

2022

Transparenz im Leistungsgeschehen der AOK PLUS

Relevante Angebote · Services · Leistungsinformationen

Inhalt

Vorwort	3	3. Leistungen und Kostenübernahme:	
1. Kontakt zur AOK PLUS:		Wie wir Sie unterstützen	28
Wie Sie uns erreichen	5	Leistungen gesamt	29
Filialen	6	TOP-Leistungen	31
Telefonischer Kontakt	7	Leistungsantrag bei TOP-Leistungen:	
Online-Services	8	Dauer der Bearbeitung	33
Beratung zu Hause	10	Widersprüche gegen Leistungsentscheidungen	35
Mehrsprachige Beratung	11	4. Feedback und Beschwerden:	
2. Leistungs- und Versorgungsangebote:		Was unsere Versicherten sagen	39
Was wir Ihnen bieten	12	5. Versichertenbefragungen:	
Leistungen A – Z	13	Wie wir Ihre Meinung einholen	44
Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen	14		
Gesundheitsangebote	21		
Besondere Versorgungsangebote	23		

Transparenz im Leistungsgeschehen der AOK PLUS

Bereits zum vierten Mal lassen wir Sie hinter die Kulissen schauen: Mit dem vorliegenden Transparenzbericht ermöglichen wir Ihnen, die Qualität Ihrer AOK PLUS objektiv beurteilen zu können. Wie lange dauert die Bearbeitung von Pflegeleistungen? Welche Krankenkassen-Leistungen werden am stärksten nachgefragt? Welche Versorgungsangebote erhalten Sie ganz exklusiv bei uns? Und wie gehen wir eigentlich mit dem Feedback unserer Kundinnen und Kunden um? All diese Details können für bessere Orientierung bei der Wahl Ihrer gesetzlichen Krankenkasse sorgen.

Als Gesundheitslotse wollen wir alle Menschen dabei begleiten, ihr Leben so gesund wie möglich zu gestalten. Fast 3,5 Millionen Versicherte schenken uns ihr Vertrauen und wir begleiten sie dafür professionell in allen Lebenssituationen, bei Krankheit, Pflege, bei Gesundheitsvorsorge und Prävention. Die im Transparenzbericht ausgewählten Qualitätskriterien basieren auf Gesprächen mit Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherorganisationen und deren Erfahrungen und Anregungen.



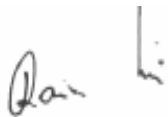
von links: Rainer Striebel, Dr. Stefan Knupfer

Transparenz im Leistungsgeschehen der AOK PLUS

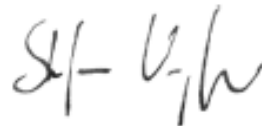
Die AOK PLUS steht als größte gesetzliche Krankenkasse in Sachsen und Thüringen für Gesundheit, Nähe und die Verantwortung einer umfassenden, bedarfsgerechten sowie qualitätsorientierten medizinischen Versorgung. Um diese auch in der Zukunft sicherzustellen, arbeiten wir mit allen Partnern des Gesundheitswesens in Sachsen und Thüringen eng zusammen. Denn für uns als Gesundheitskasse zählt vor allem eins: Die Gesundheit jedes einzelnen Menschen liegt uns am Herzen.

Wir stehen zu unserer gesellschaftlichen Verantwortung und nehmen unser Leistungsversprechen gegenüber Ihnen, unseren Versicherten, sehr ernst. Wir suchen innovative Ansätze für die Versorgung unserer Versicherten und stehen als verlässlicher Partner an ihrer Seite. Nicht nur im direkten Kontakt, in den Filialen, per E-Mail oder Telefon oder unserer Online-Filiale, sondern auch, indem wir mit Ihnen offen über unsere Leistungsanträge, Bearbeitungsprozesse und mehr reden, um uns mit Ihrer Hilfe und Ihrem Feedback weiter zu verbessern. Aus diesem Zweck machen wir mit diesem Bericht unsere Leistungs- und Versorgungsangebote sowie unsere Servicequalität für Sie transparent.

Ihre AOK PLUS



Rainer Striebel
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Stefan Knupfer
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

1. Kontakt zur AOK PLUS: Wie Sie uns erreichen

Die AOK PLUS ist Ihr zentraler Ansprechpartner für das Thema Gesundheit. Damit Sie uns gut erreichen können, gibt es viele Kontaktmöglichkeiten. Egal, ob persönlich vor Ort, per Telefon oder online – wir sind für Sie da. So können wir Sie in allen Lebenslagen kompetent beraten und Ihnen unterstützend zur Seite stehen.

Filialen

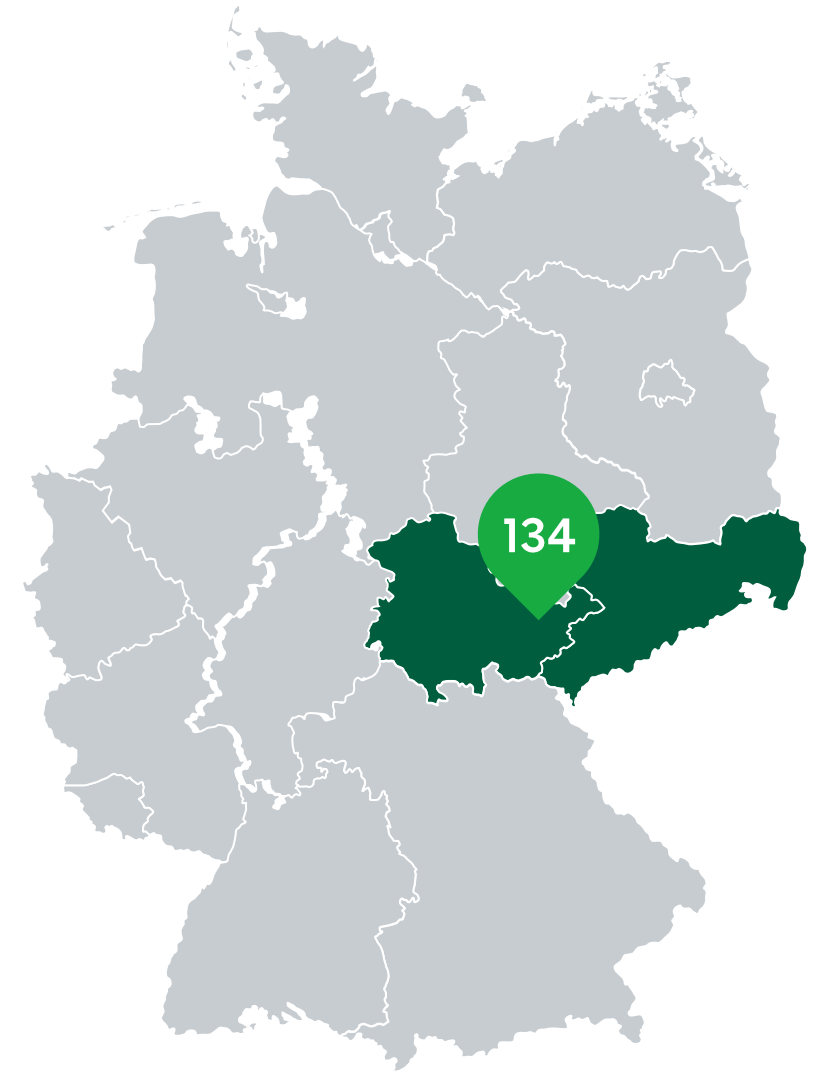
Guter Service einer Krankenkasse zeichnet sich unter anderem durch eine gute Erreichbarkeit vor Ort aus. Diese Nähe ermöglicht es Ihnen, Ihre Fragen schnell und im persönlichen Gespräch zu klären.

Die AOK PLUS garantiert Ihnen ein einzigartiges Netzwerk an Filialen. Wir sind mit **134 Standorten** in den Regionen Sachsen und Thüringen flächendeckend vertreten. Die maximale Entfernung zu einer unserer Filialen beträgt in unseren Regionen **20 km**. Damit hat die AOK PLUS ein besonders dichtes Filialnetz.

118 unserer **Geschäftsstellen** erreichen Sie auch mit einem Rollstuhl, Rollator oder Kinderwagen problemlos. In allen Filialen können Sie Beratungstermine [vorab online vereinbaren](#) und so Wartezeiten umgehen.

Hier finden Sie Ihre nächste Filiale:

Nutzen Sie einfach unsere [Filialsuche](#).



Telefonischer Kontakt

Wir beraten und informieren Sie auch gerne telefonisch – schnell und unkompliziert. Wenn Sie es wünschen, rufen wir Sie zu einem Wunschtermin an.

Mehr Infos zum [Rückruf-Service der Gesundheitskasse](#)

Unter diesen Nummern erreichen Sie uns rund um die Uhr:

Innerhalb Deutschlands* 0800 105900

Außerhalb Deutschlands** 0049 351 320288

* Kostenfrei.

** Die Kosten richten sich nach dem Tarif des ausländischen Netzbetreibers.

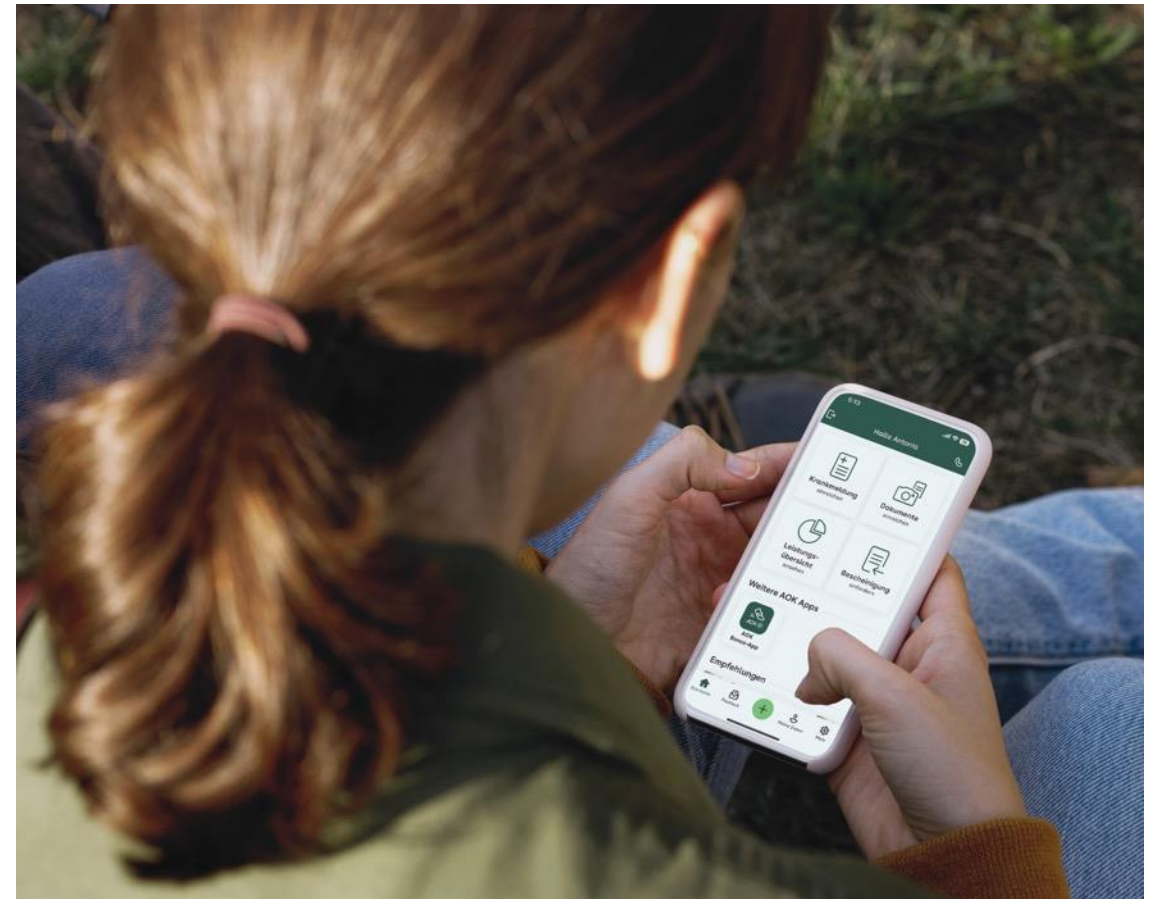


Online-Services

Unser digitaler Service ist eine gute Ergänzung zu der Beratung vor Ort oder am Telefon. Online erreichen Sie uns jederzeit und überall. Unsere Services im Überblick:

Internetportal

Unser Internetportal aok.de ist das digitale Herzstück der Gesundheitskasse. Sie finden dort umfangreiche Informationen zu allen AOK-Leistungen, Informationen zu Programmen, Krankheiten und Prävention sowie Möglichkeiten zur Kommunikation und Interaktion. Die besonderen Angebote für Berufsstarterinnen und Berufsstarter, Schülerinnen und Schüler sowie Studentinnen und Studenten finden Sie [hier](#).



Online-Services

Onlineportal „Meine AOK“

Viele Anliegen können Sie ganz bequem und sicher auf unserem [Onlineportal „Meine AOK“](#) erledigen. Wir arbeiten daran, Ihnen künftig alle unsere Leistungen und Services auf diesem Weg anzubieten. Ein weiteres digitales Angebot ist die [Meine AOK-App](#). Damit haben Sie das Onlineportal direkt auf Ihrem Smartphone. Registrieren Sie sich und nutzen Sie alle Vorteile auch mobil.

Online-Kontaktformular

Über unser [Kontaktformular](#) können Sie mit uns jederzeit sicher kommunizieren und uns Ihr Anliegen senden. Wir kümmern uns umgehend darum.

Chat

Auf der Internetseite aok.de finden Sie unser Live-Chat-Angebot. Dort können Sie allgemeine Fragen stellen oder sich beraten lassen. Auch hier schreiben wir den Datenschutz groß: Die Beratung erfolgt deshalb anonym. Das kann dazu führen, dass wir einzelne Fragen nicht im Chat beantworten können. In solchen Fällen erfolgt dann ein Wechsel auf einen sicheren Kontaktkanal.

Social Media

Auf [Facebook](#), [YouTube](#), [Twitter](#), [Instagram](#), [TikTok](#) und [LinkedIn](#) können Sie sich über Angebote der AOK PLUS informieren. Zu Ihrem Schutz geben Sie auf diesen Kanälen bitte keine persönlichen Daten an, da diese sonst öffentlich zu sehen sind.

Nutzen Sie für personenbezogene Anfragen unsere sicheren Kontaktmöglichkeiten, z. B. das [Onlineportal „Meine AOK“](#) oder das [Servicetelefon](#).

Beratung zu Hause



Es gibt Situationen, in denen Sie nicht zu uns kommen können, aber trotzdem eine persönliche Beratung der Gesundheitskasse brauchen. In diesem Fall bieten wir individuelle Beratung zu Hause an.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besuchen Sie in besonderen Lebenslagen in Ihren vier Wänden und sind persönlich für Sie da.

[Erfahren Sie mehr über unsere Pflegeberatung](#)

Mehrsprachige Beratung

Sprachbarrieren können eine optimale Beratung sehr erschweren. Um Missverständnissen vorzubeugen, bieten wir mehrsprachige Beratung an – für Menschen, die sich am besten in ihrer Muttersprache verständigen können. So stellen wir sicher, dass wir alle Aspekte einer Anfrage einwandfrei verstehen.

Die AOK PLUS bietet Ihnen Beratung in diesen **Sprachen** an:

- Deutsch und Englisch
- Und in eingeschränkter Form in den Sprachen:

Afghanisch

Polnisch

Tschechisch

Arabisch

Portugiesisch

Türkisch

Finnisch

Rumänisch

Ukrainisch

Französisch

Russisch

Ungarisch

Italienisch

Schwedisch

Vietnamesisch

Iranisch

Sorbisch

Persisch

Spanisch

- Aktuell wird an der Einführung einer Übersetzungssoftware gearbeitet zur Überwindung der Sprachbarrieren.

Auf der AOK-Internetseite für zugewanderte Menschen informieren wir in verschiedenen Sprachen umfassend über die gesetzliche Krankenversicherung und Angebote der AOK: [Willkommen in Deutschland](#)

2.

Leistungs- und Versorgungsangebote: Was wir Ihnen bieten

Leistungen A – Z

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind größtenteils gesetzlich vorgeschrieben. Die AOK PLUS bietet darüber hinaus besondere Leistungen, um Ihre Gesundheit zu erhalten und Ihre Versorgung im Krankheitsfall optimal zu gestalten.

Das [gesamte Leistungsangebot](#) der AOK PLUS finden Sie auf unserer Internetseite.



Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen

Clarimedis



AOK-Clarimedis: Medizinische Beratung am Telefon

Bei medizinischen Fragen hilft Ihnen das [AOK-Clarimedis-Team](#) – an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr. Expertinnen und Experten insbesondere aus den Bereichen Medizin, Pharmakologie und Psychologie beantworten Ihre Fragen, erklären Laborwerte und geben Ratschläge. Diese exklusive Beratung können nur AOK-Versicherte in Anspruch nehmen.

Innerhalb Deutschlands* 0800 1 265 265

Außerhalb Deutschlands** 0049 30 856 142 93

* Kostenfrei.

** Die Kosten richten sich nach dem Tarif des ausländischen Netzbetreibers.



AOK-Clarimedis: Videosprechstunde

Die Videosprechstunde von AOK-Clarimedis bietet AOK-Versicherten exklusiv und kostenfrei die Möglichkeit der Video-Telefonie mit unseren Orthopädinnen und Orthopäden, Onkologinnen und Onkologen sowie Hebammen – ganz persönlich von Auge zu Auge, und doch bequem im eigenen Zuhause.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie jeweils einen Termin. Wählen Sie hier Ihren Wunschtermin im Online-Terminkalender aus:

Videosprechstunde
Orthopädie

[Zur Terminvereinbarung ↗](#)

Videosprechstunde
Onkologie

[Zur Terminvereinbarung ↗](#)

Videosprechstunde
**Schwangerschaft und
Geburt**

[Zur Terminvereinbarung ↗](#)

Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen

Baby-Telefon: Unterstützung für Eltern

Am [AOK-Baby-Telefon](#) erhalten Eltern Hilfe bei medizinischen Fragen rund um die Gesundheit ihres kleinen Nachwuchses. Schreit Ihr Kind die ganze Nacht oder verweigert es den Brei, geben Ihnen die Expertinnen und Experten vom Baby-Telefon rund um die Uhr hilfreiche Unterstützung. Auch diese exklusive Beratung können nur AOK-Versicherte in Anspruch nehmen.

Innerhalb Deutschlands* 0800 1 265 265

Außerhalb Deutschlands** 0049 30 856 142 93

* Kostenfrei.

** Die Kosten richten sich nach dem Tarif des ausländischen Netzbetreibers.



Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen

Behandlungsfehler: So hilft die AOK

Sie vermuten, dass bei Ihrer medizinischen Behandlung Fehler passiert sind? [Kontaktieren Sie uns](#). Wir stehen Ihnen zur Seite.

Ein Team aus Spezialistinnen und Spezialisten hilft Ihnen, dem Verdacht einer fehlerhaften Behandlung oder eines Pflegefehlers sowie von Schäden, die durch Medizinprodukte oder Arzneimittel entstanden sein könnten, nachzugehen. Wir geben auch eine Einschätzung zu Ihrer rechtlichen Situation und bieten Hilfestellung für das weitere Vorgehen.

Im Jahr 2022 haben wir in **2.780 Fällen** mögliche Schadensersatzansprüche geprüft, also in 83,4 Fällen je 100.000 Versicherte.



Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen

Sicherheit durch unabhängige Begutachtungen

Unsere Expertinnen und Experten prüfen alle Unterlagen, die mit Ihrem Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler zusammenhängen. Erhärtet sich der Verdacht, werden die Unterlagen medizinisch bewertet. Dabei unterstützt uns auch der Medizinische Dienst mit Stellungnahmen und Gutachten. Die Kosten hierfür übernimmt Ihre AOK.

Das Ergebnis wird Ihnen zur Verfügung gestellt. Auf dieser Basis können Sie die Behandlungsabläufe nachvollziehen und gegebenenfalls Schadensersatzansprüche geltend machen.

Im Jahr 2022 wurden von uns 1.206 **Begutachtungen** veranlasst, also 34,9 **je 100.000 Versicherte**. Dabei können in einem Fall mehrere gutachterliche Bewertungen vorliegen, die berücksichtigt werden.

Gewissheit

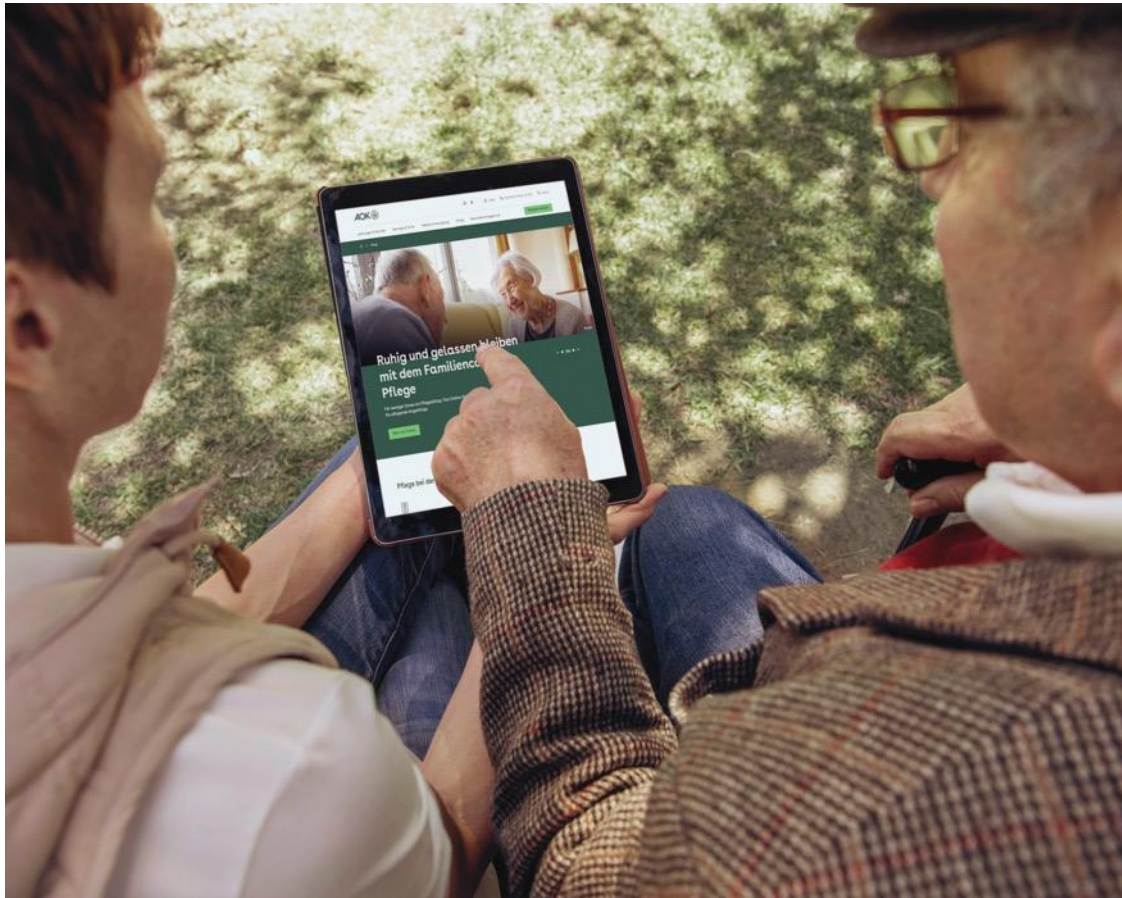
Sie erhalten Antworten auf Ihre Fragen.



Der Medizinische Dienst **bestätigte in 124** Begutachtungen den **Verdacht** auf einen Fehler in der Behandlung oder Pflege.

Das bedeutet, dass in **14,9 %** der Begutachtungen der **Verdacht bestätigt** wurde.

Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen



Pflegeberatung: Ein gemeinsamer Plan

In der Pflege bietet die AOK PLUS umfangreiche Beratung und ermöglicht eine passgenaue Versorgung. Wir geben in dieser schwierigen Situation Orientierung und sorgen für Durchblick bei den nötigen Maßnahmen. Pflegende Angehörige unterstützen wir gezielt durch Entlastungsangebote.

Beim persönlichen Beratungsgespräch erstellen die [AOK-Pflegeberaterinnen und -Pflegeberater](#) einen individuellen Versorgungsplan. Das ist eine Zusammenfassung des Unterstützungsbedarfs, welche die Beratungsinhalte sowie vereinbarte Maßnahmen enthält. Im Jahr 2022 wurden insgesamt **5115 Versorgungspläne** erstellt. Die Beratungsgespräche führten etwa **40 qualifizierte Beraterinnen und Berater** durch.

Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen

Ärztliche Zweitmeinung: Wenn Sie unsicher sind

Patientinnen und Patienten fühlen sich bei einer schweren Krankheit oder vor einer Operation oft alleingelassen. Für solche Situationen bieten wir eine kostenfreie ärztliche Zweitmeinung durch ausgewiesene Experten aus der Region an. Medizinisch geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AOK PLUS unterstützen Sie bei der Inanspruchnahme der Leistung.

Betroffene erhalten weiterführende Informationen zu ihrer Krankheit und zu möglichen Therapiealternativen. Das erleichtert es, die eigene gesundheitliche Situation besser zu verstehen und Sicherheit hinsichtlich der Entscheidung für eine geeignete Therapie zu erlangen.



Besondere Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen

Navigatoren: So finden Sie Ihren Arzt oder Ihre Ärztin, das geeignete Krankenhaus oder Pflegeheim

Die AOK PLUS ist Ihr Lotse im Gesundheitssystem. Wir helfen Ihnen bei der Suche nach einem Haus- oder Facharzt, dem für Sie geeigneten Krankenhaus, einer Hebamme oder einem passenden Pflegeheim. Mit dem [AOK-Gesundheitsnavigator](#) können Sie z. B. Ärztinnen und Ärzte suchen, sich über die Behandlungsqualität von Kliniken informieren oder AOK-individuelle Angebote einsehen. Eine geeignete Pflegeeinrichtung bzw. einen Pflegedienst finden Sie über den [AOK-Pflegenavigator](#).

Selbsthilfe: Unterstützung chronisch Erkrankter

Der Austausch von Wissen und Erfahrung hilft chronisch erkrankten und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen, ihr Leben bestmöglich auf ihre individuelle Situation einzustellen. Deshalb unterstützt die AOK PLUS verschiedene [Selbsthilfegruppen finanziell und organisatorisch](#).

Gesundheitsangebote



Die AOK PLUS setzt sich für Ihre Gesundheit ein und unterstützt Sie bei einer gesunden Lebensweise. Deshalb bieten wir vielfältige Kurse und Vorsorgeprogramme an. So fördern wir Sie ganz individuell. Daneben haben wir auch Angebote für unterschiedliche Organisationen wie zum Beispiel Betriebe, Schulen oder Kindertagesstätten. Das Ziel ist immer dasselbe: Ihre Gesundheitskompetenz und Eigeninitiative zu steigern.

Gesundheitsangebote

Im Jahr 2022 hatte die AOK PLUS folgende Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung:

	AOK-Apps	AOK-Online-Programme	AOK-Kurse (vor Ort)	AOK-Einzelberatung durch Expertinnen und Experten
Bewegung	✓	✓	✓	
Ernährung	✓	✓	✓	✓
Stressmanagement	✓	✓	✓	
Sucht	✓		✓	

Wir entwickeln die Kurse vor Ort fortlaufend weiter und ergänzen diese um [Online-Kurse](#), [Online-Programme](#) und [Apps](#). Diese Gesundheitsangebote sind für AOK-Versicherte kostenfrei. Für Gesundheitskurse externer Anbieter können Kosten ganz oder teilweise erstattet werden.

Im Jahr 2022 haben ca. **175.000 unserer Versicherten** die Angebote der individuellen Gesundheitsförderung genutzt. Pro Teilnehmerin und Teilnehmer betragen die Ausgaben durchschnittlich **96,70 Euro**. Die Bewegungskurse standen dabei an erster Stelle. **Insgesamt** unterstützte die AOK PLUS ihre Versicherten mit **20 Mio Euro**.

Besondere Versorgungsangebote

Versorgungsverträge

Unsere Versorgungsverträge vernetzen Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und weitere medizinische Einrichtungen. Durch einen besseren Zugang zu medizinischen Therapien, Förderung digitaler Gesundheitsanwendungen und verbesserte Abläufe erhöhen wir die Qualität Ihrer Versorgung.

Zur bestmöglichen Unterstützung unserer Versicherten gehört es für uns, den aktuellen Stand der Versorgungsforschung und des medizinischen Wissens im Blick zu behalten. Wirksame Ansätze und neue Erkenntnisse machen wir Ihnen im Rahmen von besonderen Versorgungsverträgen oder Modellprojekten zugänglich.

Die AOK PLUS schließt laufend neue Versorgungsverträge ab. Nachfolgend werden **ausgewählte Versorgungsverträge** für AOK-PLUS-Versicherte vorgestellt.

Besondere Versorgungsverträge der AOK PLUS

Name des Vertrags	Teilnehmende und Region	Inhalt des Versorgungsangebots	Weitere Informationen zum Versorgungsangebot
Innovationsfondsvertrag VersorgungsNetz Sichere Geburt	Schwangere Versicherte der AOK PLUS mit dem Hinweis auf fetale Erkrankung bzw. Früh- und kranke Neugeborene, die in den beteiligten Einrichtungen stationär betreut werden.	Das VersorgungsNetz Sichere Geburt ist ein Versorgungsprogramm für Schwangere, bei denen es Hinweise auf eine vorgeburtliche Erkrankung des Kindes gibt sowie für Früh- und kranke Neugeborene und ihre Eltern. Mittels Telemedizin werden kleinere, regionale Kliniken befähigt, in akut lebensbedrohlichen Situationen oder bei kranken Neugeborenen die Behandlung mit der fachlichen Expertise des Universitätsklinikums Dresden durchzuführen.	Mehr erfahren
RhythmusLeben Vertrag für Screening und Diagnostik von Vorhofflimmern zur Schlaganfallprävention	Versicherte der AOK PLUS ab 65 Jahren bzw. ab 55 Jahren mit besonderem Risiko auf Grund von Vorerkrankungen	Zur besseren Früherkennung hat die AOK PLUS gemeinsam mit dem Jenaer Unternehmen Preventicus, kardiologischen Praxen vor Ort sowie Telekardiologen ein einjähriges Pilotprojekt gestartet. Dabei werden teilnehmende Versicherte durch ein digitales Vorsorgeprogramm in ihrem Alltag begleitet. Die Teilnehmenden des Pilotprojektes erfassen über eine digitale Anwendung regelmäßig ihren Herzrhythmus in Form von Pulswellen. Ziel ist es, asymptomatisches Vorhofflimmern bei bisher nicht in Behandlung befindlichen Betroffenen frühzeitig zu erkennen und so Folgeerkrankungen wie Schlaganfällen vorzubeugen.	Mehr erfahren

Besondere Versorgungsverträge der AOK PLUS

Name des Vertrags	Teilnehmende und Region	Inhalt des Versorgungsangebots	Weitere Informationen zum Versorgungsangebot
Protonentherapie gegen Krebs	Versicherte der AOK PLUS, bei denen ein Tumor vorliegt, dessen Lage und Größe die Bestrahlung per Protonentherapie zulässt.	Die Protonentherapie ist eine neue Methode der Strahlentherapie. Die Protonen wirken direkt im Tumor und schonen das umliegende Gewebe. Damit kann man Krebszellen dort bekämpfen, wo der Krebs tief im Körper sitzt oder von empfindlichen Organen umgeben ist – bei Tumoren im Auge, Gehirn, an der Wirbelsäule, Schädelbasis oder im Beckenbereich.	Mehr erfahren
Multimodale Schmerztherapie bei Rückenschmerzen	Versicherte der AOK PLUS im Raum Weimar, die unter unspezifischen Rückenschmerzen leiden	Nicht immer lässt sich bei Rückenschmerzen die Ursache eindeutig bestimmen. Oftmals werden sie durch eine Über- oder Fehlbelastung des Bewegungsapparates hervorgerufen und es liegt keine spezifische Erkrankung vor. Um chronische Schmerzen zu vermeiden, bietet die AOK PLUS gemeinsam mit dem Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH Weimar das Versorgungsangebot an. Auf Basis eines »multimodalen Schmerzassessments« führt ein Expertenteam aus Ärzten und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen eine umfassende Diagnostik durch und stellt individuelle Behandlungsmodule zusammen, die ganztägig oder berufsbegleitend absolviert werden können.	Mehr erfahren

Besondere Versorgungsverträge der AOK PLUS

Name des Vertrags	Teilnehmende und Region	Inhalt des Versorgungsangebots	Weitere Informationen zum Versorgungsangebot
Qualitätsvertrag zur Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten (Weaning)	Versicherte der Krankenkasse ab dem vollendetem 18. Lebensjahr, die bereits länger als 14 Tage im Krankenhaus oder in der Intensivpflege beatmet wurden	Nach einer schweren Erkrankung mit maschineller Beatmung über viele Wochen, entwickelt sich die Atemmuskulatur zurück und Patienten verlieren die Fähigkeit, selbstständig zu atmen. Im Versorgungsangebot helfen spezialisierte Zentren mit multiprofessionellen Teams aus Ärzten, Atmungstherapeuten, Schwestern und Pflegern, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen und Sozialarbeitern den Betroffenen, das Atmen wieder zu erlernen und ermöglichen ihnen damit wieder mehr Lebensqualität und Selbstbestimmung. Zum Qualitätsvertrag gehören auch die medizinische und pflegerische Nachsorge bis zu einem Jahr.	Mehr erfahren

Besondere Versorgungsangebote

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte

Mit „[AOK-Curaplan](#)“ bieten wir Menschen mit bestimmten chronischen Krankheiten speziell abgestimmte Behandlungsprogramme an. Sie richten sich an Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, koronarer Herzkrankheit, Brustkrebs, Asthma bronchiale oder chronisch atemwegsverengenden Lungenerkrankungen (COPD).

Wenn Sie an einem der Programme teilnehmen, werden Sie von Ihren Ärztinnen und Ärzten besonders engmaschig betreut. Weitere wichtige Bestandteile der Programme sind Schulungen sowie Beratung zum Lebensalltag mit Ihrer Krankheit. Auch der Austausch der an der Behandlung Beteiligten ist zentral. Ziel ist die Verringerung des Risikos für Komplikationen oder Folgeschäden. Ihre Lebensqualität steigt. Die Teilnahme ist freiwillig und für Sie kostenfrei.



3. Leistungen und Kostenübernahme: Wie wir Sie unterstützen

Leistungen gesamt

Die AOK steht für Leistungsgerechtigkeit und eine Lösungsorientierung im Sinne der Versicherten.

Welche Leistung die AOK übernimmt, ist ein Thema, das für Versicherte besonders wichtig ist. Wir möchten Ihnen deshalb einen umfassenden Einblick in unser Leistungsgeschehen geben. Dadurch entsteht die Transparenz, die für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen uns und unseren Versicherten wichtig ist.

Dabei dürfen wir allerdings nur Leistungen übernehmen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.



Leistungen gesamt

Die meisten Leistungen der Gesundheitskasse können Sie in Anspruch nehmen, ohne dass Sie einen Antrag stellen müssen. Diese Leistungen werden direkt über Ihre Versichertenkarte abgerechnet (z. B. ärztliche Untersuchung). Bei bestimmten Leistungen ist ein vorheriger Antrag notwendig, z. B. in Form einer ärztlichen Verordnung.

Wir prüfen jeden Antrag sorgfältig und teilen Ihnen die Entscheidungen möglichst zeitnah und nachvollziehbar mit. Vor allem wenn wir eine Leistung nicht genehmigen können, legen wir Wert darauf, Ihnen die Gründe verständlich zu erklären. Auch über Ihr Widerspruchsrecht klären wir Sie auf. Häufig sind die Gründe für eine Ablehnung fehlende Unterlagen, eine nicht ausreichende medizinische Begründung oder Unstimmigkeiten beim Versicherungsschutz.

Vor der Ablehnung Ihres Antrags rufen wir Sie in der Regel an. So können wir gemeinsam Ihre Rückfragen klären, fehlende Unterlagen einholen oder nach einer alternativen Lösung suchen.

Auf den Punkt gebracht: Ergebnisse im Jahr 2022

 **13.445.606**
Anträge
und Rechnungen

  **12.975.758 / 96,5 %**
genehmigte Anträge
und Rechnungen

  **469.848 / 3,5 %**
abgelehnte Anträge
und Rechnungen

TOP-Leistungen



Unsere Versicherten beantragen einige Leistungen häufig. Im Einzelnen sind das: Kuren/Rehabilitationsleistungen, Zahnersatz, Hilfsmittel, Krankengeld und Pflegeleistungen. Wir fassen sie unter dem Begriff „TOP-Leistungen“ zusammen. Da diese Angebote der Gesundheitskasse sehr gefragt sind, geben wir Ihnen hier einen Überblick über die konkreten Zahlen.

Auf den Punkt gebracht:

Ergebnisse der TOP-Leistungen der AOK PLUS im Jahr 2022



Hilfsmittel

3.521.088 Anträge und Rechnungen

3.374.231 / 95,8 % **genehmigt**

146.857 / 4,2 % **abgelehnt**



Feststellung der Pflegebedürftigkeit

76.547 Anträge

55.358 / 82,2 % **genehmigt**

12.028 / 17,79 % **abgelehnt**

10/ 0,01 % erledigt auf sonstige Art



Krankengeld

154.993 abgeschlossene Krankengeldfälle

9.847 Fälle je 100.000
krankengeldberechtigte Mitglieder

Bei Arbeitsunfähigkeit besteht nach Entgeltfortzahlung grundsätzlich ein Anspruch auf Krankengeld. Der Anspruch auf Krankengeld endet u. a., wenn Sie wieder arbeitsfähig sind.



Rehabilitation/Vorsorge*

71.695 Anträge und Rechnungen

61.958 / 86,4 % **genehmigt**

9.737 / 13,6 % **abgelehnt**



Zahnersatz

244.669 Anträge und Rechnungen

231.184 / 94,5 % **genehmigt**

13.485/ 5,5 % **abgelehnt**

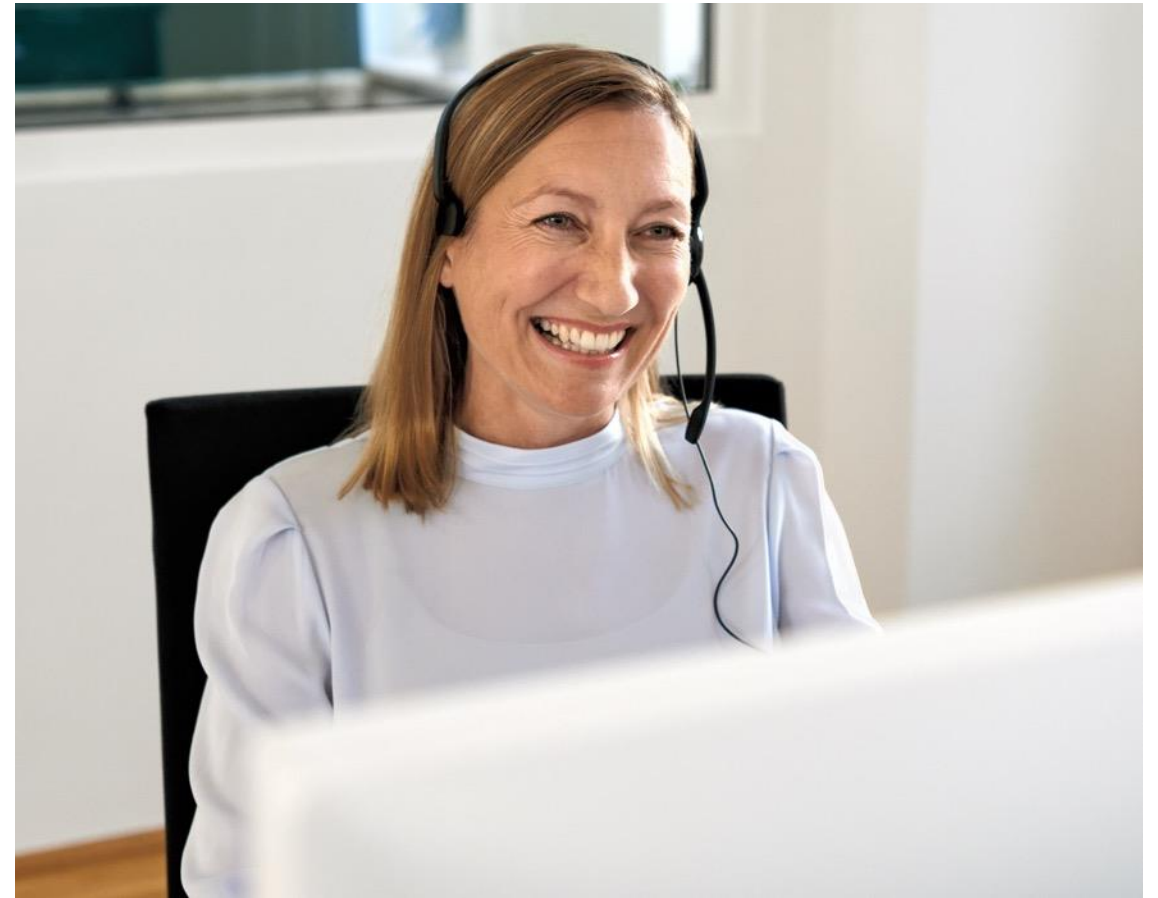
* Beinhaltet ambulante und stationäre Rehabilitation, Mutter-/Vater-Kind-Kur, Erstattung des Zuschusses bei ambulanter Badekur

Leistungsantrag bei TOP-Leistungen:

Dauer der Bearbeitung

Wir wissen, wie wichtig es ist, benötigte Leistungen so schnell wie möglich zu erhalten. Deshalb sind die Bearbeitungszeiten für uns ein wichtiges Qualitätsmerkmal.

Die AOK PLUS misst regelmäßig die Zeit für die Bearbeitung der Leistungsanträge. Dafür betrachten wir den Zeitraum vom Eingang des Antrags/der Rechnung bis zur Entscheidung bzw. Erstattung. In dieser Zeitspanne sind auch Zeiten für Abstimmungen mit Dritten (z. B. durch Gutachten des Medizinischen Dienstes) enthalten.



Auf den Punkt gebracht:

Durchschnittliche Bearbeitungszeit für TOP-Leistungen in Kalendertagen der AOK PLUS im Jahr 2022



Hilfsmittel

15,7 Tage Pflegebetten

0,0 Tage Inkontinenzartikel*

0,0 Tage CPAP-Geräte (Schlafmasken)



Pflegeleistungen

27,9 Tage Feststellung
Pflegebedürftigkeit: Erstantrag

3,2 Tage Kurzzeitpflege

4,2 Tage Verhinderungspflege



Krankengeld

1,5 Tage Krankengeldzahlung



Rehabilitation/Vorsorge

12,4 Tage stationäre Rehabilitation

11,3 Tage Mutter-/Vater-Kind-Kur

4,5 Tage ambulante Badekur



Zahnersatz

7,4 Tage Heil- und Kostenplan

* Dies betrifft nur 6 % der Inkontinenzartikel; 94 % sind genehmigungsfrei. Wir sichern damit eine zeitnahe Versorgung unserer Versicherten.

Widersprüche gegen Leistungsentscheidungen

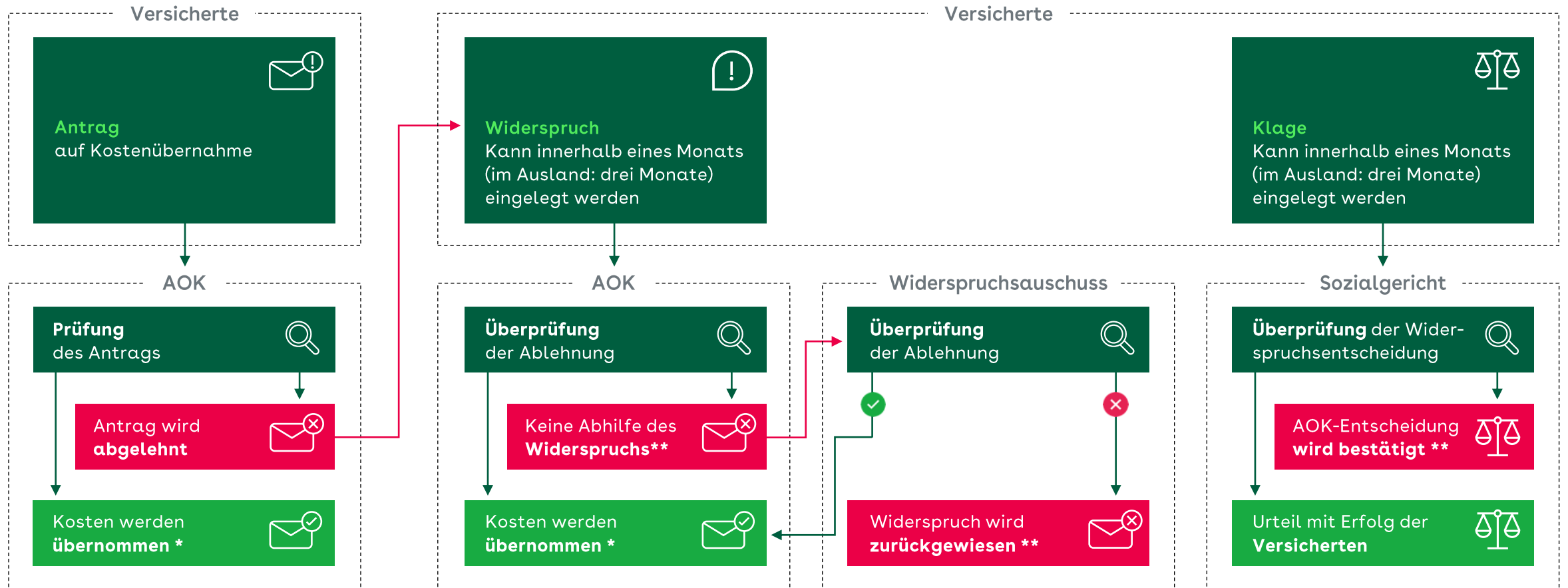
Die Ablehnung einer Leistung trifft bei Versicherten oft auf wenig Verständnis. Uns ist es deshalb besonders wichtig, Ihnen zu erklären, warum wir gegebenenfalls die Kosten für eine Leistung nicht übernehmen können – offen und verständlich. Außerdem klären wir darüber auf, ob Alternativen möglich sind und was Sie tun können, wenn Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind.

Sollten wir Ihren Antrag ablehnen, können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch gegen diese Entscheidung einlegen. Dieser wird zuerst von internen Spezialistinnen und Spezialisten der AOK fachlich überprüft. Wenn wir die Entscheidung zu Ihren Gunsten abändern können, informieren wir Sie schnellstmöglich. Andernfalls legen wir Ihr Anliegen einem Widerspruchsausschuss vor.

Der Widerspruchsausschuss besteht in der **AOK PLUS aus einer Vertretung der Arbeitgeber und einer Vertretung der Versicherten**. Der Widerspruchsausschuss kann die Entscheidung der AOK revidieren oder bestätigen. Wenn Sie mit der Entscheidung des Widerspruchsausschusses nicht einverstanden sind, können Sie vor dem Sozialgericht Klage erheben.

Auf den Punkt gebracht:

So ist der Ablauf bei einem Widerspruch (vereinfachte Darstellung)



* Wird nur ein Teil der Kosten übernommen, gilt für den abgelehnten Anteil der oben beschriebene Weg.

** Ohne Erfolg der Versicherten

Auf den Punkt gebracht:

Fakten zu Widersprüchen und Klagen zu Leistungs- und Erstattungsanträgen im Jahr 2022

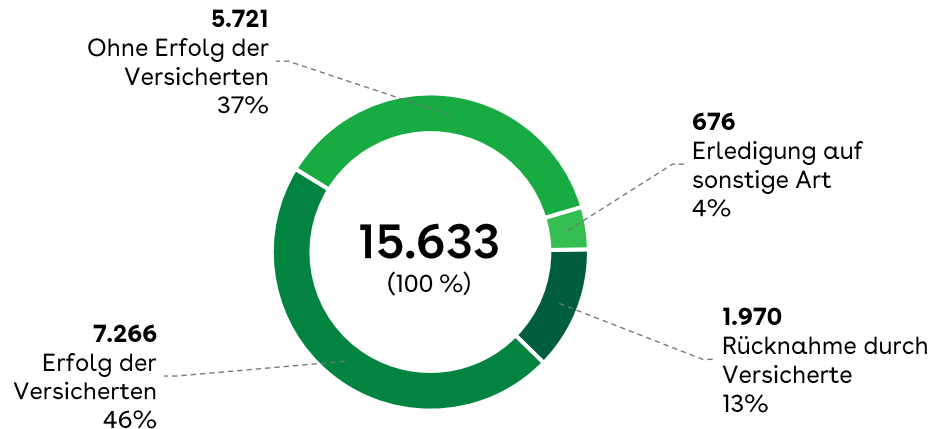
Krankenversicherung

Pflegeversicherung

17.513
Eingegangene Widersprüche

0,13 %
Widerspruchsquote

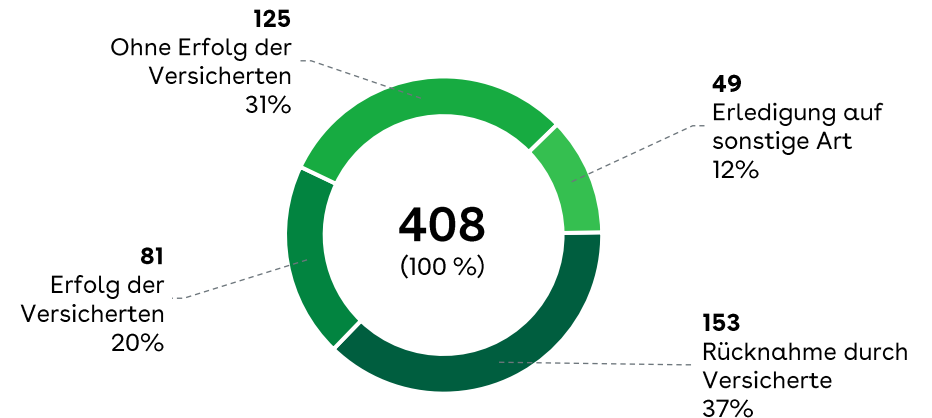
15.633
Erledigte Widersprüche*



450
Eingegangene Klagen

0,0 %
Klagequote

408
Entschiedene Klagen*



* Enthalten sind auch Widersprüche/Klagen aus Vorjahren, die im Berichtszeitraum erledigt/entschieden wurden

Auf den Punkt gebracht:

Fakten zu Widersprüchen und Klagen zu Leistungs- und Erstattungsanträgen im Jahr 2022

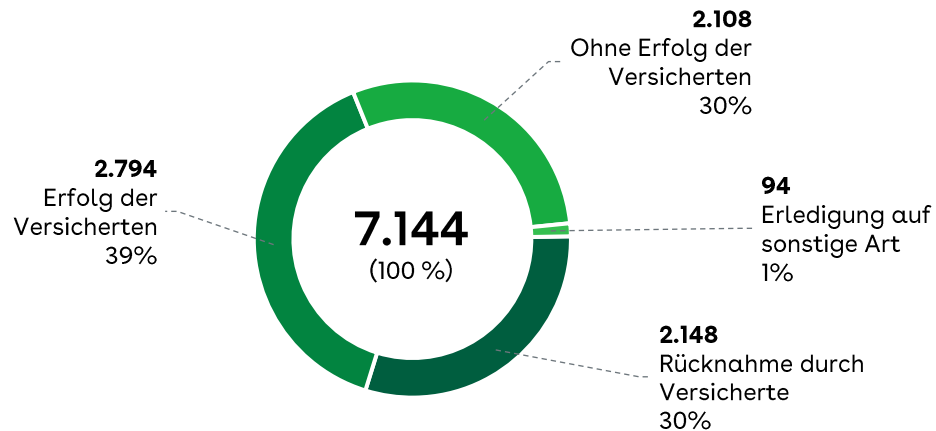
Krankenversicherung

Pflegeversicherung

10.840
Eingegangene Widersprüche

1,55 %
Widerspruchsquote

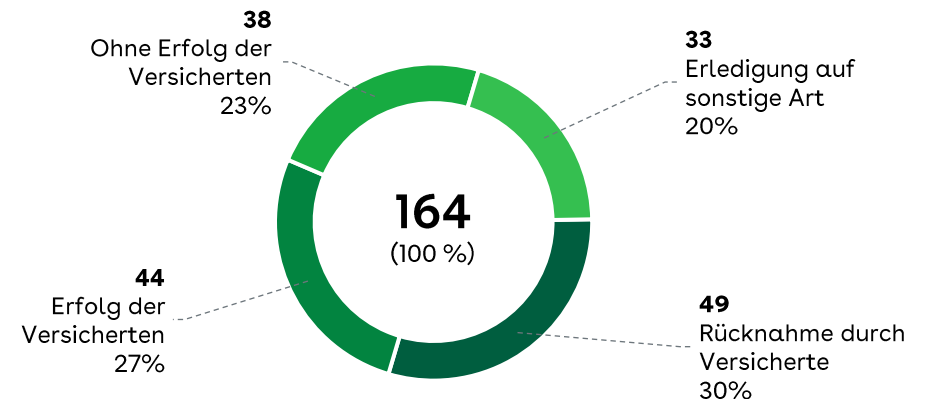
7.144
Erledigte Widersprüche*



201
Eingegangene Klagen

0,26 %
Klagequote

164
Entschiedene Klagen*



* Enthalten sind auch Widersprüche/Klagen aus Vorjahren, die im Berichtszeitraum erledigt/entschieden wurden

4. Feedback und Beschwerden: Was unsere Versicherten sagen

Feedback und Beschwerden: Was unsere Versicherten sagen



Die Qualität einer Krankenkasse zeigt sich auch in der Offenheit und im empathischen Umgang mit Beschwerden. Jedes Feedback unserer Versicherten sehen wir als Chance, künftig noch besseren Service zu bieten. Sollten sich aus den Medien oder dem Tagesgeschehen Verbesserungsmöglichkeiten für die AOK PLUS ergeben, gehen wir auch darauf ein: selbstkritisch und lösungsorientiert. Die wichtigste Informationsquelle bleibt Ihre direkte – positive und negative – Kritik. Sie steht im Mittelpunkt unseres Feedback-Prozesses.

Feedback und Beschwerden: Was unsere Versicherten sagen

Im Überblick: Das ist unser Feedback-Prozess

Feedback äußern

Jeder Kundenhinweis ist für uns eine wertvolle Information über Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit unseren Services, Prozessen und Produkten. Gerade Fragen nach den Gründen einer Leistungsablehnung nehmen wir sehr ernst. Die oft sehr persönlichen Rückmeldungen verdeutlichen uns die Tragweite und Brisanz unserer Entscheidungen. Darüber hinaus erhalten wir wertvolle Hinweise, wo und wie wir uns verbessern können.

Sie haben Anregungen oder Grund zur Beschwerde?

Dann erreichen Sie uns ganz einfach:

- persönlich in einer [Filiale der AOK PLUS](#)
- am kostenfreien Service-Telefon 0800 1059000
- über das [Online-Kontaktformular](#)
- in unserem [Onlineportal „Meine AOK“](#)
- auf Social-Media
- [schriftlich](#)



Feedback und Beschwerden: Was unsere Versicherten sagen

Annahme und Bearbeitung durch AOK

Die Mitarbeitenden der AOK PLUS nehmen Ihre Beschwerden und Feedbacks gern entgegen und dokumentieren sie in einem speziellen System. Geschulte Teams von Spezialistinnen und Spezialisten kümmern sich um die schnelle Klärung. Sie können ganz sicher sein, dass wir immer die für unsere Versicherten bestmögliche Lösung finden. Ihre Zufriedenheit steht dabei im Mittelpunkt.

Rückmeldung an Feedbackgeberin oder Feedbackgeber durch AOK

Meistens klären wir Ihre Anliegen bereits im persönlichen oder telefonischen Gespräch. Ist das nicht möglich, melden wir uns in der Regel innerhalb von zwei Arbeitstagen. Dabei nutzen wir den von Ihnen gewünschten Kommunikationsweg, immer unter Berücksichtigung des Datenschutzes. Dauert die Bearbeitung länger, erhalten Sie eine Zwischennachricht mit den nächsten Schritten. So sind Sie stets gut informiert und genießen exzellenten Service.

Feedback und Beschwerden: Was unsere Versicherten sagen

Feedback-Nutzung durch AOK

Ihre Hinweise helfen uns, Sie besser zu verstehen und die Kundenperspektive einzunehmen. So identifizieren wir Optimierungspotentiale und leiten konkrete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ab. Zunehmend sind wir auch daran interessiert, Kundinnen und Kunden in die Entwicklung von Produkten und Services einzubinden. Daher werten wir Ihre Hinweise regelmäßig aus: Welche Themen tauchen häufig auf? Welche sind besonders kritisch? Rückschlüsse auf Beschwerdegründe versetzen uns in die Lage, schnell und situativ auf den tatsächlichen Versichertenbedarf zu reagieren. Ein großer Vorteil: Analysen dieser Art ermöglichen es uns, zunehmend proaktiv zu handeln. Selbstverständlich sensibilisieren wir unsere Mitarbeitenden regelmäßig, Rückmeldungen unserer Kundschaft als Chancen wahrzunehmen.



5.

Versichertenbefragungen: Wie wir Ihre Meinung einholen

Versichertenbefragungen: Wie wir Ihre Meinung einholen

Zusätzlich zu dem direkten Feedback, das wir von Ihnen erhalten, befragen wir regelmäßig einen Teil unserer Versicherten zu ihrer Zufriedenheit mit der AOK. So erfahren wir auch die Meinung der Versicherten, die von selbst keine direkte Kritik äußern würden – oder einfach keine negative Kritik haben. Diese Rückmeldungen helfen uns dabei, unsere Stärken zu identifizieren und weiter auszubauen.

Die repräsentativen Befragungen liefern uns sowohl ein allgemeines Stimmungsbild als auch ein umfassendes und differenziertes Feedback zu unserer Arbeit. Das unabhängige externe Marktforschungsinstitut „produkt + markt“ übernimmt die Umfragen für uns. Besonders wichtig sind uns die Urteile der Versicherten zur bevorzugten Krankenkasse („Erste Wahl“) und zur Kundenbindung („Bleibe bei meiner Kasse“).

Die aktuellen Ergebnisse für die AOK PLUS:

Im Jahr 2022 waren wir für

88%

aller Befragten
wieder die erste Wahl.

90%

der Befragten wollen mit
hoher Wahrscheinlichkeit
bei uns bleiben.

Hinweis

Für die in Transparenzberichten von Krankenkassen veröffentlichten Daten haben sich die gesetzlichen Krankenkassen auf einheitliche Mindeststandards zum Leistungsgeschehen, zu Widersprüchen und Klagen sowie zur Patientensicherheit bei Behandlungsfehlern verständigt.

Die Datenerhebungen im vorliegenden AOK-Transparenzbericht 2022 basieren auf diesen Abstimmungen.

Bei den Darstellungen zu Widersprüchen und Klagen werden die Widersprüche und Klagen zu Leistungs- und Erstattungsanträgen ausgewiesen.

Zusätzlich gibt die AOK unter anderem in ihrem Bericht an:

- die Genehmigungs- und Ablehnungsquote bezogen auf alle Leistungsanträge und Rechnungen im Jahr 2022
- die durchschnittliche Bearbeitungszeit in Kalendertagen für besonders relevante Leistungen aus Sicht der Versicherten vom Eingang des Antrags bis zur Entscheidung/Erstattung.



HERAUSGEBER UND VERANTWORTLICH

Vorstand der AOK PLUS
Rainer Striebel und Dr. Stefan Knupfer

Redaktion
Mandy Meyer-Jelen

Stand September 2023
Änderungen und Irrtum vorbehalten

Bildnachweis
AOK Bundesverband