Versicherte

Behandlungsfehler	Quote
Durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigte Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	3,85 %
Durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigte Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	19,27 %



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 Mitte
Düsseldorf
Telefon +49 211 882 39 60
servicemitte@mercedes-benz-bkk.com

Kassel
Telefon +49 561 510 04 90
servicemitte@mercedes-benz-bkk.com

Region Ost
Berlin, Ludwigsfelde
Telefon +49 30 76 75 82 80
berlin@mercedes-benz-bkk.com

Region Südwest
Mannheim
Telefon +49 621 399 94 10
suedwest@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
Mercedes-Benz BKK

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

Layout
SoPunkt Agentur GmbH

mercedes-benz-bkk.com
Stand 9.26

und Mercedes-Benz sind Marken der Mercedes-Benz Group AG.