



Transparenz.

Für uns selbstverständlich.

Transparenzreport 2025



Pronova
BKK



Liebe Leserin,

lieber Leser,

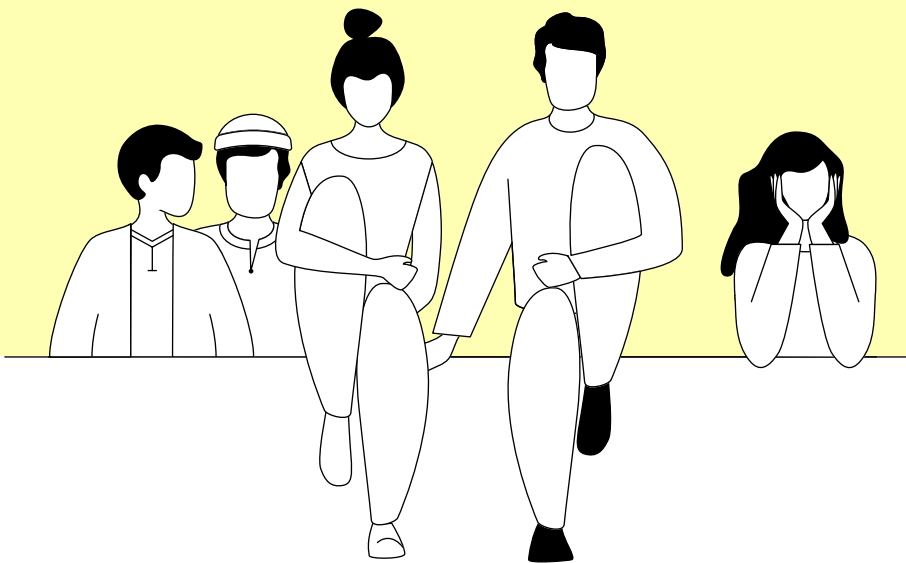
viele unserer Kund*innen stehen vor gesundheitlichen Herausforderungen. Gerade in solchen Momenten kommt es darauf an, sich auf eine Krankenversicherung verlassen zu können, die in jeder Situation weiß, was zählt und was zu tun ist. Unser Anspruch als Pronova BKK ist klar: Wir stehen an der Seite unserer Versicherten, arbeiten jeden Tag daran, sie noch besser zu verstehen sowie noch schneller und einfacher helfen zu können. So tragen wir dazu bei, schwierige Situationen ein Stück leichter zu machen.

Der vorliegende Transparenzbericht zeigt, wie wir diesem Anspruch im vergangenen Jahr gerecht geworden sind. Er macht sichtbar, wie wir unsere Kundinnen und Kunden begleitet haben, welche Leistungen besonders gefragt waren und wie die Solidargemeinschaft genau dort wirkt, wo Unterstützung gebraucht wird.

Seit dem 01.01.2026 darf ich die Pronova BKK als Vorstand führen. Das Vertrauen, das unsere Versicherten uns in wichtigen Lebensphasen entgegenbringen, ist für mich Ansporn und Verantwortung zugleich. Mein Ziel ist es, die Pronova BKK als verlässliche, nahbare und zukunftsfähige Krankenkasse weiterzuentwickeln – klar in der Kommunikation, einfach in den Abläufen und ganz nah an den Bedürfnissen unserer Kundinnen und Kunden.

Dazu gehört auch, unsere Arbeit transparent zu machen. Denn Transparenz schafft Vertrauen und gibt Orientierung. Dieser Bericht ist Ausdruck dieses Selbstverständnisses: Er zeigt, wofür wir stehen, wie wir Verantwortung übernehmen und wie wir uns kontinuierlich weiterentwickeln.

Stefan Amendt
Vorstand der Pronova BKK



Das sind wir

Unser Ziel: höchste Zufriedenheit.

Die Pronova BKK betreut bundesweit eine große Zahl an Versicherten, die sich in unterschiedlichen Lebenssituationen auf uns verlassen. Unsere Mitarbeitenden sind dabei unser stärkstes Fundament: Sie beraten, erklären, prüfen und begleiten – persönlich und digital. 2025 haben wir interne Abläufe weiter vereinfacht, Zuständigkeiten klarer gestaltet und unsere Erreichbarkeit für unsere Versicherten weiter verbessert.

Zahlen 2025



Anzahl Mitarbeitende:
1.504



Vollzeit / Teilzeit:
932 / 572



Anzahl Service-Center
48



Anzahl Azubis:
41



Durchschnittsalter:
46 Jahre



Sprechtage in den Betrieben
7



Nationalitäten:
20



Frauen / Männer / divers:
1.054 / 450 / 0



Anzahl Versicherte:
604.220



Betriebszugehörigkeit ø
19,2 Jahre



Menschen mit Beeinträchtigungen:
159





Service vor Ort

Sind unsere Kund*innen glücklich, sind wir es auch.

Für viele unserer Versicherten bleibt der persönliche Kontakt unverzichtbar – besonders bei komplexen Leistungsfragen oder in herausfordernden Lebenssituationen.

2025 lag unser Fokus darauf, Beratungen noch einfacher zu strukturieren und Anliegen möglichst im Erstkontakt zu lösen. Transparenz in den Abläufen und eine verlässliche Begleitung stehen dabei im Mittelpunkt. Wir möchten, dass unsere Versicherten schnell Orientierung erhalten – ohne Umwege und ohne komplizierte Abläufe.



Kundenkontakte im
Service-Center:
127.342



Durchschnittliche
Wartezeit:
5 Minuten



Durchschnittliche
Beratungsdauer:
19 Minuten



Beratungen zur
Pflege:
7.403



Beratungen zur
Familie/Elternzeit:
6.619



Beratungen zu
Krankengeld:
10.858

Vergleich zu 2024:

Persönliche Beratungen werden häufig genutzt. Die Wartezeiten bleiben stabil, sodass Anliegen weiterhin zeitnah geklärt werden können.



Digitale Kundenbetreuung

Dein Anliegen? Ruckzuck erledigt!

Immer mehr unserer Versicherten erledigen ihre Anliegen digital.

2025 haben wir unsere digitalen Services deshalb weiter vereinfacht und beschleunigt. Ziel ist, unseren Versicherten Wege zu eröffnen, die schnell, verständlich und papierlos funktionieren – ohne auf persönliche Beratung verzichten zu müssen. Die App, unsere Hotline, Chats und Videoberatungen greifen dabei ineinander.

Vergleich zu 2024: Viele digitale Services werden deutlich häufiger genutzt. Immer mehr Unterlagen gehen direkt digital bei uns ein.

App-Nutzung

271.501	663.282	425.747	2.688.983	2,5
App-Nutzer*innen insgesamt	Eingereichte Dokumente	Digitale Bonus-Einreichungen	App-Zugriffe insgesamt	App-Bewertung (Stores)

Kontaktkanäle

1.696.142	57 Sekunden	82 %	29.491	248
Telefonanrufe	Wartezeit Telefon	Erstlösungsquote am Telefon	Chats, davon sind → 4.597 Live Chats	Videoberatungen



Gesundheitsförderung

Immer im Fokus: Die Gesundheit.

Gesundheitsförderung verstehen wir als lebensweltübergreifenden Ansatz. Neben dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement engagieren wir uns gezielt in unterschiedlichen Lebenswelten, um Menschen ihr Leben lang zu erreichen.

Unsere Partner*innen sind dabei Kindertageseinrichtungen, Schulen, Kommunen und Sportvereine, in denen wir frühzeitig gesundheitsförderliche Strukturen aufbauen und Kompetenzen stärken. Auch in Pflegeeinrichtungen unterstützen wir Maßnahmen, die sowohl die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner als auch die der Beschäftigten in den Mittelpunkt stellen.

Im betrieblichen Kontext begleiten wir Unternehmen und Versicherte dabei, arbeitsbedingte Belastungen systematisch zu erkennen und nachhaltige Maßnahmen umzusetzen. Durch die Verbindung von betrieblicher und lebensweltbezogener Gesundheitsförderung verfolgen wir das Ziel, Gesundheit ganzheitlich zu stärken und langfristig wirksame Strukturen zu etablieren.

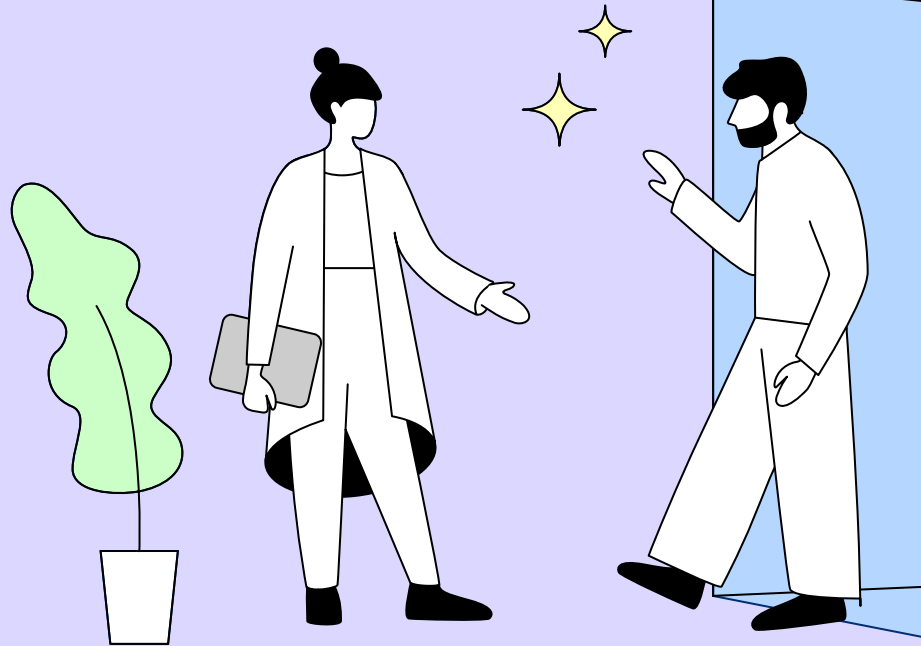
Veranstaltungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, Workshops und Vorträge	205
Anzahl der Teilnehmenden	12.731 (+ 8.400 User der Schritte App)
Online Aktionswochen (Woche der Familiengesundheit und Woche der Seelischen Gesundheit)	2
Informationsreihen famPlus, Pflegeberatung im betrieblichen Kontext	12
Teilnehmende Informationsreihen famPlus, Pflegeberatung im betrieblichen Kontext	1.670
Maßnahmen nach §20a SGB V	35
Teilnehmende Gesundheitsförderung und Prävention nach §20a SGB V	2.475
Nutzerzahlen „Mein Phileo – App“	30.900 (Einsatz bei 40 Firmen)
Teilnehmende an Präventionsangeboten in Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI	900 (20 Konzerte in Pflegeheimen)

Versorgung und Leistungen

Vorsorge und Rehabilitation

Reha- und Vorsorgemaßnahmen helfen unseren Versicherten, Gesundheit zu stabilisieren oder wiederzuerlangen – besonders dann, wenn ambulante Behandlungen nicht mehr ausreichen. Wir unterstützen bei der Antragstellung, klären offene Fragen und sorgen für transparente Prozesse.

Vergleich zu 2024: Reha- und Vorsorgeanträge sind auf dem Niveau des Vorjahres.



Zahlen 2025



Anzahl
genehmigte Anträge:

10.717

Genehmigungsquote:
88,38 %



Anzahl
abgelehnte Anträge:

1.409

Ablehnungsquote:
11,62 %

Durchschnittliche
Bearbeitungszeit:

42 Arbeitstage

Krankengeld

Wenn unsere Versicherten länger erkranken, sorgt das Krankengeld für finanzielle Sicherheit. Wir begleiten sie eng – insbesondere bei sensiblen Diagnosen und längeren Verläufen. Dabei ist uns wichtig, dass Abläufe verständlich sind und Informationen frühzeitig vorliegen.

Vergleich zu 2024: Die Anzahl der Krankengeldfälle bleibt weitgehend stabil. Viele Fragen drehen sich – wie im Vorjahr – um den Ablauf und die notwendigen Schritte.



Zahlen 2025

Anzahl Krankengeldfälle: 17.924

Anzahl Krankengeldfälle je 100.000 krankengeldberechtigter Mitglieder*: 7.085

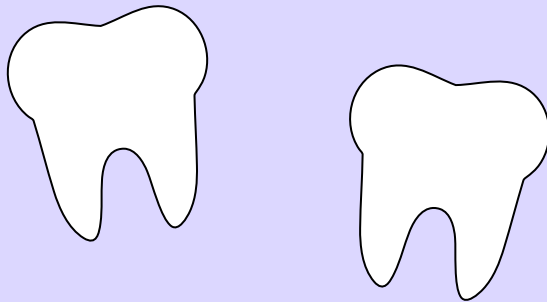
Durchschnittliche Bezugsdauer 119 Tage

Anteil psychischer Diagnosen 24,5 %

Anteil Muskel-Skelett-Erkrankungen 26 %

* Die Darstellung je 100.000 Versicherte ermöglicht eine realistische Vergleichbarkeit (unabhängig von der Anzahl der Versicherten je Kasse).

Zahnersatz



Zahlen 2025



Anzahl
bewilligte Anträge:

82.592

Bewilligungsquote:

95,28 %



Anzahl
abgelehnte Anträge:

4.090

Ablehnungsquote:

4,72 %

Durchschnittliche
Bearbeitungszeit:

2-3 Arbeitstage

Durchschnittlicher
Festzuschuss:

466,99 €

Der Leistungsbereich Zahnersatz ist komplex. Umso wichtiger sind klare Informationen, transparente Kosten und eine verlässliche Bearbeitung. Wir informieren unsere Kund*innen über Festzuschüsse, Bonusregelungen und die notwendigen Schritte im Genehmigungsverfahren.

Vergleich zu 2024: Die Zahl der eingereichten Heil- und Kostenpläne liegt leicht unter dem Vorjahr.

Hilfsmittel

Hilfsmittel erleichtern den Alltag vieler unserer Versicherten – von Mobilität über Therapieunterstützung bis hin zur Pflege. Wichtig ist uns eine schnelle Versorgung über qualitätsgesicherte Vertragspartner und klare Ansprechpartner*innen.

Vergleich zu 2024: Die Nachfrage steigt an. Viele Anliegen betreffen Anpassungen oder Neuversorgungen.



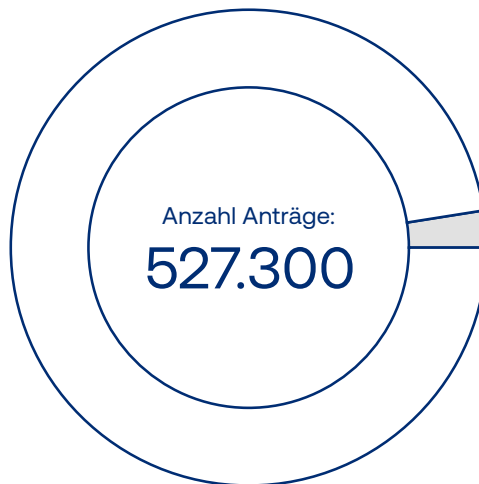
Zahlen 2025



Anzahl
bewilligte Anträge:

512.889

Bewilligungsquote:
97,27 %



Anzahl
abgelehnte Anträge:

14.401

Ablehnungsquote:
2,73 %

i Häufigste Hilfsmittelgruppen

1

PG 15 Inkontinenzhilfen
(Windeln, Urinbeutel,
etc.)

2

PG 14 Inhalations- und
Atemtherapiegeräte
(CPAP, Inhalatoren, etc.)

3

PG 03 Applikationshilfen
(Spritzen, Pumpen, etc.)

Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit bringt viele Fragen und Herausforderungen mit sich. Wir begleiten unsere Kund*innen und ihre Angehörigen zuverlässig – von der 1. Kontaktaufnahme über die Antragstellung bis hin zur individuellen Beratung zu Leistungen und Entlastungsmöglichkeiten.

Vergleich zu 2024: Pflegeanträge werden ähnlich häufig gestellt. Der Informationsbedarf bleibt hoch.

Zahlen 2025

✓
Anzahl
bewilligte Anträge:

12.697

Bewilligungsquote:
73,87 %*

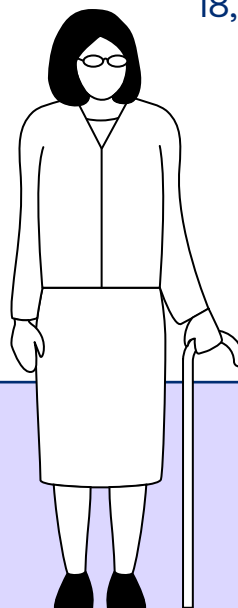
Anzahl Erstanträge:
17.189

✗
Anzahl
abgelehnte Anträge:

3.183

Ablehnungsquote:
18,52 %*

Pflegeberatungen nach §7a SGB XI:
1.362

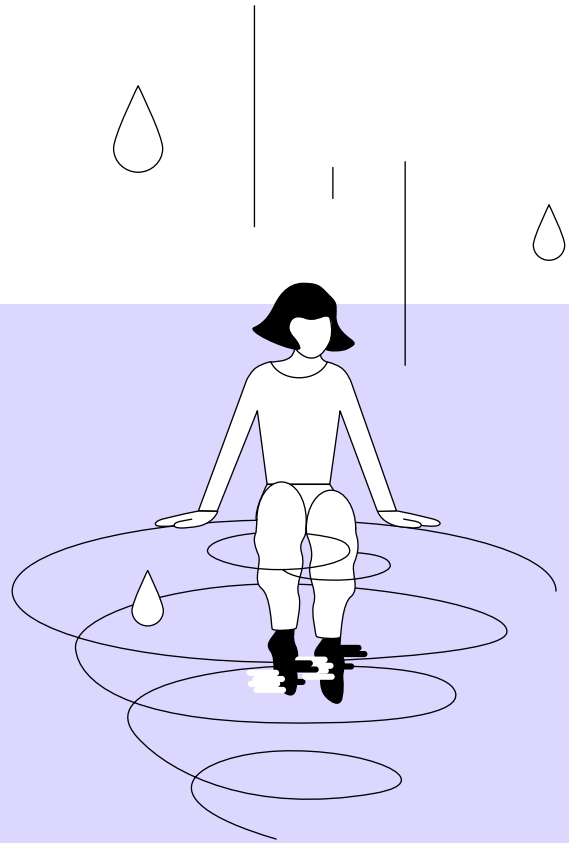


* Zum Stichtag: Es befinden sich noch Anträge in der Bearbeitung.

Patientensicherheit

Beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler unterstützen wir unsere Versicherten im gesamten Klärungsprozess – transparent, strukturiert und mit Einbindung sozialmedizinischer Expertise. Ziel ist, Sachverhalte nachvollziehbar zu bewerten und Sicherheit zu geben.

Vergleich zu 2024: Die Zahl der Anliegen entspricht ungefähr dem Niveau des Vorjahres.



Zahlen 2025

264 Anzahl Unterstützungsfälle nach §66 SGB V

28 Anzahl Unterstützungsfälle nach §66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht

42 Anzahl Unterstützungsfälle nach §66 SGB V je 100.000 Versicherte*

84 Anzahl Unterstützungsfälle nach §66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigten Behandlungsfehlerverdacht

192 Anzahl Unterstützungsfälle nach §66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung

25 % Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach §66 SGB V

31 Anzahl Unterstützungsfälle nach §66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung je 100.000 Versicherte*

75 % Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach §66 SGB V

* Die Darstellung je 100.000 Versicherte ermöglicht eine realistische Vergleichbarkeit (unabhängig von der Anzahl der Versicherten je Kasse).



Kundenfeedback und Zufriedenheit

Rückmeldungen unserer Kund*innen sind ein zentraler Bestandteil unserer Weiterentwicklung. Sie zeigen uns, was gut läuft – und wo wir nachjustieren müssen. Wir nutzen Befragungen und laufendes Feedback, um Prozesse, Services und Kommunikation weiter zu verbessern.

Vergleich zu 2024:

Wir haben 22 % mehr Feedbacks bekommen als im Jahr 2024.

Diese sind ein zentraler Bestandteil unserer Weiterentwicklung.

Zahlen 2025

1,85*

Customer Effort
Score (CES)

1,58**

Gesamtzufriedenheit

1,71***

Zufriedenheit mit
persönlicher Beratung

7.647

Rückmeldungen
gesamt, davon

→ 1.837

Lob

→ 5.810

Verbesserungs-
wünsche

* CES bedeutet: Customer Effort Score – wie leicht haben wir es unseren Kund*innen gemacht, ihr Anliegen zu klären.

Ein Customer Effort Score (CES) von 1,85 zeigt, dass unsere Versicherten ihre Anliegen einfach und unkompliziert klären konnten.

** Wert entspricht: Sehr hohe Gesamtzufriedenheit

*** Wert entspricht: Sehr zufrieden mit der persönlichen Beratung

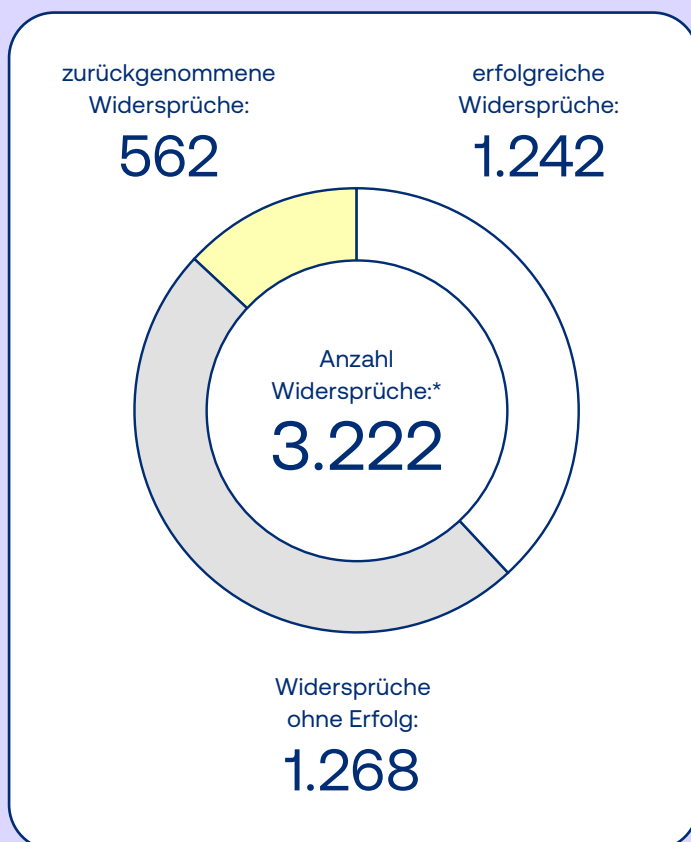
Widersprüche und Klagen

Das gute Recht

Transparenz bedeutet für uns auch, dass Entscheidungen nachvollziehbar sind und auf Wunsch einer erneuten Prüfung unterzogen werden können. Das gesetzlich vorgesehene Widerspruchsverfahren gibt unseren Versicherten diese Möglichkeit. Jeder Widerspruch wird sorgfältig geprüft und

auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben noch einmal bewertet. Wo möglich, suchen wir gemeinsam mit unseren Versicherten nach einer passenden Lösung. Führt das Widerspruchsverfahren zu keiner Einigung, kann die Entscheidung gerichtlich überprüft werden.

Widersprüche und Klagen (Krankenversicherung)



Anzahl Klagen	101
Anzahl Klagen je 100.000 Versicherte	17
Anzahl erfolgreicher Klagen	13
Anzahl erfolgreicher Klagen je 100.000 Versicherte	2
Anzahl Klagen ohne Erfolg	23
Anzahl Klagen ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	4
Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden	54
Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden je 100.000 Versicherte	9
Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	9
Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden je 100.000 Versicherte	1

* Differenz auf sonstige Art erledigt

** Die Darstellung je 100.000 Versicherte ermöglicht eine realistische Vergleichbarkeit (unabhängig von der Anzahl der Versicherten je Kasse).



Vergleich zu 2024:

Die Anzahl der Widersprüche (Kranken- und Pflegeversicherung) ist leicht gestiegen. Die Anzahl der Klagen (Kranken- und Pflegeversicherung) ist nahezu gleich geblieben.

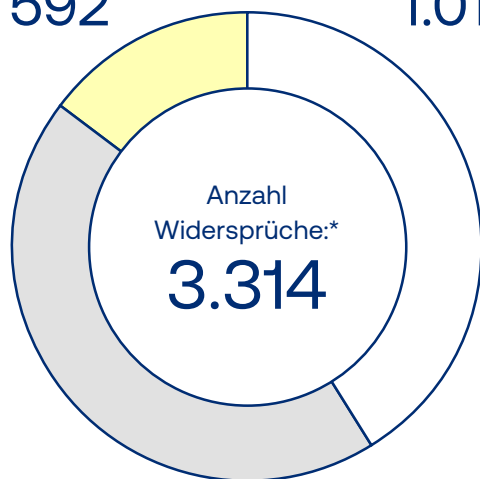
Widersprüche und Klagen (Pflegeversicherung)

zurückgenommene
Widersprüche

592

erfolgreiche
Widersprüche

1.019



Widersprüche
ohne Erfolg

1.651

Anzahl Widersprüche je 100.000
Versicherte:**

549



169

273

98

Anzahl Klagen

87

Anzahl Klagen
je 100.000 Versicherte

14

Anzahl erfolgreicher Klagen

20

Anzahl erfolgreicher Klagen
je 100.000 Versicherte

3

Anzahl Klagen ohne Erfolg

8

Anzahl Klagen ohne Erfolg
je 100.000 Versicherte

1

Anzahl Klagen, die
zurückgenommen wurden

45

Anzahl Klagen, die zurückge-
nommen wurden je 100.000
Versicherte

7

Anzahl Klagen, die auf
sonstige Art erledigt wurden

13

Anzahl Klagen, die auf sonstige
Art erledigt wurden je 100.000
Versicherte

2

* Differenz auf sonstige Art erledigt

** Die Darstellung je 100.000 Versicherte ermöglicht eine realistische Vergleichbarkeit (unabhängig von der Anzahl der Versicherten je Kasse).



Ausblick auf 2026

2026 richtet sich die Pronova BKK klar auf 3 Fokusthemen aus: **Kundenzentrierung, Finanzen und Vertrieb**. Wir möchten digitale Prozesse weiter vereinfachen, Abläufe klarer gestalten und unsere Versicherten noch gezielter unterstützen. Gleichzeitig steuern wir unsere Ausgaben verantwortungsvoll und sichern unsere wirtschaftliche Basis. Im Vertrieb stärken wir unsere Präsenz bei Unternehmen und machen unsere Angebote noch sichtbarer. Mit diesen Schwerpunkten gehen wir das Jahr 2026 bewusst fokussiert an – mit dem Anspruch, für unsere Kund*innen verlässlich, verständlich und zukunftssicher aufgestellt zu sein.



Krankenkasse

so wie du sie

brauchst.

Pronova BKK
67082 Ludwigshafen

pronovabkk.de

