Service und Leistung zählen!

3. Transparenzbericht der TK – Berichtsjahr 2022

Die Techniker

Vorwort

Die heutige Zeit ist durch eine Vielzahl von Möglichkeiten geprägt. Für viele Menschen bedeutet das: Entscheidungen zu treffen ist komplexer geworden und oft mit einem unsicheren Gefühl verbunden. Umso mehr suchen sie nach Klarheit und Sicherheit bei der Entscheidungsfindung.

Objektive und vergleichbare Kriterien können den notwendigen Durchblick verschaffen. Darauf setzt die Techniker Krankenkasse (TK) auch bei ihrem dritten Transparenzbericht. Denn auch für die eigene Gesundheit müssen wichtige Entscheidungen getroffen werden: Von der Wahl einer Ärztin oder eines Arztes, eines Behandlungswegs bis hin zur Entscheidung für die persönliche Krankenkasse.

Immer mehr gesetzliche Kranken- und Pflegekassen legen ihre Service- und Versorgungsqualität offen. Uns freut, dass der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eine höhere Verbindlichkeit der Kennzahlen in Transparenzberichten festlegen will. Denn erst wenn alle Wettbewerber ihr Leistungs- und Servicegeschehen transparent machen, entsteht für die Versicherten ein umfassender und klarer Blick. Gesetzliche Grundlage sollten die gemeinsam festgelegten Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Definition der Kennzahlen sein.

Dieser Transparenzbericht gibt Auskunft über Leistungsgeschehen und Widerspruchsverfahren sowie die Servicequalität in der TK. Auch über Beratungsangebote, etwa das TK-Familien-Telefon, den TK-TerminService oder Angebote für Patientinnen und Patienten mit Behandlungsfehlern informiert diese Ausgabe. Mit diesem Bericht greift die TK bereits in diesem Be-

richtsjahr die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes auf und stellt Transparenz über alle 45 geforderten Kennziffern her.

Für den nötigen Durchblick und ein gutes Bauchgefühl bei gesundheitlichen Entscheidungen kommt es natürlich nicht nur auf Daten an. Bei der TK engagieren sich mehr als 14.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für unsere mehr als 11 Millionen Versicherten – 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr. Unsere Kundenberaterinnen und Kundenberater, Pflegeexpertinnen und -experten sowie der Beauftragte für Patientensicherheit sorgen für die Klarheit, die Gesundheit verdient.

Dr. Jens Baas
Vorstandsvorsitzender der TK

Inhalt

4 Vergleichbarkeit von Kennzahlen

6 Das leistet die TK

14 Digitale Anwendungen zum Nutzen für die Versicherten

22 Widersprüche und Sozialgerichtsverfahren

24 Servicequalität macht den Unterschied

42 Patientinnen und Patienten mit Sicherheit gut versorgen

50 TK-Service- und -Beratungsangebote im Überblick

58 TK-Transparenzbericht – Daten und Fakten im Überblick

Vergleichbarkeit von Kennzahlen

Um das Leistungsgeschehen und den Service der Kranken- und Pflegekassen einschätzen und bewerten zu können, benötigen Versicherte entsprechende Informationen. Nur so können sie eine gut informierte Entscheidung treffen und die Kasse wählen, die am besten zu ihren Bedürfnissen passt.

Aussagekräftige Leistungs- und Servicekennzahlen können für mehr Transparenz im Markt der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (GKV) sorgen – vorausgesetzt, sie basieren auf vergleichbaren, validen Informationen sowie identischen Definitionen und Erhebungsmethoden. Aus der Sicht der TK war es deshalb sehr wichtig, einheitliche und vergleichbare Datengrundlagen zu schaffen.

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen haben sich 2022 auf einen Katalog von 45 Kennzahlen zum Leistungsgeschehen verständigt. Auf diesen Kennzahlen basiert der vorliegende Transparenzbericht. Darüber hinaus werden weitere Informationen zur Verfügung gestellt, wie zum Beispiel zu spezifischen Digitalisierungsangeboten der TK und zu Aspekten der Servicequalität. Für die Servicequalität gibt es derzeit keine kassenübergreifenden Vorgaben. Weitere Hinweise dazu finden Sie im Abschnitt Servicequalität.

Die TK 2022 in Zahlen

87
Millionen ärztliche Behandlungen

Im Jahr 2022 vertrauten in Sachen Gesundheit mehr als

11,1 Millionen

Versicherte auf die TK. Für ihre medizinische Versorgung hat die TK 2022 fast 35 Milliarden Euro aufgewandt.

45
Millionen Briefe
hat die TK an Kundinnen und Kunden verschickt.

1,8
Millionen Behandlungen im Krankenhaus

569.000
E-Mails
hat die TK an Kundinnen und Kunden versendet.

56
Millionen Arzneimittelrezepte
im Wert von 6,3 Milliarden Euro

12 Millionen
elektronische Nachrichten
ins Postfach von „Meine TK“

24
Millionen Telefongespräche

7,5
Millionen Hilfsmittelanträge

Das leistet die TK

Haushaltshilfe Bei schweren Erkrankungen oder nach einem Krankenhausaufenthalt ist es für viele Menschen oft nicht möglich, den Haushalt zu führen. Daher unterstützt die TK ihre Versicherten über deren gesetzliche Ansprüche hinaus.

Damit sich die Versicherten in dieser schwierigen Lebensphase nicht selbst um die Beschaffung einer geeigneten Haushaltshilfe kümmern müssen, arbeitet die TK mit vielen Vertragsorganisationen zusammen und vermittelt die Haushaltshilfe an die Versicherten: Die Haushaltshilfe kommt zu ihnen nach Hause, die Kosten werden direkt mit der TK abgerechnet. Die Versicherten zahlen nur die gesetzliche Zuzahlung an die TK.

98,6 %

der **Anträge** hat die TK 2022 bewilligt. **In 22.726 Fällen** nahmen Versicherte diese Hilfe in Anspruch. Die **Ablehnungsquote betrug 1,4 Prozent**.

Von

368.940

gestellten **Anträgen** hat die TK im vergangenen Jahr **355.374 Anträge bewilligt**: Dies ergibt eine **Bewilligungsquote** von

96,3 %

und eine **Ablehnungsquote von 1,0 Prozent (2,7 Prozent waren zum Stichtag noch nicht entschieden.).**

Häusliche Krankenpflege Verband wechseln, Medikamente richten oder körperbezogene Pflegemaßnahmen: Wenn medizinische Hilfeleistungen im häuslichen Bereich notwendig sind, wird dies durch speziell dafür geschulte Pflegekräfte der häuslichen Krankenpflege (HKP) erbracht.

Wer künstlich über den Mund oder Kehlkopf beatmet wird oder aufgrund des Gesundheitszustandes einen sehr hohen Bedarf an medizinischen Hilfeleistungen hat, kann häusliche Intensivpflege erhalten. Das bedeutet, dass eine qualifizierte Pflegekraft rund um die Uhr anwesend ist, um die Betroffenen in lebensbedrohlichen Situationen zu versorgen. Versicherte können die häusliche Intensivpflege im eigenen Zuhause, in speziellen Wohngemeinschaften oder im Pflegeheim erhalten. Ihr Arzt kann ihnen die HKP oder die häuslichen Intensivpflege verordnen. Der Medizinische Dienst unterstützt uns in vielen Fällen und bewertet die medizinische Notwendigkeit. Nach dessen Stellungnahme dürfen wir die Leistung bewilligen.

Für die Versorgung mit HKP haben wir Verträge mit qualifizierten Leistungserbringern geschlossen. Die Kosten rechnen wir direkt mit diesen ab, sodass die Versicherten sich um nichts kümmern müssen. Sie zahlen lediglich die gesetzlichen Zuzahlungen, sofern sie nicht davon befreit sind.

Hilfsmittel Blutzuckerwerte messen, besseres Hören oder leichteres Gehen: Hilfsmittel unterstützen den Menschen dann, wenn es nötig ist.

Mehr als sieben Millionen Anträge auf Hilfsmittel werden jedes Jahr bei der TK gestellt – und fast genauso oft stellen wir für unsere Versicherten eines der mehr als 30.000 Produkte, die eine Behinderung ausgleichen, eine Therapie unterstützen oder eine Verschlimmerung von Symptomen vermeiden, zur Verfügung.

97,8 %

der **Hilfsmittelanträge** wurden von der TK **bewilligt**. 2,2 Prozent der Anträge wurden abgelehnt.

Die TK unterhält über 1.000 Verträge mit mehr als 40.000 Sanitätshäusern, Hörgeräteakustikbetrieben, Orthopädiefachgeschäften, Apotheken und vielen weiteren Anbietern. So stellen wir Hilfsmittel „zum sofortigen Mitnehmen", innerhalb von wenigen Tagen oder per Post zur Verfügung.

Bei Fällen mit mehreren Versorgungsoptionen bindet die TK den Medizinischen Dienst in den Antragsprozess ein, um die geeignete Versorgung zu ermitteln. Dessen medizinische Expertise wird bei der Entscheidung über den Hilfsmittelantrag von der TK berücksichtigt.

Krankengeld Damit sich die Versicherten im Falle einer längeren Erkrankung vollständig auf ihre Genesung konzentrieren können, zahlt die TK ihnen Krankengeld. So sind die Versicherten auch finanziell sicher aufgestellt.

In

282.156

Fällen zahlte die TK 2022 **Krankengeld in Höhe** von insgesamt rund **2,5 Milliarden Euro**.

Damit die Versicherten ihr Krankengeld möglichst unkompliziert und innerhalb von 24 Stunden nach dem Eingang der Krankmeldung erhalten, wird der Prozess weitestgehend digital unterstützt: Von der Übersendung einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Arzt oder die Ärztin an die TK, über die Möglichkeit, die Angaben für die Auszahlung von Krankengeld online zu übermitteln, bis hin zum digitalen Krankengeldrechner auf **tk.de**. Den Rechner und weitere Informationen finden Sie auf **tk.de** mit der **Suchnummer 2006214**.

Pflegeversicherung Etwa 377.000 Menschen waren bei der TK 2022 pflegebedürftig. Die TK-Pflegeversicherung unterstützt sowohl Pflegebedürftige als auch deren Angehörige – mit Beratungsangeboten und nützlichen Services.

Wird ein Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit gestellt, beauftragen wir den Medizinischen Dienst (MD), der die Pflegesituation beurteilt und im Anschluss ein Gutachten erstellt. Dafür erhält der MD mit einem elektronischen Verfahren alle notwendigen Informationen von der TK und übersendet uns auch auf diesem Weg das Gutachten. Daraufhin entscheiden wir über den Pflegegrad und informieren die Betroffenen über die weiteren Schritte. Das elektronische Verfahren führt dabei zu einer schnelleren Bearbeitung der Anträge.

Ablehnungen gehen zum Beispiel auf Situationen zurück, in denen der Pflegebedarf bei Begutachtung niedriger eingeschätzt wird, als die Antragsstellenden annahmen. Aus sonstigen Gründen wurden 4,4 Prozent der Erstanträge erledigt, zum Beispiel wenn der Antrag zurückgezogen wurde.

Im vergangenen Jahr hat die TK

141.586

Erstanträge auf **Feststellung von Pflegebedürftigkeit bearbeitet**.
Davon wurden **79,8 Prozent bewilligt** und 15,8 Prozent abgelehnt.

„Die Bewältigung der Pflege stellt die Gesellschaft zunehmend vor Herausforderungen: Welche Leistungen sind für gute Pflege nötig? Wer kann diese erbringen und wie werden Pflegeleistungen nachhaltig finanziert? Diese Fragen werden die Gesundheitspolitik noch lange beschäftigen.

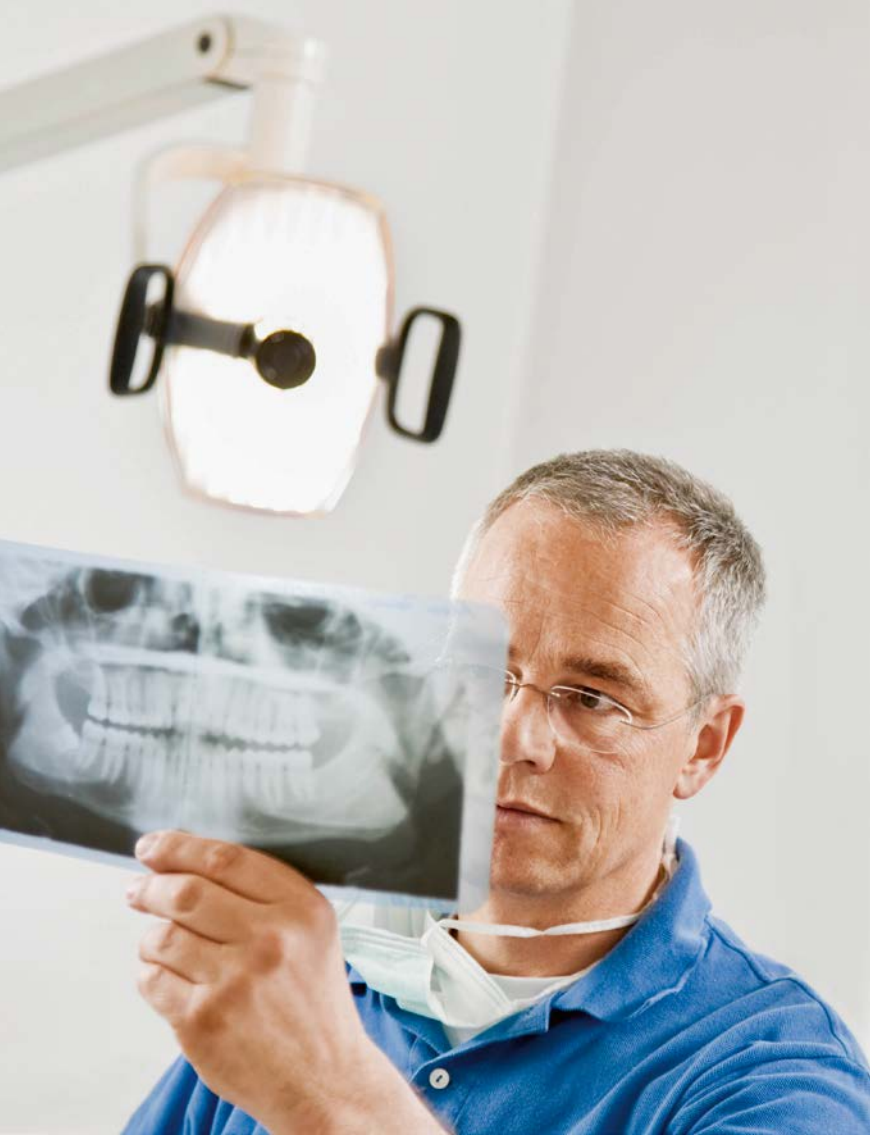
Wir in der TK haben daher im letzten Jahr unsere innerbetrieblichen Strukturen, Arbeitsabläufe und Kapazitäten an den Herausforderungen ausgerichtet. So unterstützen, beraten und begleiten wir unsere Kundinnen und Kunden bei allen Anliegen rund um das Thema Pflege noch besser.“

Thomas Ballast,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender
der TK

Vorsorge- und Rehamaßnahmen Die TK unterstützt ihre Versicherten bei der Genesung und Gesundung mit Vorsorge- und Rehamaßnahmen. Eine Vorsorgekur erhält die Gesundheit und beugt Krankheiten vor: Menschen mit Gesundheitsrisiko stärken in der Kur ihre geschwächte Gesundheit. Bei einer Rehabilitation geht es um die Wiederherstellung der Gesundheit, wenn bereits eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt – sie soll die Verschlimmerung von Beschwerden verhindern. Sowohl die Vorsorgekuren als auch Rehabilitationsmaßnahmen werden ambulant oder stationär angeboten. Welche Art der Maßnahme in Betracht kommt, hängt von den individuellen krankheitsbedingten Einschränkungen und Bedürfnissen der Versicherten ab.

Eine Mutter-Kind-Kur beziehungsweise Vater-Kind-Kur unterstützt Eltern, deren Gesundheit beeinträchtigt ist. Im Fokus der Kur steht, wie sie die Gesundheit dauerhaft selbst fördern und stärken können, um den Familienalltag gesund und gut meistern zu können. Die Auswahl einer Klinik für die Mutter- beziehungsweise Vater-Kind-Kur erfolgt für die Versicherten bequem über einen Onlinezugang auf **tk.de**.

Nicht immer ist klar, welche konkrete Maßnahme im Einzelfall medizinisch erforderlich ist. In diesen Fällen hilft der Medizinische Dienst mit seiner Beurteilung und Beratung, die geeignete Maßnahme zu finden.



Zahnersatz An dem medizinisch notwendigen Zahnersatz, wie Zahnkronen, Brücken oder Prothesen, beteiligt sich die TK mit einem festen Zuschuss. Durch das elektronische Antrags- und Genehmigungsverfahren ist die Beantragung für Zahnersatz einfach und schnell:

54 %

der eingehenden Anträge **werden innerhalb eines Tages** an die Zahnarztpraxis **bewilligt** zurückgesendet. Weitere Informationen zum digitalen Heil- und Kostenplan finden Sie im nächsten Kapitel zu digitalen Angeboten.

Von 1.261.854 gestellten Anträgen hat die TK im vergangenen Jahr 1.231.502 Anträge bewilligt: Dies ergibt eine **Bewilligungsquote von 97,6 Prozent** und eine Ablehnungsquote von 2,4 Prozent.

Als bewilligt gelten sowohl die Anträge, die positiv durch die TK beschieden wurden, als auch solche, die direkt ohne Genehmigung abgerechnet wurden.
Für Ablehnungen gibt es verschiedene Gründe: Teilweise werden Anträge durch die Zahnarztpraxis falsch gestellt, manchmal wird durch eine Begutachtung festgestellt, dass nicht alle Zähne Zahnersatz benötigen. So stellen wir für unsere Kundinnen und Kunden unter anderem sicher, dass sie die zahnmedizinische Versorgung erhalten, die für sie persönlich notwendig ist.

Digitale Anwendungen zum Nutzen für die Versicherten

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) hat 2015 den ersten Rahmen für einen Digitalisierungsprozess in Deutschland gesetzt. Damit startete der Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur (TI) und die Einführung von medizinischen Anwendungen zur Nutzung durch die Versicherten sowie die Patientinnen und Patienten. Seitdem folgte eine Reihe weiterer Gesetze: Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) schuf der Gesetzgeber 2018 die Möglichkeit, auf die elektronische Patientenakte (ePA) auch mit handelsüblichen mobilen Endgeräten wie Smartphones und Tablets zugreifen zu können. 2019 eröffnete das Digitale-Versorgung-Gesetz Potenziale der Digitalisierung durch einen neu geschaffenen Rechtsanspruch auf die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). 2020 wurde den Krankenkassen mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz die Möglichkeit eingeräumt, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, und mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) von 2021 erhielten die Versicherten einen Anspruch auf Digitale Pflegeanwendungen (DiPA).

Dennoch befindet sich die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens immer noch am Anfang. Der Nutzen für die Versicherten hält sich in Grenzen – das muss sich ändern. Deshalb sollen in den Transparenzberichten der TK besondere Digitalisierungsangebote mit einem spezifischen Nutzen für die Versicherten herausgestellt werden.

Digitale Gesundheitsanwendungen Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurde 2019 eine neue Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Nach ärztlicher Verordnung werden Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), sogenannte „Apps auf Rezept“, von den Krankenkassen übernommen. Alternativ können Krankenkassen durch einen Antrag der Versicherten DiGA genehmigen, wenn die entsprechende Diagnose vorliegt.

Die Beantragung einer DiGA ist bei der TK online, per App oder per Post möglich. Die ersten DiGA sind seit Oktober 2020 gelistet und können von den Versicherten genutzt werden. Dass die neue Leistungsart bei den TK-Versicherten gut ankommt, zeigt sich an den Freischaltcodes, die seit DiGA-Start von der TK ausgegeben worden sind (Stand 31.05.2023).

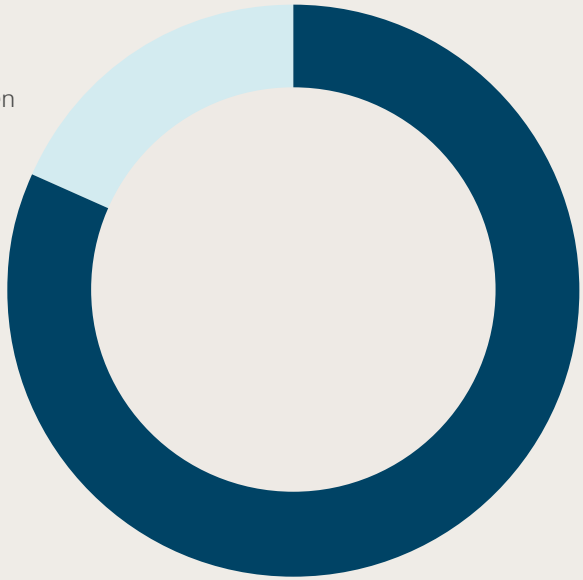
Neben dieser gesetzlichen Leistungsart bietet die TK ihren Versicherten eine Vielzahl von weiteren digitalen Angeboten. Möglich machen dies verschiedene Gesetzesgrundlagen für Selektivverträge.

Schon bevor es DiGA gab, nahm die TK eine führende Position bei der digitalen Entwicklung und der digitalen Angebotsvielfalt ein. Das spiegelt sich in dem TK-Portfolio wider. Zu den TK-eigenen digitalen Angeboten zählen unter anderem die TK-AllergieApp Husteblume oder die Schwangerschafts-App TK-BabyZeit. Unser stetig wachsendes digitales Portfolio findet sich auf **tk.de** über die **Suchnummer 2000212**.

Anzahl der Bewilligungen von DiGA: 82.819

18,2 %

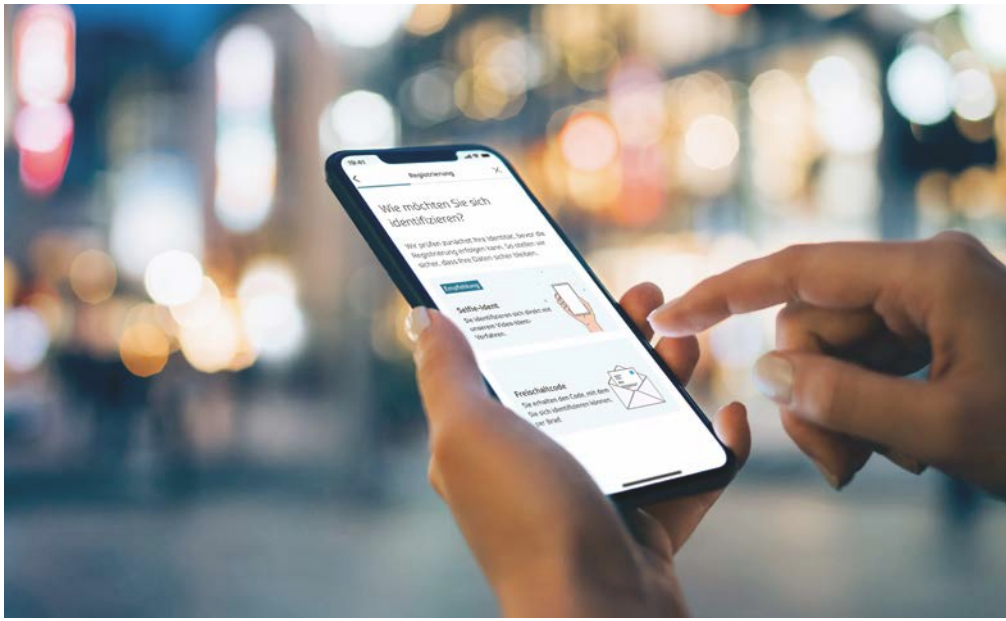
Alternativ: Genehmigungen durch die Krankenkasse



81,8 %

Verordnungen durch den Arzt oder die Ärztin

Quelle: TK, Stand: 31.05.2023



Die elektronische Leistungsbestätigung Bei der TK können Versicherte Leistungen, zum Beispiel für den Geburtsvorbereitungskurs oder Krankengymnastik, jetzt auch digital bestätigen. Bisher war das nur per Unterschrift auf vorgedruckten Formularen möglich. Nun können die Versicherten die Leistungsbestätigung auch direkt in Apps der TK vornehmen. Die Möglichkeit findet sich in der TK-App sowie – speziell für Hebammenleistungen – in der App TK-BabyZeit.

Das Verfahren der elektronischen Leistungsbestätigung wurde von der TK entwickelt und kann derzeit für Hebammenleistungen und für Leistungen aus dem Heilmittelbereich für Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie für Podologie verwendet werden. Immer mehr Leistungserbringer nehmen teil. Bis Ende Mai 2023 wurden insgesamt bereits circa 40.000 elektronische Leistungsbestätigungen ausgestellt. Mit der elektronischen Leistungsbestätigung steht den teilnehmenden TK-Versicherten nicht nur ein moderner, digitaler und papierloser Prozess zur Verfügung, sie profitieren insbesondere davon, dass das Verfahren auch funktioniert, wenn sie eine Leistung per (Video-)Telefonie erhalten haben. Sie müssen dann nicht im Nachgang für eine Unterschrift zur Praxis fahren.

Auch für die Leistungserbringer und Krankenkassen hat die elektronische Leistungsbestätigung viele Vorteile. Nicht nur, weil sie ein wichtiger Baustein in der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist, sondern auch, weil sie die Abrechnungsprozesse papierlos und damit einfacher, schneller und sicherer macht.

Thomas Ballast,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK

„Digitalisierung im Gesundheitswesen ist nur dann erfolgreich, wenn die Nutzerinnen und Nutzer einen spürbaren Mehrwehrt erleben. Nach diesem Motto haben wir mit der elektronischen Leistungsbestätigung und dem digitalen Heil- und Kostenplan relevante Maßnahmen umgesetzt. Das bedeutet: schnelle, einfache und sichere digitale Prozesse für Versicherte, Leistungserbringer und Kassen.“

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) hat 2015 den ersten Rahmen für einen Digitalisierungsprozess in Deutschland gesetzt. Damit startete der Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur (TI) und die Einführung von medizinischen Anwendungen zur Nutzung durch die Versicherten sowie die Patientinnen und Patienten.

Dennoch befindet sich die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens immer noch am Anfang. Der Nutzen für die Versicherten hält sich in Grenzen – das muss sich ändern.

Deshalb sollen in den Transparenzberichten der TK besondere Digitalisierungsangebote mit einem spezifischen Nutzen für die Versicherten herausgestellt werden.

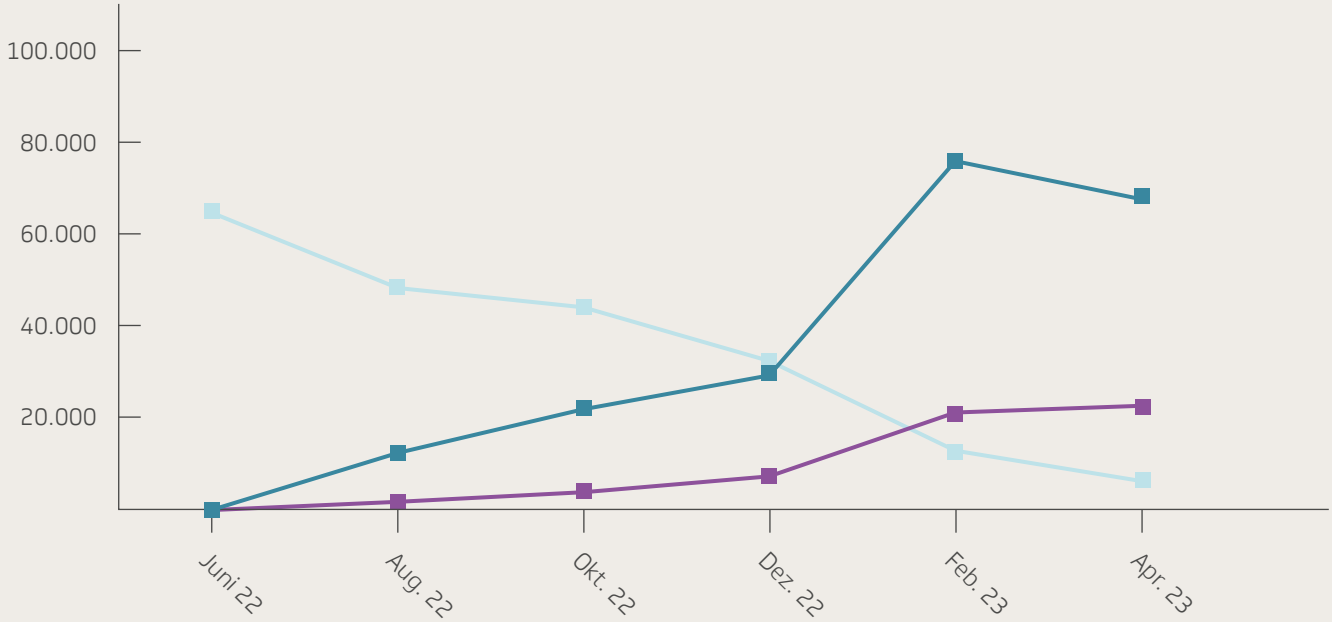
Digitale Heil- und Kostenpläne Seit 1. Juli 2022 können Heil- und Kostenpläne zur Zahnersatzbehandlung durch ein digitales Verfahren zwischen zahnärztlichen Praxen und Krankenkassen ausgetauscht werden. Die TK prüft den Heil- und Kostenplan und entscheidet über den Festzuschuss. In den meisten Fällen erhält die Zahnarztpraxis eine Rückmeldung über die Höhe unseres Zuschusses zum Zahnersatz noch am gleichen Tag. Eine Information geht zudem automatisch per Post an die Versicherten oder digital an das elektronische Postfach in „Meine TK“ beziehungsweise in der TK-App.

Sollten Versicherte wegen einer Bonusregelung Anspruch auf einen höheren Zuschuss haben, wird dies automatisch berücksichtigt.

Seit Start des digitalen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens hat die Nachfrage beständig zugenommen. Wenige Monate nach der Einführung, im vierten Quartal 2022, gingen rund 28 Tausend Heil- und Kostenpläne digital bei der TK ein. Im ersten Quartal des neuen Jahres stieg diese Zahl jedoch deutlich auf über 82.000 eingereichte Anträge an. Aktuell werden bereits mehr als 90 Prozent aller Heil- und Kostenpläne digital eingereicht.

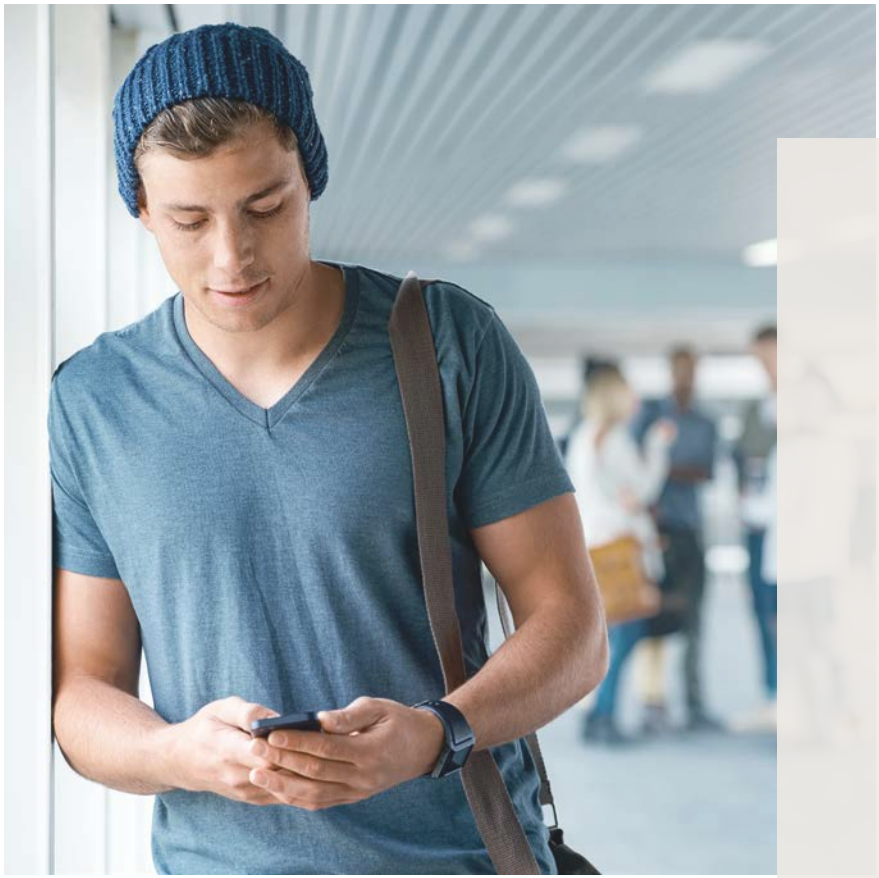
Das Beispiel der digitalen Heil- und Kostenpläne verdeutlicht die Potenziale digitaler Prozesse für eine Entbürokratisierung sowie für die Nutzung, sobald ein Mehrwert für die Beteiligten deutlich wird.

Entwicklung der elektronischen Beantragung von Zahnersatz



- Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren bezüglich Zahnersatz
- Heil- und Kostenpläne per Post
- Anträge auf kieferorthopädische Behandlung, Kiefergelenkserkrankungen und Parodontitisbehandlung

Quelle: TK, Stand: 31.05.2023

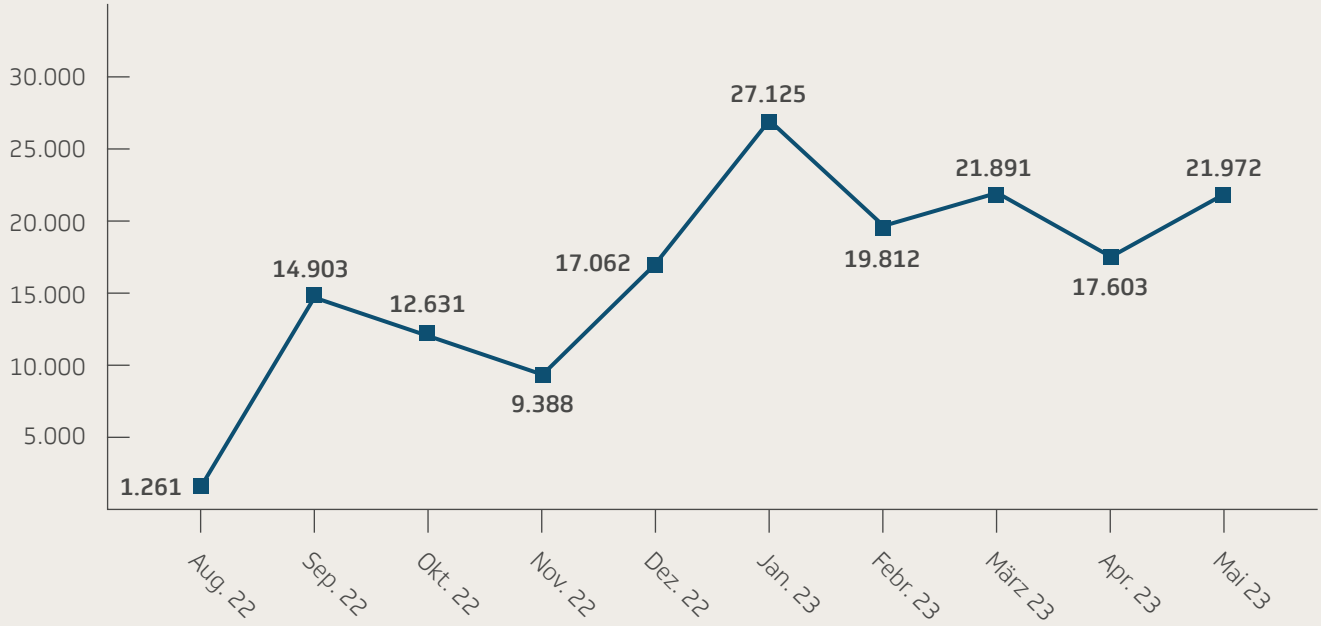


Digitales Beitragskonto für Studierende und Selbstständige Studierende und Selbstständige erhalten mit der TK-Versicherung ein Beitragskonto, in dem die Zahlungen von Mitgliedschaftsbeiträgen dokumentiert werden. Sofern die Studierenden beziehungsweise Selbstständigen zudem über einen Zugang zum Onlinebereich „Meine TK“ verfügen, steht ihnen seit August 2022 auch ein digitales Beitragskonto zur Verfügung, mit dem sie ihre aktuellen Beitragszahlungen eigenständig online im Blick behalten können.

Damit werden so die Nutzerinnen und Nutzer über den nächsten fälligen Beitrag und Zeitpunkt informiert und bekommen Rückstände oder Guthaben angezeigt. Die Auszahlung des Guthabens kann auch direkt über das Beitragskonto beantragt werden – damit steht den Versicherten die Funktion der Erteilung des Sepa-Lastschriftmandats online zur Verfügung.

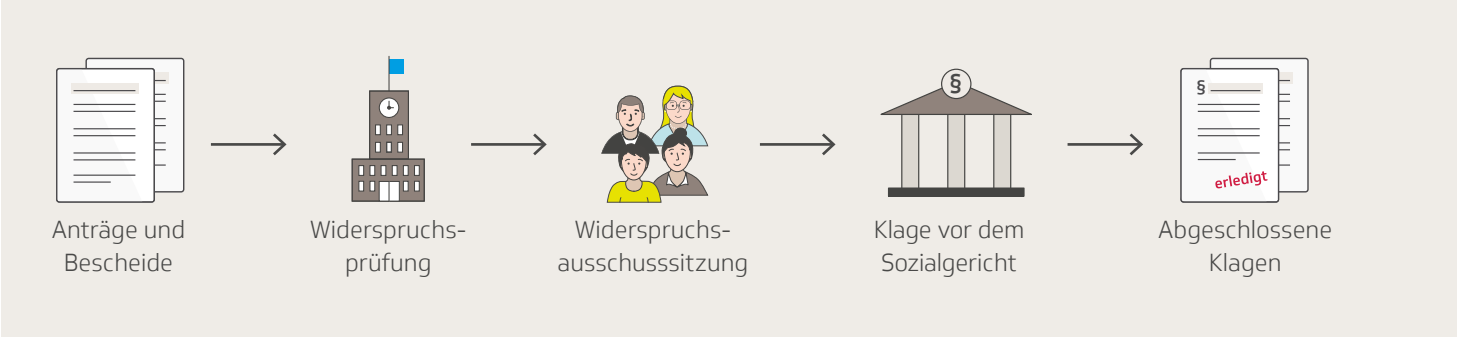
Seit Start des digitalen Services haben insgesamt bereits mehr als 160.000 Studierende und Selbstständige von diesem neuen digitalen TK-Angebot Gebrauch gemacht. Tendenz steigend, wie die Grafik zeigt.

Anzahl Online-Aufrufe der Beitragskonten Studierende und Selbstständige in „Meine TK“



Quelle: TK, Stand: 31.05.2023

Widersprüche und Sozialgerichtsverfahren



Die Kundinnen und Kunden immer im Blick – das Widerspruchsverfahren bei der TK Die TK hat sich im Jahr 2022 um mehr als 40,1 Millionen Anliegen ihrer rund 11 Millionen Kundinnen und Kunden gekümmert. Diese Anliegen waren vielfältig und reichten vom Antrag auf eine neue Gesundheitskarte oder eine Rehabilitationsmaßnahme über die Genehmigung eines Heil- und Kostenplans für zahnärztliche Behandlung bis hin zur Erstattung eines besonderen Medikaments. In jedem einzelnen Fall prüfen die Mitarbeitenden, ob eine Bewilligung möglich ist.

Häufig muss geprüft werden, ob die erforderlichen medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Denn nur dann darf die TK eine Leistung bewilligen beziehungsweise bezahlen. Hierzu beauftragt die TK eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD). Dieses Gutachten benötigt zwar eine gewisse Zeit, ist für die Beurteilung eines Leistungsantrages jedoch wichtig. Die Empfehlung des MD wird bei der Entscheidung der TK berücksichtigt.

Muss ein Antrag aufgrund der rechtlichen Regelungen oder der fehlenden medizinischen Voraussetzungen abgelehnt werden, haben die Versicherten die Möglichkeit, Widerspruch gegen diese Entscheidung einzulegen. Darauf weist die TK die Versicherten sowohl in der Entscheidung als auch auf **tk.de** hin. Im Jahr 2022 ergaben sich aus circa 14,4 Millionen Anträgen beziehungsweise Bescheiden rund 105.000 Widerspruchsverfahren.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TK prüfen in diesen Fällen erneut, ob dem Widerspruch im konkreten Fall doch abgeholfen werden kann. Hierzu werden zum Beispiel neue Argumente der Versicherten oder nachgereichte Unterlagen ausgewertet, sowie fehlende Informationen durch die TK eingeholt.

Sven Tönnemann, Teamleiter Grundsatz und Service im Fachzentrum Widersprüche

„Die TK nimmt die Prüfung von Widersprüchen sehr ernst. Rechtliche Rahmenbedingungen erlauben oftmals keine andere Entscheidung. Gerade in diesen Fällen ist es den ehrenamtlichen Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse wichtig, dass die Gründe für ihre Entscheidung unseren Kundinnen und Kunden transparent und verständlich erklärt werden.“

Bei rund 54.000 Fällen konnte aufgrund neu gewonnener Erkenntnisse oder dank einer Begutachtung durch den MD eine Entscheidung zugunsten unserer Kundinnen und Kunden getroffen werden. In rund 29.000 Widerspruchsverfahren nahmen die Kundinnen und Kunden ihrerseits aufgrund der neuen Erkenntnisse ihren Widerspruch zurück. Die verbliebenen Fälle wurden den Widerspruchsausschüssen vorgelegt und dort entschieden. In diesen Ausschüssen beraten ehrenamtliche Mitglieder der Selbstverwaltung über die Widersprüche der Versicherten und überprüfen die Entscheidungen der Kasse ein weiteres Mal. Die ehrenamtlichen Ausschussmitglieder übernehmen eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe, da hinter jedem Antrag menschliche Schicksale stehen können.

Rund 19.000 Widersprüche wurden im Jahr 2022 in den Ausschüssen bei der TK beraten. In nur knapp 1,5 Prozent aller vorgelegten Fälle wurde die ursprüngliche Entscheidung der TK revidiert. Diese geringe Quote macht deutlich, dass der Prozess der Bewilligung innerhalb des Unternehmens sehr gut und in den allermeisten Fällen reibungslos funktioniert. Natürlich kann es vorkommen, dass Versicherte auch mit dem Bescheid der Widerspruchsausschüsse nicht einverstanden sind. In diesen Fällen treffen Richterinnen und Richter die abschließende Entscheidung in Sozialgerichtsverfahren.

Im Jahr 2022 wurden rund 2.900 Klagen vor den Sozialgerichten entschieden. In lediglich 475 Fällen wurde gegen die Entscheidungen der TK im Widerspruchsverfahren geurteilt. Das kommt zum Beispiel dann vor, wenn ein umfangreiches Gerichtsgutachten zu neuen Erkenntnissen gelangt.

Sonja Brüning, Fachbereichsleiterin Customer Experience

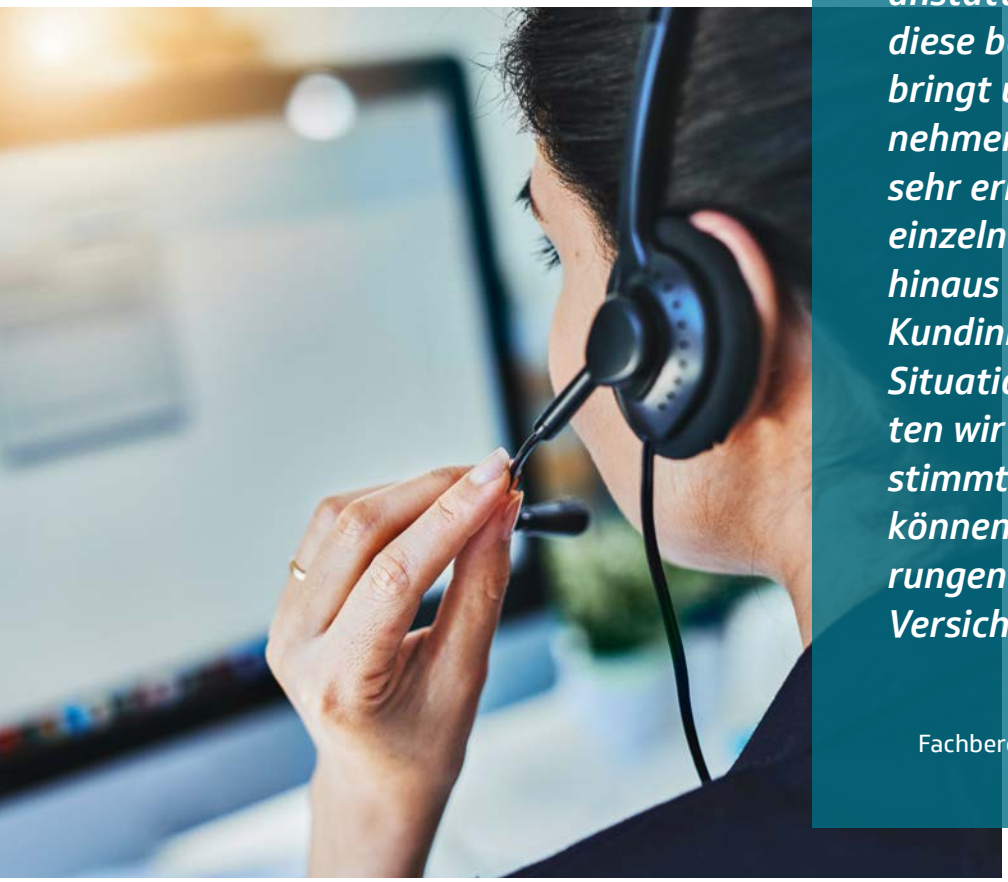
Servicequalität macht den Unterschied

Die Kundensicht einnehmen – eine wichtige Perspektive

Die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Kundinnen und Kunden zu verstehen und ihre Bedarfe zu berücksichtigen sind Grundvoraussetzungen für die Arbeit in der TK. Unser Ziel ist es, eine hohe Kundenzufriedenheit zu gewährleisten und unseren Versicherten in gewohnter Servicequalität zur Verfügung zu stehen.

Das Herausfordernde dabei ist, dass das Erleben unserer Versicherten über viele zusammenhängende Ereignisse rund um die TK stattfindet und einzelne Kontakte oder Anliegen nicht losgelöst voneinander zu sehen sind.

Die TK hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Abläufe aus Kundensicht zu betrachten und eine konsequente Qualitätssicherung zu betreiben. Die diversen Maßnahmen, die dabei zum Einsatz kommen, gewährleisten ein ständiges Überprüfen und Steuern der Servicequalität rund um die Kommunikation und Beratung unserer Kundinnen und Kunden.



„Niemand weiß besser, was Kundinnen und Kunden erleben, was sie stört und was sie erwarten, als unsere Kundinnen und Kunden selbst. Nur wenn wir ihre Perspektive einnehmen und aktiv nach ihren Wünschen und Bedürfnissen fragen – anstatt davon auszugehen, diese bereits zu kennen – bringt uns das weiter. Wir nehmen Kundenfeedback sehr ernst und behalten über einzelne Kontaktpunkte hinaus im Blick, wie unsere Kundinnen und Kunden eine Situation erleben. So erhalten wir Hinweise zu bestimmten Erlebnissen und können konkrete Verbesserungen in der TK für unsere Versicherten anstoßen.“

Sonja Brüning,
Fachbereichsleiterin Customer Experience

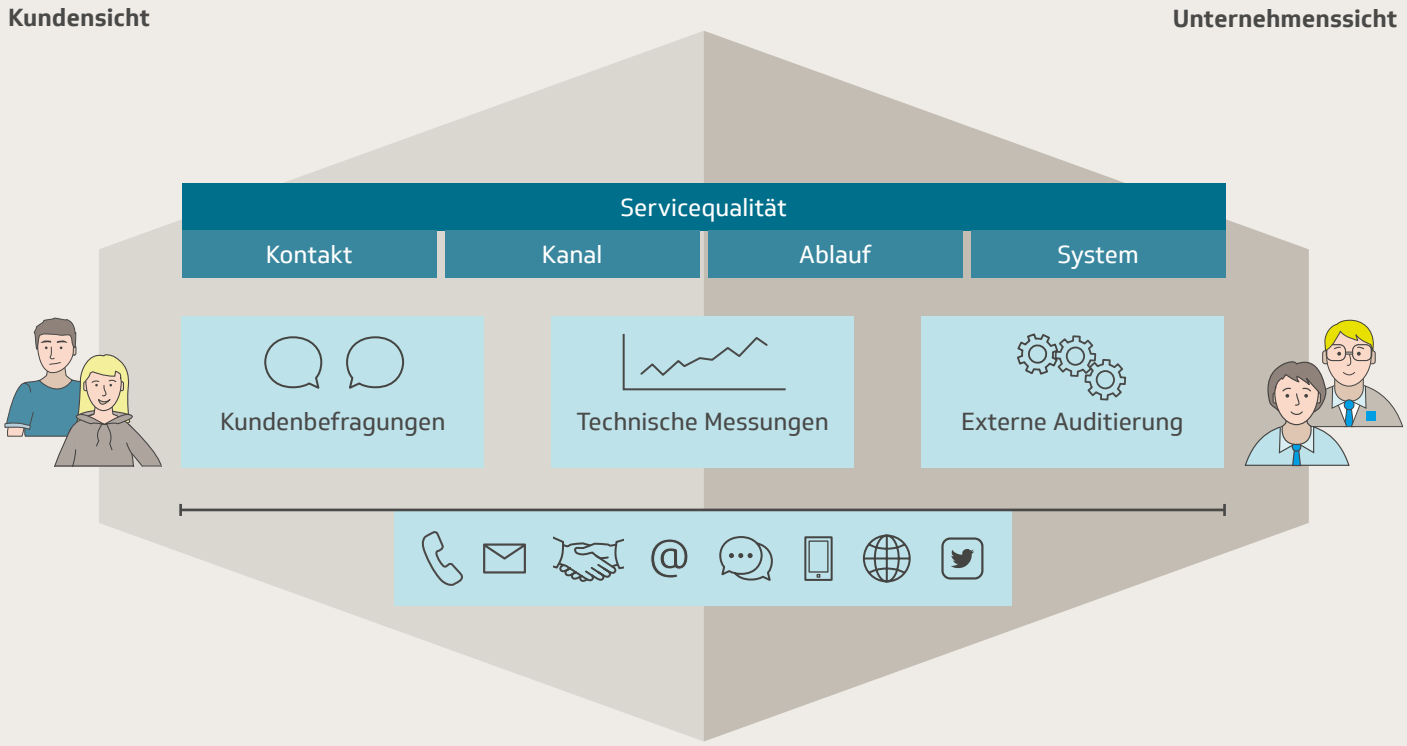
Dabei ist wichtig, die Servicequalität in ihrem Facettenreichtum möglichst vollumfänglich mit passenden Qualitätskennzahlen abzubilden. Wir konzentrieren uns in der TK dabei auf die folgenden vier Parameter:

- **Kontakt- und Beratungsqualität:** Beschreibt die Qualität der Interaktionen zwischen Kundinnen beziehungsweise Kunden und der TK in Bezug auf Kommunikation und Beratung.
- **Kanalqualität:** Beschreibt die Schnelligkeit, die Erreichbarkeit, den Zugang und die Gestaltung der Kommunikationskanäle Telefonie, Schriftgut, Besuch, E-Mail, App, Chat, Websites und Social Media.
- **Ablaufqualität:** Beschreibt die Qualität im Rahmen von klar definierten internen Prozessen und „Kundenreisen" der TK. Sie schließt Kanal- und Kontaktqualität mit Fokus auf einen Ablauf ein.
- **Systemqualität:** Analysiert alle Ebenen, die bei der Erbringung von Servicequalität maßgeblich relevant sind. Dazu gehören das Management, die Kundinnen und Kunden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Prozesse.

Mit qualitativen und quantitativen Kundenbefragungen, diversen technischen Messungen und einer speziell konzipierten Auditierung verfügt die TK über ein umfassendes Methodenset, das die Service- und Qualitätssituation umfänglich analysiert und beschreibt.

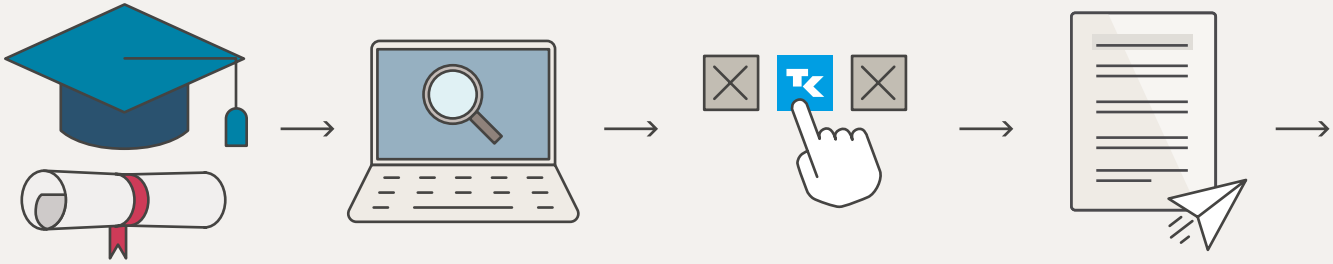
Neben der Sichtweise unserer Kundinnen und Kunden wird auch die Unternehmensperspektive eingenommen. So bleibt neben den Bedürfnissen und Anforderungen der Versicherten auch die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens im Blick.

So ermittelt die TK ihre Servicequalität



Der Weg ist das Ziel – Kunden besser verstehen Mithilfe von Kundenreisen beschreiben wir unterschiedliche Lebenssituationen unserer Versicherten im Kontakt zu Gesundheitsdienstleistern und der TK. Auf diese Weise wollen wir verstehen, was die Kundinnen und Kunden zum Beispiel auf dem Weg, TK-Mitglied zu werden, erleben. Mittels Interviews, standardisierten Befragungen und Freitexten erheben wir konkrete Erwartungen und Schmerzpunkte der Versicherten und leiten daraus Verbesserungen ab.

Um Mitglied bei der TK zu werden, gehen Kundinnen und Kunden auf eine Reise



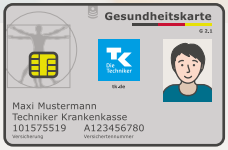
Ich beginne meinen ersten Job und benötige eine neue Krankenversicherung.

Ich informiere mich vor allem online über verschiedene Krankenversicherungen.

Ich beschließe, mich bei der TK zu versichern.

Ich stelle den Antrag auf Mitgliedschaft.

Ich bekomme eine Mitgliedschaftsbestätigung und möchte den Bearbeitungsstand wissen.



Ich erhalte die TK-Gesundheitskarte und bin versichert.

Egal, ob man studiert oder pflegebedürftig ist – jede Lebenssituation stellt einen Menschen vor besondere Herausforderungen. Als Gesundheitspartner möchte die TK dabei bestmöglich unterstützen.

Studierende wünschten sich beispielsweise einen unkomplizierten digitalen Überblick über ihre Beitragszahlungen (vergleiche S. 18).

„Ich hätte gerne in der App eine Übersicht über meine Beiträge und die Beitragsrückstände und Zinsen."

„Womöglich eine Übersicht ..., damit man im Auge behalten kann, ob man alles bezahlt hat, und nicht alles auf einen Schlag kommt, falls man einen Beitrag nicht gezahlt hat."

Die TK entwickelte daraufhin eine neue Online-Übersicht, das TK-Beitragskonto, in der sich die Versicherten schnell und bequem informieren können. Die hohen Zugriffszahlen auf das neue Beitragskonto beweisen, dass das Feature gut ankommt.

Auch **Pflegebedürftige** und ihre Angehörigen wünschen sich Transparenz, um sich in der Pflegelandschaft zurechtzufinden. Neben der hohen emotionalen und körperlichen Belastung in dieser Ausnahmesituation müssen sie auch die große Informationsflut bewältigen. Mit verschiedenen Angeboten unterstützt die TK sie dabei, sich auf das für sie Wesentliche konzentrieren zu können. Beispielsweise erklärt die Broschüre „Pflegewegweiser" (online auf **tk.de** über die **Suchnummer 2129008** erhältlich) unkompliziert und praxisnah Abläufe und gibt Tipps. Hilfreiche Checklisten und unterstützende Serviceangebote für Angehörige – wie in der App TK-PflegeKompakt – runden das Paket ab.

„Die Informationen, die man im Internet findet, haben mir sehr geholfen, mich mit dem Thema Pflege zu beschäftigen."

Wie groß der gesellschaftliche Handlungsdruck in der Pflege ist, zeigen die mit dem demografischen Wandel verbundenen steigenden Fallzahlen. Die Digitalisierung bietet der TK viele Chancen. Beispielsweise ermöglichen der Austausch über Datenträger oder die Bereitstellung der App TK-PflegeKompakt Freiräume, die für individuelle, qualitativ hochwertige Beratungen genutzt werden können.

Mit gutem Service weiterhin überzeugen Guter Service zeichnet sich nicht nur durch Expertise, sondern auch durch eine schnelle und einfache Kommunikation mit den Kundinnen und Kunden aus. Als Gesundheitspartner möchten wir für die Anliegen unserer Versicherten immer bestmöglich erreichbar sein und die höchste Beratungsqualität bieten. Aus diesem Grund werden TK-Versicherte schon immer ausschließlich von kompetenten Kundenberaterinnen und -beratern der TK beraten – Tag und Nacht an 365 Tagen im Jahr. Zu keiner Zeit wird die TK-Servicenummer von externen Dienstleistern oder Callcentern betreut.

Dass wir im Telefonservice auch 2022 unserem hohen Anspruch mit geringen Wartezeiten und einer hohen Erreichbarkeit gerecht geworden sind, bescheinigen uns erneut unsere Kundinnen und Kunden. Sie bewerteten den telefonischen Service der TK sehr positiv und schätzten die Professionalität der TK-Mitarbeitenden:

„Erst einmal ein Kompliment: Ihre Mitarbeiter an der Hotline sind hervorragend. Kompetent, geduldig, superfreundlich. Es geht nicht besser. Wirklich beeindruckend.“

„Mir hat bisher alles super gefallen. Besonders der verbindliche und sehr freundliche telefonische Kontakt.“

Wenn es um eine schnelle und unkomplizierte Bearbeitung von Kundenanliegen geht, greifen immer mehr Versicherte zu unseren digitalen Kanälen. So waren im Jahr 2022 cirka 2,9 Millionen Nutzerinnen und Nutzer in der TK-App aktiv. Im Vergleich zum Vorjahr ist das ein Anstieg um fast ein Drittel (Quelle: TK-Auswertungen). Vor allem die neuen Möglichkeiten zur Kostenerstattung kamen gut an: Mehr als 800.000 Mal reichten Kundinnen und Kunden eine Rechnung für Fahrkosten, Zahnersatz oder Arzneimittel per App ein und beantragten eine Erstattung.

Damit die Versicherten ihr Krankengeld unkompliziert und innerhalb von 24 Stunden nach dem Eingang der Krankmeldung erhalten, wird der Prozess bei der TK weitestgehend digital unterstützt: Von der Übersendung einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Arzt oder die Ärztin an die TK über die Möglichkeit, die Angaben für die Auszahlung von Krankengeld online zu übermitteln, bis hin zum digitalen Krankengeldrechner auf **tk.de**. Den Rechner und weitere Informationen finden Sie auf **tk.de** mit der **Suchnummer 2006214**.

Telefonische Erreichbarkeit Verhältnis aller angenommenen Anrufe (Kontakte und Kontaktübernahmen) zu allen Anrufversuchen – unabhängig von der TK-Servicezeit (0-24 Uhr).

93 %

Quelle: TK-Auswertung

Telefonische Wartezeit Durchschnittliche Dauer, die eine Kundin oder ein Kunde warten musste, um eine TK-Mitarbeiterin oder einen TK-Mitarbeiter zu sprechen.

43,8 Sek.

Quelle: TK-Auswertung

Dass die TK-App auch beim Thema Nutzerfreundlichkeit überzeugt, zeigen die Kundenrezensionen: mit 4,7 von 5 Sternen ist die Kundenzufriedenheit weiterhin überdurchschnittlich hoch.

App-Kunden-Rezension Durchschnittliche Anzahl der Sterne, die seitens der App-Nutzerinnen und -Nutzer auf einer 5er-Skala vergeben wurden.

4,8 Sterne
von 5 Sternen (Apple/iOS)

4,5 Sterne
von 5 Sternen (Android)

TK-App
2.859.786 Millionen
aktive Nutzerinnen und Nutzer

Quelle: TK-Auswertung

Kundenzitate aus der Kundenreise „Mitglied werden“ bestätigen die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden mit den digitalen TK-Lösungen:

„Vor allem finde ich es super, dass es alles online lief, superschnell und supereinfach.“

„Die Online-Verfügbarkeit aller Erledigungen ist für mich das Hauptargument, zur TK zu wechseln. So funktioniert digital!“

Kundenfeedback – so zufrieden sind Kundinnen und Kunden mit der TK Wir wissen: Die Zufriedenheit in den einzelnen Kundenreisen macht letztlich nur einen Teil der gesamten Kundenzufriedenheit aus. Deshalb befragen wir unsere Versicherten regelmäßig, wie zufrieden sie mit der TK sind. Das hilft uns, ein klares Bild davon zu erhalten, wie die Kundinnen oder Kunden das Unternehmen als Ganzes – also die TK mit all ihren Leistungen, dem Beitragssatz, der Servicequalität und der Marke – bewerten.

Dieses regelmäßige Feedback zeigt uns, wann wir die Kundenerwartungen insgesamt erfüllen oder wann womöglich Maßnahmen erforderlich sind.

„Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Krankenkasse, der TK?“ und „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse, die TK, Ihren Freundinnen und Freunden oder Bekannten weiterempfehlen?“ sind dabei die zentralen Fragen, die wir unseren Versicherten stellen. Ausgehend davon werden jeweils die Qualitätskennzahlen für die Gesamtzufriedenheit und für den sogenannten Net Promoter Score (NPS), der die Bereitschaft von Kundinnen und Kunden zur Weiterempfehlung misst, erhoben.

Das methodische Vorgehen zur Messung der Gesamtzufriedenheit und des NPS der TK ist durch Vorgaben definiert, die folgende Aspekte betreffen:

- die Befragungsmethode
- die Größe und Aufbau der Stichprobe
- die konkreten Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten
- die festgelegten Ergebnisberechnungen

Diese Vorgaben ermöglichen klar definierte und damit vergleichbare Kennzahlen.

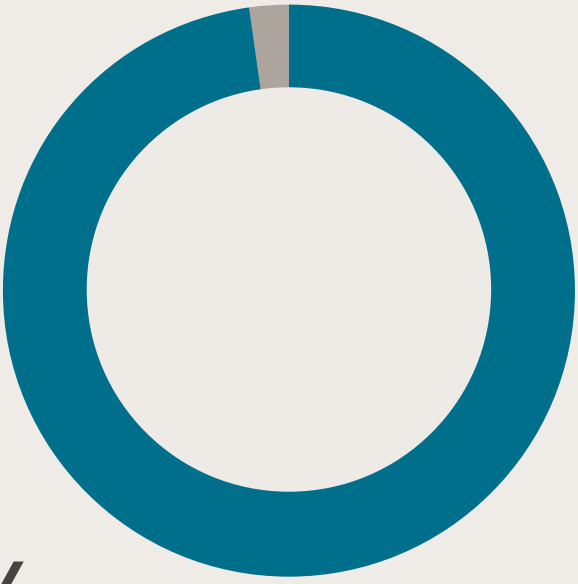
Berechnung und Ergebnisse der Gesamtzufriedenheit 2022
Methodik Gesamtzufriedenheit

Konkrete Frage	„Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Krankenkasse, der TK?“				
Definierte Antwortskala	vollkommen zufrieden	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	unzufrieden
	1	2	3	4	5
Festgelegte Ergebnisberechnung	Gesamtzufriedenheit = Summe der Anteile aller „vollkommen zufriedenen“, „sehr zufriedenen“ und „zufriedenen“ Befragten				

Nahezu alle Kundinnen und Kunden sind mit der TK zufrieden

Ergebnis Gesamtzufriedenheit 2022

Das Ergebnis zeigt mit 98 Prozent* der Befragten deutlich den sehr hohen Grad der Versichertenzufriedenheit mit der TK an.



98 %

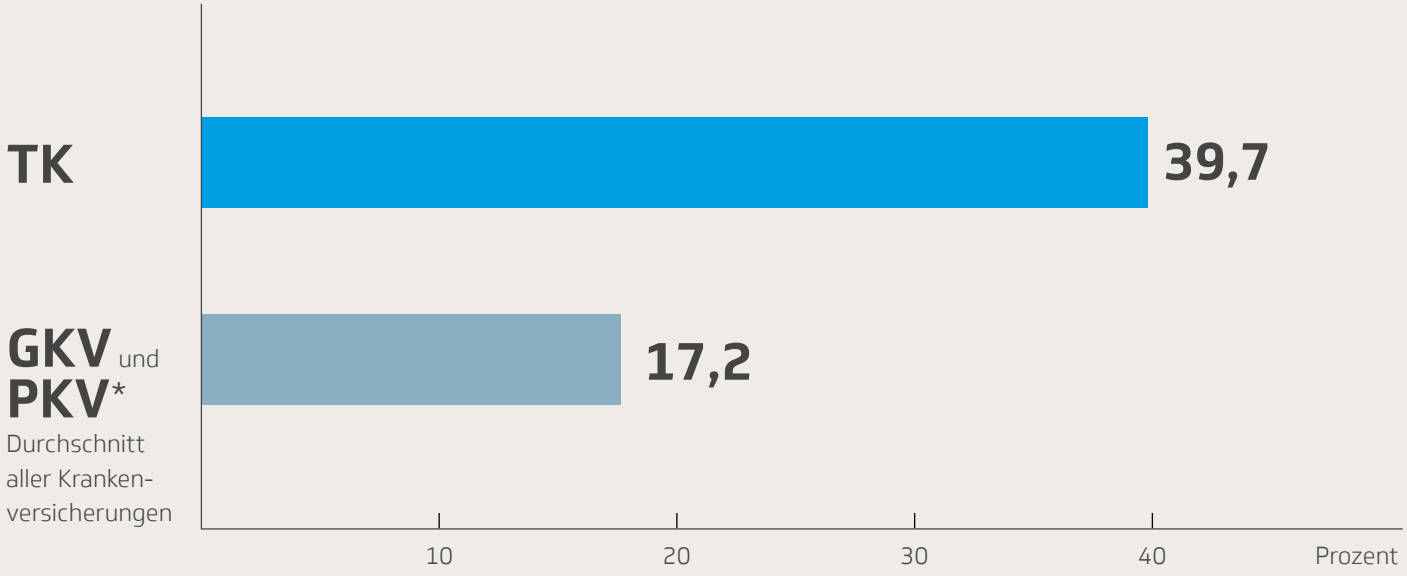
*Summe der Anteile aller „vollkommen zufriedenen“, „sehr zufriedenen“ und „zufriedenen“ Befragten

Quelle/Grafik: TK, 2022 (Top-down-Befragung, Institut eye square GmbH; repräsentative Onlinebefragung der TK, 2.993 TK-Versicherte, 18-69 Jahre)

Berechnung und Ergebnisse des Net Promoter Score 2022

Hohe Weiterempfehlungsbereitschaft – starker Vertrauensbeweis für die TK

Ergebnis Net Promoter Score 2022



Quelle/Grafik: Top-down-Befragung, Institut: eye square GmbH; Onlinebefragung der TK im Juni/November 2022 mit insgesamt 4.080 Versicherten (Bevölkerung) und 2.993 TK-Versicherten im Alter von 18 bis 69 Jahren, repräsentativ strukturiert nach Alter, Geschlecht, Bundesland und Krankenkasse/Krankenversicherung

* GKV: Gesetzliche Krankenversicherung, PKV: Private Krankenversicherung

Der NPS-Wert der TK lässt weiterhin auf einen sehr hohen Anteil von Promotorinnen und Promotoren unter den eigenen Versicherten schließen. Die TK liegt mit dem NPS im Wettbewerbsvergleich im Spitzencluster. Das ist eine starke Vertrauensbekundung unserer Versicherten, die uns stolz macht und ein Ansporn ist.

Methodik NPS

Konkrete Frage	„Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse, die TK, Ihren Freundinnen und Freunden oder Bekannten weiterempfehlen?“
Definierte Antwortskala	Promotorinnen/ Promotoren: 10, 9 Passiv Zufriedene: 8, 7 Kritikerinnen und Kritiker: 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0
Festgelegte Ergebnis-berechnung	**Anteil der Promotorinnen und Promotoren (%) abzüglich Anteil der Kritikerinnen und Kritiker (%)** Der Anteil der Promotorinnen und Promotoren entspricht dem prozentualen Teil der Befragten, die 9 oder 10 angekreuzt haben. Der Anteil der Kritikerinnen und Kritiker bezieht sich auf den prozentualen Teil der Befragten, die mit 0 bis 6 geantwortet haben. Alle passiv Zufriedenen (7 und 8) bleiben bei der Berechnung des NPS unberücksichtigt. Der NPS kann damit einen Wert von -100 (jede Kundin ist eine Kritikerin beziehungsweise jeder Kunde ist ein Kritiker) bis +100 (jede Kundin ist eine Promotorin beziehungsweise jeder Kunde ist ein Promotor) ergeben.

Auditierung – so bewerten wir unser Qualitätsmanagementsystem

Für die Überprüfung der Servicequalität kommt bei der TK eine passgenau auf das Unternehmen zugeschnittene Auditierung zum Einsatz. Dabei betrachten und bewerten wir die TK-Systemqualität auf den Ebenen: Kundinnen und Kunden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Management und Prozesse.

- Auf der Ebene der **Kundinnen und Kunden** wird unter anderem darauf geschaut, wie Serviceprozesse in den Dienststellen geplant, gelebt und reflektiert werden.

- Bei **Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern** steht das kundenorientierte Verhalten mit den entsprechenden Kompetenzen an erster Stelle.

- Über das **Management** wird die Servicequalität im Rahmen der Vision und Ziele verankert. So ist der Zusammenhang zwischen Mitarbeitenden-, Kundenzufriedenheit, Servicequalität und Unternehmenserfolg auf allen Führungsebenen bekannt und wird bei Entscheidungen berücksichtigt.

Dies geschieht beispielsweise bei der Auswahl von neuen Mitarbeitenden mit Kundenkontakt. Neben der Fachkompetenz wird hier ein besonderer Fokus auf die Softskills gelegt.

- Die **Prozessebene** umfasst die Betrachtung der organisatorischen Rahmenbedingungen und der technischen Infrastruktur, die zur Umsetzung und Sicherstellung der Servicequalität notwendig sind.

Die Serviceanforderungen sind detailliert in einem individuell entwickelten Kriterienkatalog zusammengefasst und dienen als Basis für die Auditgespräche. Ziel ist es, Stärken und Schwächen sichtbar zu machen und Lernfelder zu erkennen – aber auch wertzuschätzen, was bereits gut läuft.

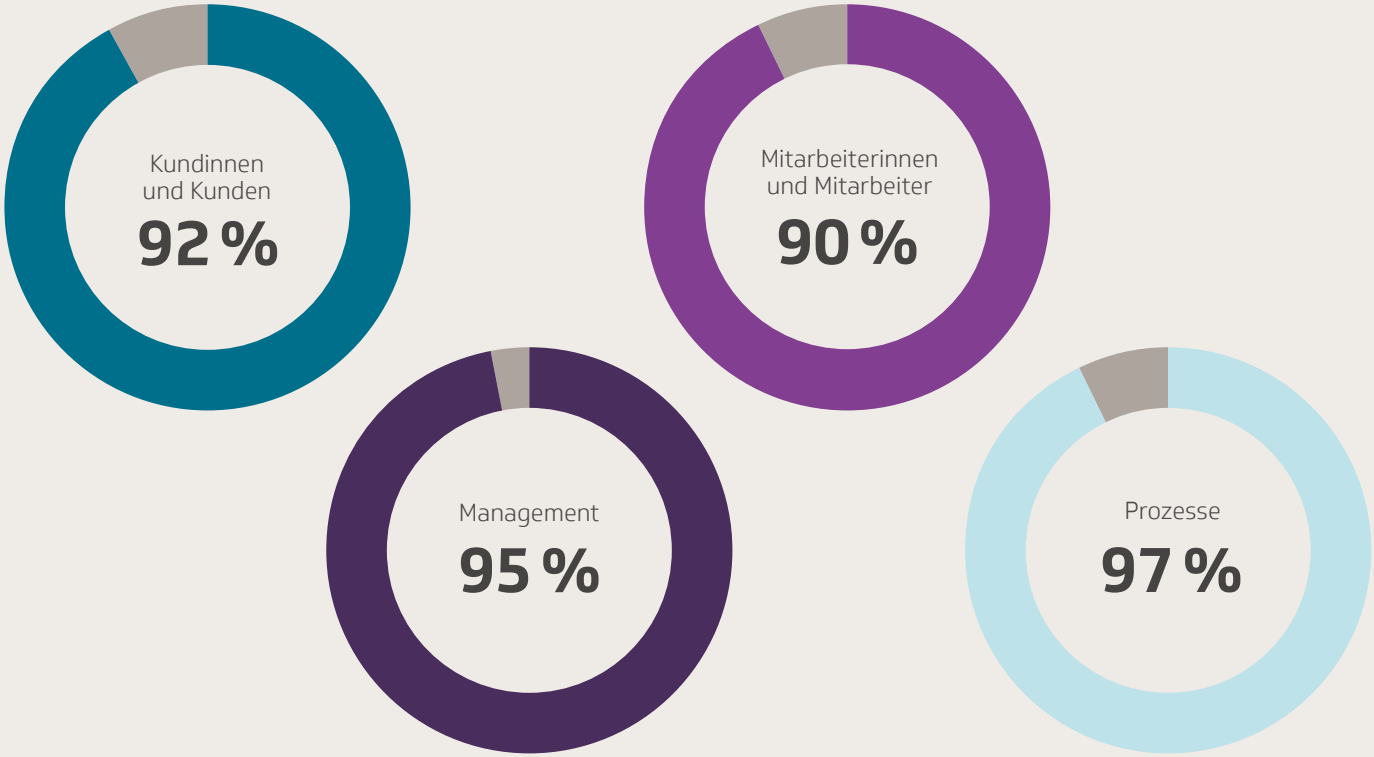
Um den Erfüllungsgrad der Kriterien zu bewerten, wird ein standardisiertes Bewertungsraster genutzt. Die Ergebnisse werden dann pro Ebene zusammengefasst. Sie zeigen den Anteil der erfüllten Kriterien auf der jeweiligen Ebene in Prozent von „übertroffen“, „voll erfüllt“ und „überwiegend erfüllt“ an.

Die Mitarbeitenden der TK empfinden die Auditgespräche als sehr wertvoll. Sie berichten, dass diese mit den Ergebnissen und Impulsen die Servicequalität am eigenen Standort gezielt verbessern.

Hervorragende Servicequalität in TK-Dienststellen

Ergebnisse der externen Auditierung im Jahr 2022

Erfüllungsgrad der Servicekriterien auf den Ebenen Management, Kundinnen und Kunden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Prozesse



Quelle: Ergebnisse von Auditierungen in 21 TK-Dienststellen, 2022

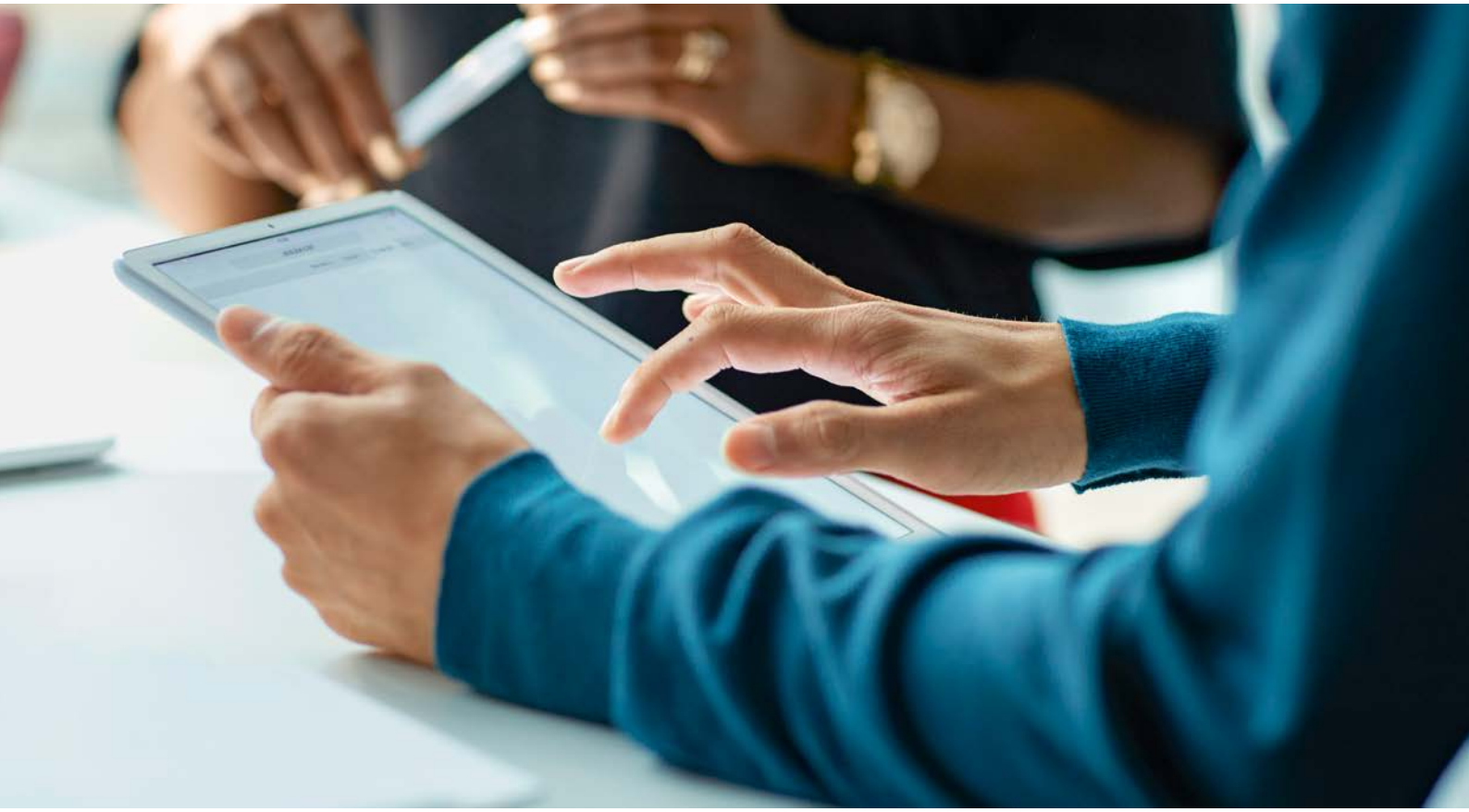
Einheitliche Standards bei der Messung der Servicequalität schaffen mehr Transparenz für Versicherte

Die Sicherung von Servicequalität in Krankenkassen ist derzeit nicht einheitlich geregelt. Jede Krankenkasse entscheidet selbst, wie sie Servicequalität definiert, misst und bewertet. Um eine Vergleichbarkeit für Versicherte zu ermöglichen, sollten für alle Krankenkassen einheitliche und eindeutige Kriterien dazu gelten. Im Fokus müssen aus Versichertensicht relevante Kennzahlen stehen, welche durch die Krankenkassen gemessen und einmal jährlich veröffentlicht werden.

Hierfür geeignete Kennzahlen sind beispielsweise:

- Gesamtzufriedenheit und NPS aus Kundenbefragungen,
- telefonische Erreichbarkeit, durchschnittliche Wartezeit und die App-Rezensionen aus technischen Messungen sowie
- externe Auditierungsergebnisse, um die Wirksamkeit eines bestehenden Qualitätsmanagementsystems nachzuweisen.

Eine einheitliche Datenerhebung unter Berücksichtigung des methodischen Vorgehens und der Ergebnisberechnung ist dabei unverzichtbar. So müssen beispielsweise bei Befragungen für Kundinnen und Kunden gleiche Vorgaben für Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten der Versicherten geschaffen werden. Nur so wird ein direkter Qualitätsvergleich der Krankenkassen möglich und für mehr Transparenz auf dem GKV-Markt gesorgt.



Patientinnen und Patienten mit Sicherheit gut versorgen

Täglich werden tausende Patientinnen und Patienten in Deutschland in Krankenhäusern operiert. Ärztinnen und Ärzte in den Praxen vor Ort untersuchen und behandeln Erkrankte, verordnen Medikamente oder überwachen den Krankheitsverlauf. In den allermeisten Fällen verlaufen Eingriffe, Diagnosen und Therapien wie vorgesehen. Aber wo Menschen arbeiten, können auch Fehler passieren: Betroffene erhalten versehentlich eine falsche Arznei, Patientinnen und Patienten werden verwechselt oder bekommen eine unrichtige Diagnose. Alle im Gesundheitswesen Beschäftigten möchten solche unerwünschten Ereignisse verhindern. Wir als TK wollen sie dabei unterstützen. Deshalb engagieren wir uns als TK zusammen mit Leistungserbringern für den Ausbau der Patientensicherheit.

Mehr Sicherheit bei der Behandlung setzt ein Bündel von Aktivitäten voraus. Selten wird nur eine Intervention allein die Sicherheit stärken. Notwendig ist vielmehr ein integrierter Ansatz von vielfältigen Aktivitäten. Dazu ist es zuallererst notwendig, eine klare Haltung zum Thema zu demonstrieren, an der das Engagement von Krankenversicherungen bewertet werden kann, und eng mit den Netzwerken zur Patientensicherheit verbunden zu sein. Im Folgenden sind die wesentlichen strukturellen Merkmale und einige Kennzahlen aufgeführt, anhand derer Sie das Engagement von Krankenversicherungen bewerten können.

Strukturen für eine bessere Patientensicherheit

Beteiligung an der nationalen Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit Gesundheitswissenschaftliche und politische Akteure fordern eine nationale Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit, an der alle Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung – einschließlich der Krankenkassen – mitwirken und sich einbringen sollen. Sie ist eine Voraussetzung zur konzertierten und effektiven Entwicklung des Themenfeldes. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat dementsprechend alle Akteure im Gesundheitswesen aufgefordert, in Deutschland mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit zu kooperieren (Quelle: GMK 2014, Top 11.3). **Die TK ist Gründungsmitglied und Premium-Partner im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS).**

So unterstützt die TK das APS intensiv mit ihrer Mitgliedschaft. Die TK-Vorstände bringen sich von Beginn an im APS-Beirat ein. Außerdem stellte die TK von 2011 bis 2019 den ehrenamtlichen APS-Geschäftsführer beziehungsweise -Generalsekretär.

Hardy Müller, Beauftragter für Patientensicherheit der TK

Beauftragte für Patientensicherheit Für eine angemessene Umsetzung von Patientensicherheitsanliegen bedarf es in allen Einrichtungen besonders qualifizierter Beschäftigter. Die Bestellung von sogenannten „Beauftragten für Patientensicherheit“ wurde im APS-Weißbuch Patientensicherheit begründet, vom Verband der deutschen Ersatzkassen (vdek) gefordert und in verschiedenen Projekten der Patientensicherheit bekräftigt. Im Forderungskatalog des APS-Vorstandes zur Legislatur 2021- 2025 wird diese Forderung erneuert. Der im Jahr 2021 verabschiedete „Globale Aktionsplan Patientensicherheit“ der Weltgesundheitsorganisation WHO fordert von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens die Benennung von Beauftragten für Patientensicherheit.

Die TK hat bereits im April 2019 einen Beauftragten für Patientensicherheit benannt. In seinen öffentlichen Berichten für den TK-Vorstand und die TK-Selbstverwaltung stellt er jährlich die Prioritäten im Arbeitsfeld dar und berichtet über aktuelle und im Berichtsjahr abgeschlossene Projekte.

Der Bericht des TK-Beauftragten für Patientensicherheit ist im Web verfügbar.

„Die WHO fordert in einem globalen Aktionsplan eine Dekade der Patientensicherheit. Wir in der TK erfüllen die genannten Anforderungen, etwa die konsequente Beteiligung von Patientinnen und Patienten oder den Einsatz von Beauftragten für Patientensicherheit, gerne.“

Hardy Müller,
Beauftragter für Patientensicherheit der TK

Das TK-Leitbild Patientensicherheit

„Wir wollen, dass TK-Versicherte mit Sicherheit gut versorgt werden!“

- Die TK zeigt und übernimmt Verantwortung.
- Die Patientensicherheit in eigenen TK-Versorgungsangeboten ist hoch.
- Wir arbeiten und sorgen für gute Patientensicherheit.
- Unsere Innovationskraft stärkt die Patientensicherheit.

Leitbild Patientensicherheit In den Organisationen bedarf es eines expliziten Leitbildes zur Patientensicherheit, das auf wissenschaftlich anerkannten Definitionen fußt.

Dieses Leitbild schafft zum einen für alle Akteure Transparenz über die Unternehmensziele und ist zum anderen eine Selbstverpflichtung für weitere Projekte und Aktivitäten.

Projektaktivitäten Patientensicherheit drückt sich in einem hohen Sicherheitsniveau wie auch in einer Haltung und dem permanenten Bestreben, Verbesserungen in diesem Tätigkeitsfeld zu erreichen, aus. Ein Ausdruck dieser Überzeugungen sind Projektaktivitäten zum Ausbau der Patientensicherheit, zum Beispiel im Rahmen von Förderungen im Innovationsfonds.

Beispiele für TK-Aktivitäten sind etwa die Förderung der Kommunikation zwischen Behandlungsteams und Erkrankten im Klinikalltag oder Fehlermeldesysteme in Kliniken, um Behandlungsfehler zu vermeiden. Die TK stellt die

Erfahrungen aus der Bearbeitung von Behandlungsfehlern allen Interessierten zur Verfügung, damit die benannten Probleme in Zukunft vermieden werden können.

Erhebung bei Versicherten zur subjektiv erlebten Patientensicherheit In einem patientenzentrierten, wertebasierten Gesundheitssystem sind das Erleben und die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die subjektiven Erfahrungen im Feld der Patientensicherheit werden daher bei der TK regelmäßig erhoben. Diese Ergebnisse bilden wichtige Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung von Angeboten zur Erhöhung der Patientensicherheit.

Die TK führt regelmäßig bevölkerungsrepräsentative Erhebungen zur subjektiv erlebten Patientensicherheit durch. Der TK-Monitor Patientensicherheit wurde 2019 erstmalig durchgeführt. Die Ergebnisse werden seitdem publiziert, auf Kongressen vorgestellt und wirken damit weit über das Unternehmen hinaus. Bei der Erhebung 2020 wurden die Effekte der Coronapandemie auf die Patientensicherheit untersucht. Bei der dritten Erhebung im Jahr 2021 wurden unsere Versicherten über ihre Erwartungen nach schwerwiegenden Ereignissen befragt. Mit der Befragung 2022 wurde ein Vergleich mit einer Befragung aus dem Jahr 2002 möglich. Damit konnten erstmals Einstellungsveränderungen über die Zeit bei den Versicherten dokumentiert werden.

Weitere Informationen finden Sie online unter **tk.de** mithilfe der **Suchnummer 2128230**.

Unterstützung von Fehlerberichtssystemen „Aus Fehlern wird man klug", lautet eine Volksweisheit. Dies gelingt aber nur, wenn Erfolge und Probleme in der Versorgung systematisch zur Kenntnis genommen werden.

Damit Versicherte ihre Erfahrungen berichten können, setzt sich die TK für den Ausbau von Berichtssystemen für Versicherte ein. Das TK-System zur Rückmeldung von Erfahrungen mit Covid-19 wurde nach erfolgreichem Test auf alle Indikationen ausgeweitet und wird 2023 von weiteren Krankenkassen übernommen. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt diese Initiative der TK und fördert deren Weiterentwicklung.

Patientenberichte teilen – Ihre Erfahrungen mit Long Covid

Erfahrungen – gute oder schlechte – von Ihrer Behandlung oder der Behandlung Ihrer Angehörigen mit Long Covid können Sie uns gerne hier mitteilen:

Ihre Erfahrungen werden von einem Team aus Expertinnen und Experten analysiert und anonym mit allen geteilt, die mit uns am Ausbau der Patientensicherheit arbeiten. So werden aus Ihren Erfahrungen konkrete Hilfestellungen für alle.

Weitere Informationen zum Angebot finden Sie auf **tk.de** mithilfe der **Suchnummer 2088844**.

Prozesse zur Verbesserung der Patientensicherheit

Unterstützung der Versicherten bei einem Verdacht auf einen Pflege- beziehungsweise Behandlungsfehler Neben dem Engagement für Prävention und einem besseren Sicherheitsmanagement im Gesundheitswesen bietet die TK konkrete Hilfsangebote für alle Versicherten, die bei sich selbst einen Behandlungsfehler vermuten. So berät die TK die Betroffenen unter anderem über einen digitalen Wegweiser Behandlungsfehler, eine Telefonhotline, wie sie ihrem Verdacht auf den Grund gehen und weitere Hilfsangebote nutzen können. Diese Angebote verbessern damit auch direkt die Patientensicherheit, da mit den gewonnenen Erfahrungen und Lehren aus diesen Fällen die zukünftige Versorgung für die Versicherten und die Behandlungsteams angepasst und sicherer gemacht wird.

Bei der Klärung von Vorwürfen steht den Versicherten über die TK auch ein Netzwerk von Expertinnen und Experten aus dem klinischen Risikomanagement zur Verfügung. Durch diese Kooperation ist sichergestellt, dass bei der Klärung von Vorwürfen für die Versicherten auch aktuelle Expertise aus der klinischen Versorgung einfließt.

„Alle wollen doch eine sichere Versorgung! Gut, dass die TK dabei Ärzte und Pflegende unterstützt."

Stefan B.; Interview Fokus Gruppe Studie Medsafe 2022

Als Indikator für die Intensität der Unterstützungsleistungen bei einem Verdacht auf einen Pflege- oder Behandlungsfehler hat der GKV-Spitzenverband die Kennzahlen der TK aus unseren Transparenzberichten der letzten Jahre aufgenommen und ergänzt. Mit der folgenden Darstellung entsprechen wir bereits diesen im Dezember 2022 veröffentlichten Empfehlungen.

Anzahl der abschließend bearbeiteten Vorwürfe beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler pro 100.000 Versicherte Die Anzahl der bearbeiteten Fälle ist ein Maß für das Aktivitätsniveau der Krankenkasse bei der Unterstützung von Versicherten mit Verdacht auf Behandlungsfehler.

Die Menge der abschließend bearbeiteten Vorwürfe umfasst alle Überprüfungen, bei denen ein Behandlungsfehler, unter anderem durch Sachverständigengutachten seitens des Medizinischen Dienstes, bestätigt oder nicht bestätigt wurde. Zu diesen Unterstützungsfällen zählen auch Meldungen von Versicherten mit dem Verdacht auf einen Pflegefehler. Auch Sachverhalte, bei denen die Versicherten keine konkrete Überprüfung des Vorwurfes gewünscht haben, wurden hier berücksichtigt. Im Jahr 2022 konnte die TK 5.979 Vorwürfe fallabschließend klären. Dies entspricht 54 Fällen je 100.000 Versicherte.

Strukturen und Prozesse für eine bessere Patientensicherheit

Strukturen

- Beteiligung an der nationalen Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit
- Leitbild für Patientensicherheit
- Erhebungen zum Stand der Patientensicherheit
- Beauftragte für Patientensicherheit
- Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit
- Unterstützung von Fehlerberichts-systemen zur Stärkung der Patientensicherheit

Prozesse

- Betreuung von 54 Behandlungs-fehler-Verdachtsfällen im Jahr 2022 pro 100.000 Versicherte
- Betreuung von 20 Behandlungs-fehler-Verdachtsfällen mit sozial-medizinscher Begutachtung im Jahr 2022 pro 100.00 Versicherte

Anteil von Behandlungsfehler-Fällen mit sozialmedizinischer Begutachtung – inklusive Pflegefehler Für Patientinnen und Patienten ist es sehr schwierig, im Bereich der Behandlungsfehlerhaftung berechtigte Ansprüche allein durchzusetzen. Vor allem das Wissens- und Informationsgefälle zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite sowie das hohe Prozesskostenrisiko für die Versicherten ist ein Problem.

Um diesem Ungleichgewicht entgegenzuwirken, sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen. Unter anderem können die Betroffenen ihrem Verdacht mit sozialmedizinischen Gutachten (nach § 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V) ein fachliches Fundament geben. Diese Gutachten können bei Bedarf auch bei späteren Klagen mit verwendet werden.

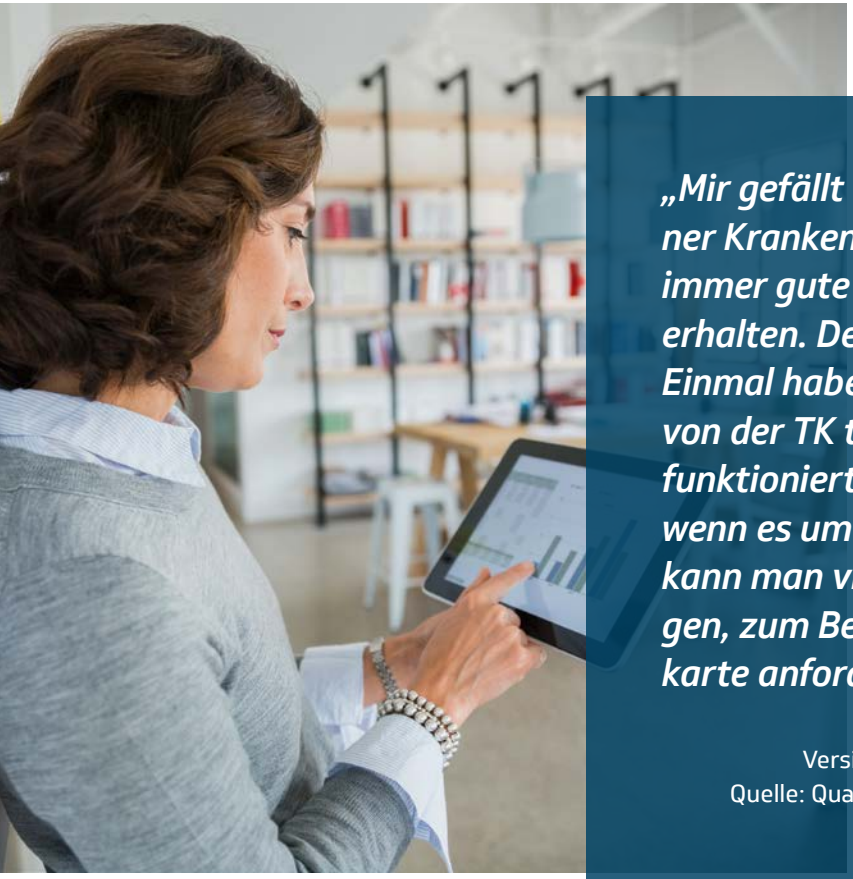
Die Zahl der von Gutachterinnen und Gutachtern geprüften Fälle hängt stark von der Initiative und der fachlichen Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkasse ab, die die Fälle vorab prüfen. Eine große Anzahl von Gutachten kann so als Qualitätsmerkmal für die Unterstützung von Versicherten gewertet werden.

Behandlungsfehler in Zahlen	2022
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	**5.979** (2021: 5.881)
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V je 100.000 Versicherte	**54,0** (2021: 55,0)
Anzahl Unterstützungsfälle nach §66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung	**2.160** (2021: 1.794)
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung je 100.000 Versicherte	**20,0** (2021: 16,0)
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	**670***
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	**1.490***
Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	**31 %***
Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	**69 %***

* gemäß der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes

TK-Service- und -Beratungsangebote im Überblick

Von der Kundenberatung vor Ort bis zur digitalen TK-App, vom TK-ReiseTelefon bis zum TK-TerminService – die TK bietet ein umfassendes Service- und Beratungsangebot und unterstützt ihre Versicherten je nach Anliegen individuell bei Fragen rund um die Gesundheit.



„Mir gefällt die schnelle Erreichbarkeit meiner Krankenkasse. Zudem habe ich bisher immer gute und schnelle Unterstützung erhalten. Der TK-TerminService ist super! Einmal habe ich auch online mit einem Arzt von der TK telefoniert, das hat auch super funktioniert. Die Techniker ist auch schnell, wenn es um Bescheinigungen geht. Zudem kann man viele Dinge selbst online erledigen, zum Beispiel eine neue Versichertenkarte anfordern.“

Versichertenmeinung zur Kommunikation mit der TK
Quelle: Qualitative Interviews, Thema TK-Servicestandards, Institut eye-square GmbH, 2022

Anliegen und Kontakte	
Kontakt zur TK	Die TK ist rund um die Uhr für ihre Kundinnen und Kunden da. Am TK-ServiceTelefon unter **0800 - 285 85 85** sind unsere kompetenten Kundenberaterinnen und -berater jederzeit erreichbar – und das 24 Stunden pro Tag an 365 Tagen im Jahr. Zusätzlich können Anliegen auch persönlich vor Ort in einer **TK-Kundenberatung** sowie per **Chat auf tk.de**, Post, E-Mail oder über den passwortgeschützten Bereich im Web und in der App geklärt werden. Dabei erreichen TK-Versicherte Tag und Nacht ausschließlich die kompetenten Kundenberaterinnen und -berater der TK. Zu keiner Zeit wird die TK-Servicenummer von externen Dienstleistern oder Callcentern betreut, sodass den Versicherten jederzeit die höchste TK-Beratungsqualität zur Verfügung steht.
„Meine TK“	Für alles Persönliche gibt es auf der Website **tk.de** den passwortgeschützten Bereich „Meine TK“. Hier können TK-Versicherte viele Anliegen flexibel, schnell und einfach online erledigen und sicher mit der TK kommunizieren.
TK-App	Weniger Zettel, mehr Zeit: Die TK-App bietet TK-Versicherten viele Funktionen, um ihre Anliegen zu erledigen – ganz bequem per Smartphone
TK-Safe	Mit der elektronischen Patientenakte TK-Safe haben TK-Versicherte ihre Gesundheitsdaten, wie Befunde, Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen oder Medikation, selbst in der Hand – jederzeit und überall per Smartphone und können sie mit jedem Behandelnden sicher teilen.
Englischsprachiges ServiceTelefon	Unter der Servicenummer **040 - 46 06 62 53 00** beraten englischsprachige Kundenberaterinnen und -berater rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr bei Fragen zu Gesundheit und Wohlergehen. Und auch in vielen weiteren Sprachen ist die TK für internationale Kundinnen und Kunden da.
TK-Begleiter	Beim TK-Begleiter handelt es sich um ein Angebot speziell für Patientinnen und Patienten nach einem Herzinfarkt. Betroffene werden unter anderem durch nützliche Hilfestellungen und Tipps auf ihrem Weg zurück in den Alltag begleitet.

Familie	
TK-FamilienTelefon	Bei Fragen rund um die Gesundheit von Babys, Kindern und Jugendlichen bietet die TK einen besonderen Service: das TK-FamilienTelefon. Unter der Telefonnummer **040 - 46 06 61 91 10** erreichen TK-Versicherte 365 Tage im Jahr rund um die Uhr Ärztinnen und Ärzte der unterschiedlichsten Fachrichtungen, zum Beispiel der Kinder- und Jugendmedizin oder HNO-Heilkunde, die sie in Gesundheitsfragen kompetent beraten.
TK-Hebammenberatung	Bei allen Fragen rund um Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit hilft das TK-HebammenTelefon unter der Nummer **040 – 46 06 61 91 70** weiter. Examinierte Hebammen beraten hier täglich zwischen 7 und 21 Uhr – unter anderem in Sachen Stillen oder der Notwendigkeit von Impfungen. Außerhalb dieser Uhrzeiten werden Anrufe und Anfragen an das TK-ÄrzteZentrum weitergeleitet. Hier unterstützen Sie Fachärzte und Fachärztinnen an 365 Tagen rund um die Uhr.
TK-BabyZeit	Die App TK-BabyZeit begleitet Versicherte während der aufregenden Zeit einer Schwangerschaft und beinhaltet umfassende Informationen für die werdende Mutter und zur Entwicklung des Embryos. Neben einer umfangreichen Mediathek mit Videos zu unterschiedlichen Themen unterstützen viele weitere Services wie eine Hebammenberatung oder -buchung, ein Gewichtstagebuch sowie ein Planer mit wichtigen Terminen und Checklisten die werdenden Eltern.
TK-Elternkurs	Der Online-Videokurs unterstützt frischgebackene Eltern, die insbesondere beim ersten Kind viele Fragen haben. Der TK-Elternkurs „Babys erstes Lebensjahr“ hält die Antworten bereit. Neben Erklärvideos zu den ersten Entwicklungsphasen eines Kindes wird in vielen weiteren Videolektionen erklärt, wie Eltern ihr Baby und dessen Gesundheit in vielen Bereichen fördern können.

„Positiv fand ich den Hebammenservice und dass man Hebammen gleich buchen kann, aber auch den Service zu digitalen Kursen zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung. Ich weiß, dass es schwer ist, eine Hebamme zu finden, und wenn man hier den Service bekommt, ist es super – auch die Videos aus der Mediathek waren sehr lehrreich.“

Versichertenmeinung zu Angeboten zum Thema Hebammen in der App TK-BabyZeit
Quelle: Befragung einer Online-Community aus schwangeren Frauen und werdenden Vätern zur TK-BabyZeit, 2022

Pflege	
TK-PflegeKompakt	Die App TK-PflegeKompakt bündelt alle wichtigen Informationen und Services rund um das Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit – transparent aufbereitet an einer Stelle. Die App kann per Smartphone oder Tablet benutzt werden.
TK-PflegeCoach	Der TK-PflegeCoach ist ein kompletter Online-Pflegekurs für Pflegende oder Menschen, die an ehrenamtlicher Pflege interessiert sind. Durch die interaktive Gestaltung können Pflegepersonen den Lerninhalt direkt in der eigenen Pflegesituation anwenden. Für die Nutzung des TK-PflegeCoaches ist keine Registrierung oder Anmeldung erforderlich. Das Angebot des TK-PflegeCoaches kann kostenfrei auf dem Smartphone, Tablet, PC oder Notebook unter **tkpflegecoach.de** genutzt werden.
Pflegen und Leben	Die Online-Beratung **pflegen-und-leben.de** bietet professionelle Unterstützung für pflegende Angehörige. Psychologen und Psychologinnen helfen pflegenden Angehörigen, den „persönlichen Akku“ wieder aufzuladen.
Pflegewegweiser auf tk.de	Details zu den beschriebenen TK-Services und weitere Informationen rund um die Pflege finden TK-Versicherte gebündelt auf **tk.de** unter der **Suchnummer 2129008**: Die Broschüre TK-Pflegewegweiser beinhaltet das Wichtigste zum Download. Auch können auf **tk.de** direkt online Pflegeanträge schnell und unkompliziert gestellt werden.

„Mir hat die App sehr geholfen, die Abläufe besser zu verstehen. Gerade am Anfang waren es sehr viele Informationen, die ich nachvollziehen wollte. Die Hilfen sind kurz und knapp auf den Punkt [...]. Individuelle Fragen kläre ich dann im Gespräch mit der TK, die sind immer sehr freundlich und hilfsbereit. Sehr zu empfehlen!“

Versichertenmeinung zur App TK-PflegeKompakt
Quelle: Google Play Store, 2022

Rund um den Arztbesuch	
Planung und Termine	
TK-TerminService	Wenn Sie mal keine Zeit haben, sich selbst zu kümmern: Der TK-TerminService unterstützt Sie bei der Vereinbarung eines Termins bei einer Fachärztin oder einem Facharzt. Der Service ist entweder über den passwortgeschützten Bereich „Meine TK“ auf **tk.de** oder telefonisch montags bis freitags zwischen 7 und 22 Uhr unter **040 – 46 06 61 92 10** erreichbar.
TK-Erinnerungsservice	Die verschiedenen Vorsorgetermine im Auge zu behalten, kann manchmal herausfordernd sein. Der TK-Erinnerungsservice übernimmt das zuverlässig für TK-Versicherte. Über den passwortgeschützten Bereich „Meine TK” auf **tk.de** kann dieser Service genutzt werden.
TK-Ärzteführer	Der TK-Ärzteführer ist ein Onlineportal zur Suche nach Ärztinnen und Ärzten im Internet. Oftmals ist auch die direkte Buchung von Onlineterminen oder Videosprechstunden möglich.
TK-Klinikführer	Das Onlineportal TK-Klinikführer unterstützt Versicherte bei der Kliniksuche und stellt viele nützliche Informationen zur Qualität oder den Services des betreffenden Krankenhauses zur Verfügung.
Kompetent als Patient	Woran erkenne ich fundierte Gesundheitsinformationen? Was sollte ich über Gesundheits-Apps wissen? Wie kann ich Arztgespräche gut vorbereiten? Was sollte ich über Arzneimittel wissen und wie wende ich sie sicher an? Das TK-Informationsangebot „Kompetent als Patient“ unterstützt TK-Versicherte mit Checklisten und Entscheidungshilfen, Onlinekursen und Videos. Eine Übersicht über die umfassenden Angebote finden Interessierte auf **tk.de** unter der **Suchnummer 2025602**.
TK-ViA	Mit TK-ViA behalten Versicherte den Überblick über ihre Arzneimittel – arztübergreifend. So können Doppelverordnungen oder Wechselwirkungen schnell erkannt werden. Auf Wunsch kann die Medikamentenübersicht auch den eigenen Ärztinnen und Ärzten oder Apotheken zur Verfügung gestellt werden. Angefordert werden kann die TK-ViA über „Meine TK“, in der TK-App über das Postfach oder per TK-ServiceTelefon.
TK-EuropaService	Europaweit abgesichert mit der TK-Versichertenkarte: Der TK-EuropaService ermöglicht Versicherten während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von bis zu 42 Tagen innerhalb Europas eine Behandlung bei Not- und Akutfällen in kooperierenden Kliniken oder Arztpraxen – einfach durch Vorzeigen der TK-Versichertenkarte.

Medizinische Beratung	
TK-ÄrzteZentrum	Kompetente Hilfe per Telefon – rund um die Uhr über das ganze Jahr hinweg: Im TK-ÄrzteZentrum bekommen Versicherte unter der Nummer **040 – 46 06 61 90 00** kompetente Beratung – von Ärztinnen und Ärzten der jeweils erforderlichen Fachrichtung.
TK-Doc	Mit der App TK-Doc können Versicherte schnell und live mit einem Arzt oder einer Ärztin kommunizieren – telefonisch, per Videoanruf oder per Chat. Die telefonische Beratung ist täglich rund um die Uhr unter **040 – 46 06 61 91 00** erreichbar. Auch die sichere Übermittlung von Dokumenten, medizinischen Befunden oder Verordnungen an die Ärztinnen und Ärzte ist möglich. In der TK-OnlineSprechstunde von TK-Doc können sich TK-Versicherte außerdem durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte per Videotelefonie medizinisch behandeln lassen und erhalten bei Bedarf sogar eine Krankschreibung. Voraussetzung ist die vorherige Terminvereinbarung über die App. Der Symptom-Checker in der App hilft Versicherten, ihre Beschwerden richtig einzuschätzen. Mit dem Laborwert-Checker können Versicherte die Werte ihrer Blutanalyse verständlich prüfen.
Online-Hautcheck	Die TK bietet ihren Versicherten eine qualifizierte Online-Abklärung von akuten Hautproblemen an. Dazu laden Versicherte Fotos von der betroffenen Hautstelle über die Anwendung unseres Vertragspartners hoch und beschreiben ihre Beschwerden. Innerhalb weniger Stunden erfolgt eine ärztliche Einschätzung und Therapieempfehlung. In über drei Viertel der Fälle erspart dieser Online-Service der TK den Weg zum Arzt oder zur Ärztin. Versicherte finden dieses Angebot auf **tk.de**, für die Teilnahme ist eine Anmeldung bei „Meine TK“ erforderlich.
TK-ReiseTelefon	Das TK-ReiseTelefon erreichen TK-Versicherte jederzeit unter **+49 40 - 46 06 61 91 20** – auch aus dem Ausland. Hier informieren Fachärztinnen und -ärzte, welche Impfungen für eine Reise notwendig sind und wie die Reiseapotheke ausgestattet werden sollte. Auf Reisen hilft dieser Service, einen deutsch- oder englischsprachigen Arzt oder eine Ärztin oder die nächste Klinik zu finden.

Medizinische Beratung	
Zweitmeinung	TK-Versicherte können sich eine Zweitmeinung **online oder vor Ort** einholen. Hierfür hat die TK bundesweit Kooperationsverträge geschlossen, unter anderem mit ausgewählten Schmerzzentren. Mit einer persönlichen Beratung zu einem der TK-Zweitmeinungsangebote unterstützen die TK-Spezialistinnen und -Spezialisten – entweder telefonisch unter **040 - 46 06 62 01 70** oder per Mail an **ambulant@tk.de**.
Behandlungsfehler	Bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler beraten die TK-Expertinnen und -Experten für Medizinrecht telefonisch unter **040 - 46 06 61 21 40** montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 16 Uhr oder per Mail an **behandlungsfehler@tk.de**. Die TK-Expertinnen und -Experten geben TK-Versicherten Auskunft über ihre Rechte, besprechen das weitere Vorgehen und helfen, wichtige Fragen bezüglich der individuellen Situation zu beantworten.
Wegweiser Behandlungsfehler	Mithilfe des Online-Service Wegweiser Behandlungsfehler können TK-Versicherte komfortabel ihre Erfahrungen und ihren konkreten Verdacht auf einen Behandlungsfehler schildern. Der Wegweiser kann direkt gestartet werden auf **tk.de** unter der **Suchnummer 2002890**.

TK-Transparenzbericht - Daten und Fakten im Überblick

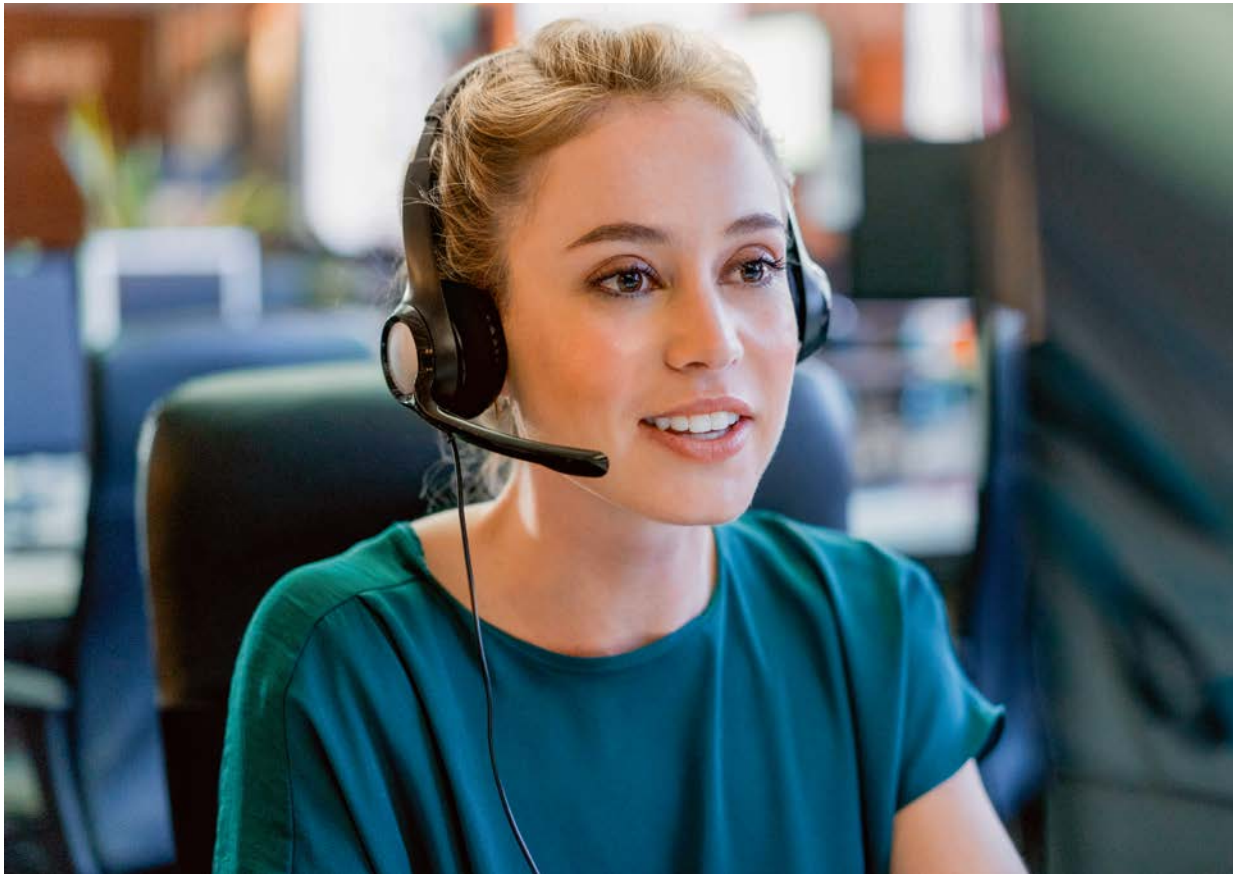
	Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022	
1	**Rehabilitation:** Anzahl Anträge	137.540
2	Reha: Anzahl bewilligter Anträge	114.318
3	Reha: Anzahl abgelehnter Anträge	23.222
4	Reha: Bewilligungsquote	83,1 %
5	Reha: Ablehnungsquote	16,8 %
6	**Krankengeld:** Anzahl Krankengeldfälle	282.156
6a	Krankengeld: Anzahl Krankengeldfälle je 100.000 krankengeldberechtigte Mitglieder	5.036
7	**Zahnersatz:** Anzahl Anträge	1.261.854
8	Zahnersatz: Anzahl bewilligter Anträge	1.231.502
9	Zahnersatz: Anzahl abgelehnter Anträge	30.352
10	Zahnersatz: Bewilligungsquote	97,6 %
11	Zahnersatz: Ablehnungsquote	2,4 %
12	**Hilfsmittel:** Anzahl Anträge	7.476.174
13	Hilfsmittel: Anzahl bewilligter Anträge	7.308.174
14	Hilfsmittel: Anzahl abgelehnter Anträge	168.000
15	Hilfsmittel: Bewilligungsquote	97,8 %
16	Hilfsmittel: Ablehnungsquote	2,2 %
17	**Pflege:** Anzahl Erstanträge	141.586
18	Pflege: Anzahl bewilligter Erstanträge	112.913
19	Pflege: Anzahl abgelehnter Erstanträge	22.316

	Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022	
20	Pflege: Bewilligungsquote	79,8 %
21	Pflege: Ablehnungsquote	15,8 %
22	**Krankenversicherung:** Anzahl **Widersprüche**	81.479
22a	Kennzahl 22a Krankenversicherung: Anzahl Widersprüche je 100.000 Versicherte	732,9
23	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche	44.488
23a	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche je 100.000 Versicherte	400,1
24	Krankenversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	13.479
24a	Krankenversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	121,2
25	Krankenversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche	22.934
25a	Krankenversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche je 100.000 Versicherte	206,3
26	Krankenversicherung: Anzahl Klagen	2.319
26a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen je 100.000 Versicherte	20,9
27	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen	329
27a	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen je 100.000 Versicherte	3,0
28	Krankenversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg	611
28a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	5,5
29	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden	1.011
29a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden, je 100.000 Versicherte	9,1
30	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	368
30a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden, je 100.000 Versicherte	3,3

	Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022	
31	**Pflegeversicherung:** Anzahl **Widersprüche**	23.375
31a	Pflegeversicherung: Anzahl Widersprüche je 100.000 Versicherte	210,2
32	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche	9.359
32a	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche je 100.000 Versicherte	84,2
33	Pflegeversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	4.432
33a	Pflegeversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	39,9
34	Pflegeversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche	5.999
34a	Pflegeversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche je 100.000 Versicherte	54,0
35	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen	623
35a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen je 100.000 Versicherte	5,6
36	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen	146
36a	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen je 100.000 Versicherte	1,3
37	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg	67
37a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	0,6
38	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden	251
38a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden, je 100.000 Versicherte	2,3
39	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	159
39a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden, je 100.000 Versicherte	1,4
40	**Patientensicherheit:** Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	5.979
40a	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V je 100.000 Versicherte	54,0

	Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022	
41	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung	2.160
41a	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung je 100.000 Versicherte	20,0
42	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	670
43	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht	1.490
44	Patientensicherheit: Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	31 %
45	Patientensicherheit: Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	69 %

	Zusätzliche Kennziffern	
46	Häusliche Krankenpflege (HKP): Anzahl Anträge	368.940
46a	HKP: Anzahl bewilligter Anträge	355.374
46b	HKP: Anzahl abgelehnter Anträge	3.809
46c	HKP: Bewilligungsquote	96,3 %
46d	HKP: Ablehnungsquote	1 %
47	Haushaltshilfe (HHH): Anzahl Anträge	23.041
47a	HHH: Anzahl bewilligter Anträge	22.726
47b	HHH: Anzahl abgelehnter Anträge	315
47c	HHH: Bewilligungsquote	98,6 %



	Zusätzliche Kennziffern	
47d	HHH: Ablehnungsquote	1,4 %
48	Summe Anträge und Bescheide der TK - gerundet	17.800.000
49	Anzahl (abgerechneter) ärztlicher Behandlungen	87.048.691
50	Anzahl Krankenhausfälle	1.781.913
51	Anzahl Telefongespräche	23.678.982
52	Anzahl elektronischer Nachrichten ins Postfach von MeineTK	11.957.371
53	Anzahl Arzneimittelrezepte	55.700.000
54	Ausgaben für Arzneimittel	6.300.000.000 €
55	Anzahl versendeter E-Mails	569.000
56	Anzahl versendeter Briefe	45.912.065
57	Service: Gesamtzufriedenheit mit der TK	98 %
58	Service: Net Promoter Score	39,7 %
59	Service: Telefonische Erreichbarkeit	93 %
60	Service: Telefonische Wartezeit	43,8 Sekunden
61	Service: App-Kunden-Rezension	Apple/iOS: 4,8 von 5 Sternen Android: 4,5 von 5 Sternen
62	Service: TK-App-Nutzerinnen und -Nutzer	2.859.786
63	Service: Erfüllungsgrad Servicekriterien Management, Mitarbeitende, Kundinnen und Kunden, Prozesse	Kundinnen und Kunden: 92 % Mitarbeitende: 90 % Management: 95 % Prozesse: 97 %
64	Anliegen (Anträge, Anfragen u.a.)	40,1 Mio.

TK im ersten Transparenzvergleich der GKV ausgezeichnet

Sehr gute Transparenz und beste Leistungsqualität Im 2022 erstmals durchgeführten Vergleich der Leistungsqualität und Leistungstransparenz von Krankenkassen erreicht die TK in der Kategorie Leistungsqualität die Bestnote „hervorragend“. In der Kategorie Leistungstransparenz wurde die TK außerdem mit „sehr gut“ ausgezeichnet.

Der Kassenvergleich wird durch das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) durchgeführt und vergleicht unter anderem die Service- und Beschwerdezahlen, Leistungskennziffern wie die Bearbeitungsdauer sowie die Genehmigungs- und Ablehnungsquoten. Neben der TK haben sich viele weitere relevante Kassen dem Vergleich gestellt und bilden damit 84 Prozent der GKV-Versicherten ab.

Quelle: Focus-Money, Ausgabe 42/2022

Service und Leistung zählen! – Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, **presse.tk.de**; Geschäftsbereich Politik und Kommunikation: Prof. Dr. Volker Möws (verantwortlich); Text: Sonja Brüning, Nicole Knabe, Anne Kraemer, Hardy Müller, Martin Müller, Dr. Rolando Schadowski, Kerstin Stick, Sven Tönnemann; Gestaltung: Christina Bartheidel; Produktion: Rafaela Stein; Litho: brandport GmbH, Hamburg; Druck: TK-Hausdruckerei; Bilder: Andreas Friese, Getty Images, Nele Martensen

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Einwilligung der TK. Die enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert. Für eventuelle Änderungen oder Irrtümer können wir keine Gewähr übernehmen. Stand: September 2023

Hier erfahren Sie mehr

Für Rückfragen der Presse:
pressestelle@tk.de
Tel. 040 - 69 09 17 83

Für Rückfragen der Politik:
berlin-gesundheitspolitik@tk.de
Tel. 030 - 28 88 47 10

Besuchen Sie uns auch auf:

blog

802113 9/2023