



Service und Leistung zählen!

5. Transparenzbericht der TK
Berichtsjahr 2024



Vorwort

Das Thema Gesundheit begleitet jede und jeden von uns ein Leben lang. Um die eigene Gesundheit zu schützen und Krankheiten zu bewältigen, sind zahlreiche, wichtige Entscheidungen zu treffen. Das kann etwa die Frage sein, welchem Arzt oder welcher Ärztin man sich anvertraut, welche Behandlung die richtige ist oder bei welcher Krankenkasse man sich versichern möchte.

Persönliche Erfahrungen haben oftmals einen maßgeblichen Einfluss auf diese Entscheidungen. Neben diesen individuellen Eindrücken sind aber auch objektive Kriterien, wie Zahlen und Fakten, für die Entscheidungsfindung wichtig. Genau hier setzt auch die TK mit ihrem Transparenzbericht an, der bereits in seiner fünften Auflage erscheint.

Mit dem Transparenzbericht geben wir einen klaren Einblick in unsere Arbeit. Wir legen offen, wie wir als TK agieren – von unseren Leistungen und der Qualität unseres Service bis zur Bearbeitung von Widerspruchsverfahren. Außerdem informieren wir über die zahlreichen Beratungsangebote der TK, etwa das TK-FamilienTelefon oder das TK-ÄrzteZentrum.

Immer mehr gesetzliche Kranken- und Pflegekassen legen ihre Service- und Versorgungsqualität offen. Wir in der TK setzen uns stark dafür ein, dass es dafür endlich verbindliche Vorgaben für alle Wettbewerber gibt. Erst dann ist den Versicherten ein klarer Überblick über das Leistungsgeschehen und den Service aller Krankenkassen möglich. In diesem Bericht bildet die TK nicht nur die vom GKV-Spitzenverband empfohlenen Kennziffern ab, sondern geht weit darüber hinaus, um zusätzliche Transparenz zu schaffen.

Inhalt

Mehr als 15.000 engagierte Mitarbeitende setzen sich bei der TK für unsere mehr als 12 Millionen Versicherten ein – für sie sind wir 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr erreichbar. Unsere Kundenberaterinnen und Kundenberater, Pflegeexpertinnen und -experten oder das Team für Patientensicherheit stehen bereit, um individuelle Anliegen zu klären und Unterstützung zu bieten. Diese persönliche Betreuung trägt entscheidend dazu bei, das so wichtige Bauchgefühl für gute Entscheidungen zu stärken.



Dr. Jens Baas
Vorstandsvorsitzender der TK

- 4 **Vergleichbarkeit von Kennzahlen**
- 6 **Das leistet die TK**
- 16 **Digitale Anwendungen für die Versicherten**
- 22 **Widersprüche und Sozialgerichtsverfahren**
- 24 **Servicequalität macht den Unterschied**
- 42 **Patientensicherheit – Prävention und Sicherheit im Fokus**
- 48 **TK-Service- und -Beratungsangebote im Überblick**
- 56 **TK-Transparenzbericht – Daten und Fakten im Überblick**

Service und Leistung zählen! – Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, presse.tk.de; Geschäftsbereich Politik und Kommunikation: Inga Laboga (verantwortlich); Text: Sonja Brüning, Nicole Knabe, Anne Kraemer, Mandy Lehmann, Sarina Marwedel, Martin Max Müller, Juliane Rothe, Simon Seifried, Kerstin Stick, Sven Tönnemann; Gestaltung: Christina Bartheidel; Produktion: Rafaela Stein; Litho: brandport GmbH, Hamburg; Druck: TK-Hausdruckerei; Bilder: 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 2025

Vergleichbarkeit von Kennzahlen

Um das Leistungsgeschehen und den Service der Kranken- und Pflegekassen einzuschätzen 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 im Jahr 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 2024 in Zahlen

97

Millionen
ärztliche
Behandlungen

2

Millionen
Behandlungen
im Krankenhaus

27

Millionen

elektronische Nachrichten
gingen ans Postfach von
„Meine TK“.

Für die medizinische Ver-
sorgung ihrer Versicher-
ten hat die TK 2024 rund

41,5
Milliarden

Euro aufgewendet.

593.913

E-Mails hat die TK
an Kundinnen und
Kunden versandt.

24

Millionen
Telefongespräche

80,4
Millionen

Arzneimittelrezepte im
Wert von 7,2 Milliarden
Euro

8,3

Millionen
Hilfsmittel-
anträge

49,2

Millionen Briefe hat
die TK an Kundinnen
und Kunden
verschickt.

Das leistet die TK

Haushaltshilfe Bei schweren Erkrankungen oder nach einem Krankenhausaufenthalt ist es für viele Menschen nicht möglich, selbst 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 ihre 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.

23.584

Anträge auf Haushaltshilfen hat die TK 2024 bewilligt, was einer Bewilligungsquote von 98,3 Prozent entspricht. Die Ablehnungsquote betrug 1,7 Prozent.





429.276

Anträge auf häusliche Krankenpflege sind 2024 bei der TK eingegangen, von denen 99,1 Prozent bewilligt wurden. Die Ablehnungsquote lag bei 0,9 Prozent.

Häusliche Krankenpflege Verband wechseln, Medikamente geben oder körperbezogene Pflegemaßnahmen: Wenn medizinische Hilfeleistungen im häuslichen Bereich notwendig sind, wird dies durch speziell dafür geschulte Pflegekräfte der häuslichen Krankenpflege (HKP) erbracht. Ob die häusliche Krankenpflege notwendig ist, entscheidet der behandelnde Arzt beziehungsweise die behandelnde Ärztin.

Von 429.276 bearbeiteten Anträgen für häusliche Krankenpflege hat die TK im vergangenen Jahr 425.363 Anträge be-

willigt: Dies ergibt eine Bewilligungsquote von 99,1 Prozent und eine Ablehnungsquote von 0,9 Prozent aller bearbeiteten Anträge. 302 Anträge waren zum Stichtag noch nicht entschieden.

Für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege 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.

8 Service und Leistung zählen! – Das leistet die TK



6.044

Anträge auf außerklinische Intensivpflege hat die TK 2024 bearbeitet. Davon wurden 97,2 Prozent bewilligt, 2,8 Prozent abgelehnt. Zum Stichtag stand die Entscheidung über 225 Anträge noch aus.

Außerklinische Intensivpflege Wer künstlich über den Mund oder Kehlkopf beatmet wird oder aufgrund des Gesundheitszustandes einen sehr hohen Bedarf an medizinischen Hilfeleistungen hat, kann außerklinische Intensivpflege erhalten. Das bedeutet, dass eine qualifizierte Pflegekraft rund um die Uhr anwesend ist, um die betroffene Person in lebensbedrohlichen Situationen zu versorgen.

Versicherte können die außerklinische Intensivpflege im eigenen Zuhause, in speziellen Wohngemeinschaften oder im Pflegeheim erhalten. Ob die außerklinische Intensivpflege notwendig ist, beurteilt der Medizinische Dienst an dem Ort, an dem der oder die Versicherte versorgt werden möchte. Erst nach dessen Stellungnahme dürfen wir diese bewilligen.

Die entstandenen Kosten rechnet die TK direkt mit den Pflegediensten ab: Dafür haben wir bundesweit Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern geschlossen. Für unsere Versicherten bleibt lediglich die gesetzliche Zuzahlung, sofern sie nicht davon befreit sind. Wird die außerklinische Intensivpflege in einem Pflegeheim durchgeführt, übernehmen wir auch den Eigenanteil an den Pflegeheimkosten.



Von den mehr als

**8
Millionen**

gestellten **Hilfsmittelanträgen** nach
Stellungnahme des Medizinischen Diensts
wurden 98,2 Prozent von der TK bewilligt,
während 1,8 Prozent abgelehnt wurden.

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

Mehr als acht 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 zur Verfügung, die eine Behinderung ausgleichen, eine Therapie unterstützen oder eine Verschlimmerung von Symptomen vermeiden sollen.

Die TK unterhält über 1.000 Verträge mit mehr als 40.000 Sanitätshäusern, Hörgeräteakustikbetrieben, Orthopädie-fachgeschäften, 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 Versorgungsoperationen 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.

10 Service und Leistung zählen! – Das leistet die TK

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.



Damit die Versicherten ihr Krankengeld möglichst unkompliziert und innerhalb von 24 Stunden nach dem Eingang der Krankmeldung erhalten können, 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**. In der TK-App können unsere Kundinnen und Kunden nachschauen, wann und wie viel Krankengeld sie bekommen haben. Für den Großteil der Beschäftigten steht auch der Rechenweg in der TK-App zur Verfügung.

Übrigens: In „Meine TK“ und der TK-App können Versicherte eine Übersicht über ihre Krankmeldungen erhalten. So sehen sie auf einen Blick, welche Arbeitsunfähigkeitsdaten bereits vom Arzt oder der Ärztin elektronisch übermittelt und welche vom Arbeitgeber abgerufen wurden. In der TK-App können Versicherte sogar zusätzlich eine Push-Nachricht aktivieren, um direkt über den Eingang einer neuen Krankmeldung informiert zu werden.

Wir möchten unseren Versicherten den Ablauf der Krankengeldzahlung verständlich und einfach erklären. Dafür haben wir auf **tk.de** unter der **Suchnummer 2006230** wichtige Informationen in einem Erklärvideo zusammengefasst.



12 Service und Leistung zählen! – Das leistet die TK

Pflegeversicherung Etwa 488.000 bei der TK versicherte Menschen waren 2024 pflegebedürftig. Die TK-Pflegeversicherung unterstützt sowohl Pflegebedürftige als auch deren Angehörige – mit Beratungsangeboten und nützlichen Services.

Wird ein Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit gestellt, beauftragen wir den Medizinischen Dienst, der die Pflegesituation beurteilt und im Anschluss ein Gutachten erstellt. Dafür erhält der Medizinische Dienst über ein elektronisches 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 der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst niedriger eingeschätzt wird, als die Antragsstellenden angenommen haben. Aus sonstigen Gründen wurden 3,9 Prozent der Erstanträge erledigt, zum Beispiel, wenn der Antrag zurückgezogen wurde.



Das Pflegedossier „**Pflege mit Zukunft**“ mit Ansätzen für ein gesundes Arbeitsumfeld finden Sie im Web.





„Die Arbeit in der Pflege ist herausfordernd, durch den wachsenden Pflegebedarf einer alternden Gesellschaft und zunehmend komplexere Arbeitsbedingungen mehr denn je. Gleichzeitig bedeuten genau diese Umstände, dass Pflegeberufe auch künftig gefragt bleiben.“

Damit viele Menschen solche Berufe einschlagen und gerne fortführen, braucht es gute Ideen und Konzepte. Im Dossier „Pflege mit Zukunft“ stellen wir einige Ansätze für ein gesundes Arbeitsumfeld vor.“

Thomas Ballast,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender
der TK

14 Service und Leistung zählen! – Das leistet die TK

Vorsorge- und Rehamaßnahmen Die TK unterstützt ihre Versicherten bei der Genesung 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 Verschlümmelung von Beschwerden verhindern. Sowohl eine Vorsorgekur als auch eine Rehabilitation werden ambulant oder stationär angeboten. Welche Art der Maßnahme in Betracht kommt, hängt von den individuellen krankheitsbedingten Einschränkungen und Bedürfnissen der Versicherten ab.

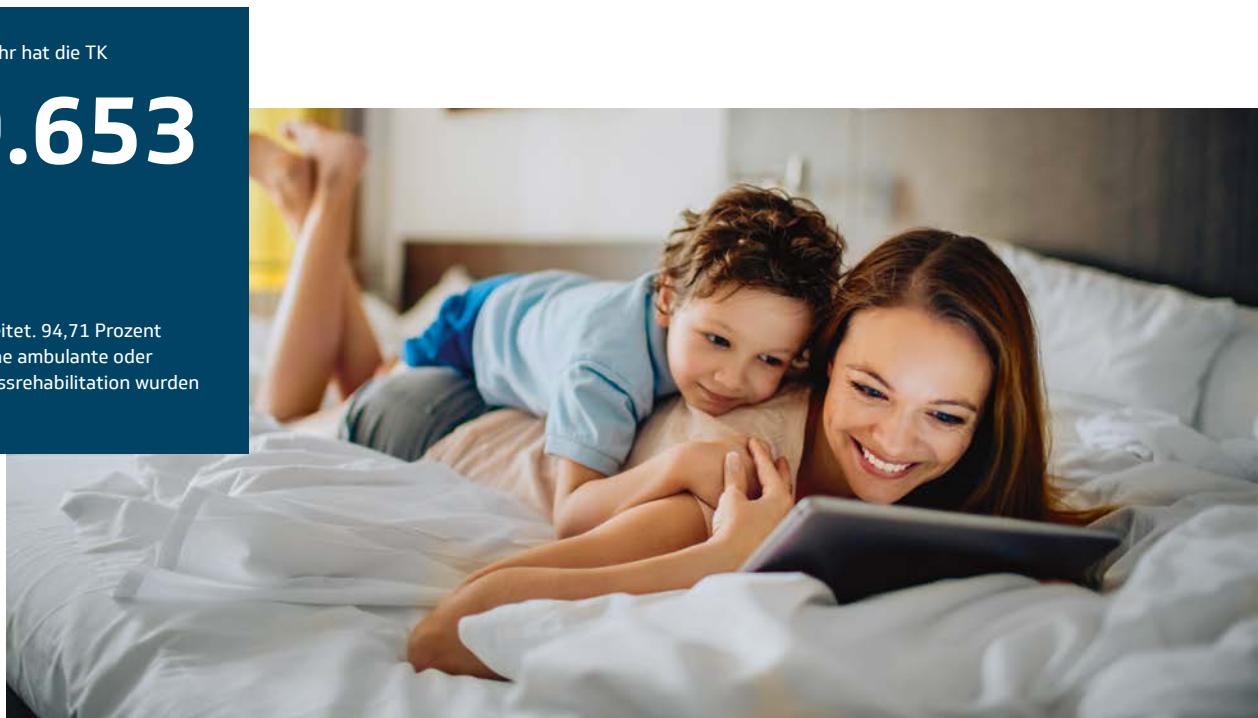
Eine Mutter-Kind-Kur beziehungsweise Vater-Kind-Kur unterstützt Eltern, deren Gesundheit angegriffen ist. Im Fokus der Kur steht, wie sie die Gesundheit dauerhaft selbst fördern und stärken können, um den Familienalltag gesund und gut zu meistern. Die Auswahl einer Klinik für eine Mutter- beziehungsweise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

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

Im vergangenen Jahr hat die TK

169.653

Kuranträge bearbeitet. 94,71 Prozent der Anträge auf eine ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation wurden bewilligt.





Zahnersatz An den Kosten für 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 von Zahnersatz einfach und schnell.

1.494.887

Anträge auf Zahnersatz hat die TK im vergangenen Jahr bearbeitet, wobei 93 Prozent bewilligt wurden. 7 Prozent der Anträge wurden abgelehnt.

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 für die Versicherten

Im Jahr 2024 wurden weitere digitale Angebote für die Gesundheitsversorgung entwickelt, von denen Versicherte direkt und spürbar profitieren. Mit dem E-Rezept hat sich die Art und Weise, wie Rezepte zwischen Versicherten, Ärztinnen oder Ärzten und Apotheken übermittelt werden, deutlich erweitert. Darüber hinaus ist zum Beispiel die Übermittlung von Krankmeldungen über die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) nach ihrer Einführung im Jahr 2023 nun ebenfalls Teil des Alltags geworden.

Die TK als Innovationstreiberin unterstützt die immer weiter fortschreitende Digitalisierung und steht auch weiterhin für diese Entwicklung ein. Unser Ziel ist es, Versicherte so komfortabel und gut versorgt wie möglich durch das Gesundheitssystem zu lotsen. Digitale Anwendungen wie das E-Rezept, die eAU, elektronische Verordnungen für Hilfsmittel und die digitalen Gesundheitsanwendungen sollen hierzu einen Beitrag leisten.

Ebenfalls neu ist die elektronische Ersatzbescheinigung. Wenn Versicherte ihre Krankenkassenkarte vergessen haben, können Leistungserbringende wie Ärztinnen und Ärzte direkt bei der TK nach einem Ersatz fragen. Das Anrufen im Servicecenter fällt dadurch weg – und das spart Zeit und Stress.

Auch in Zukunft kämpft die TK dafür, dass ihre Versicherten durch den Einsatz moderner Technologie einen einfachen und guten Zugang zum Gesundheitssystem haben. Die flächendeckende

Einführung der elektronischen Patientenakte im Jahr 2025 repräsentiert den nächsten großen Schritt. Dadurch werden alle Gesundheitsdaten an einer Stelle gesammelt, und die Datenhoheit liegt einzig bei den Versicherten selbst. Sie können diese Daten dann mit ihren Ärztinnen und Ärzten teilen und so mühseliges Aktentransportieren verhindern. Die TK als Vorreiterin der Digitalisierung stellt in ihrem Transparenzbericht besondere Digitalisierungsangebote mit einem spezifischen Nutzen für die Versicherten heraus, um zu zeigen, welchen Mehrwert die Digitalisierung hat und wie sie umgesetzt und angenommen werden kann.

E-Rezept Der rosafarbene Papierzettel für Rezepte hat ausgedient. Wer in der Arztpraxis ein Medikament verschrieben bekommt, erhält mittlerweile in den meisten Fällen ein E-Rezept. Seit Januar 2024 verordnen Praxen einen Großteil der verschreibungspflichtigen Medikamente auf elektronischem Weg. Und das funktioniert: Im vergangenen Jahr wurden bereits 61,4 Millionen E-Rezepte von TK-Versicherten eingelöst.

Als erste Krankenkasse hat die TK im Sommer 2024 die E-Rezept-Funktion in die TK-App integriert. Seitdem können TK-Versicherte die digitale Rezeptvariante auch mit der TK-App einlösen. So ist der Einlöseweg vollständig digital mit dem Smartphone möglich. Von der Organisation bis zum Einlösen des Rezepts: Der Einlöseweg in der TK-App macht den Versicherten viele Vorteile des E-Rezepts zugänglich. So können sie

zum Beispiel bequem auswählen, an welche Apotheke sie das Rezept übermitteln möchten. Das spart unnötige Wege, falls ein Medikament nicht vorrätig sein sollte. Auch Folge-rezepte können ohne erneuten Praxisbesuch direkt in der App abgerufen werden.

Ob in der Apotheke, per Botendienst oder online: In der TK-App können Versicherte entscheiden, auf welchem Weg sie ihr Medikament erhalten wollen. Zudem sorgt das E-Rezept für mehr Transparenz: Die Versicherten können alle Rezepte der letzten 100 Tagen einsehen. In Kombination mit der elektronischen Patientenakte (ePA) TK-Safe werden Medikamente beziehungsweise Verordnungen sogar dauerhaft für die Versicherten gelistet.

61,4 Millionen

E-Rezepte wurden 2024 von
TK-Versicherten eingelöst.

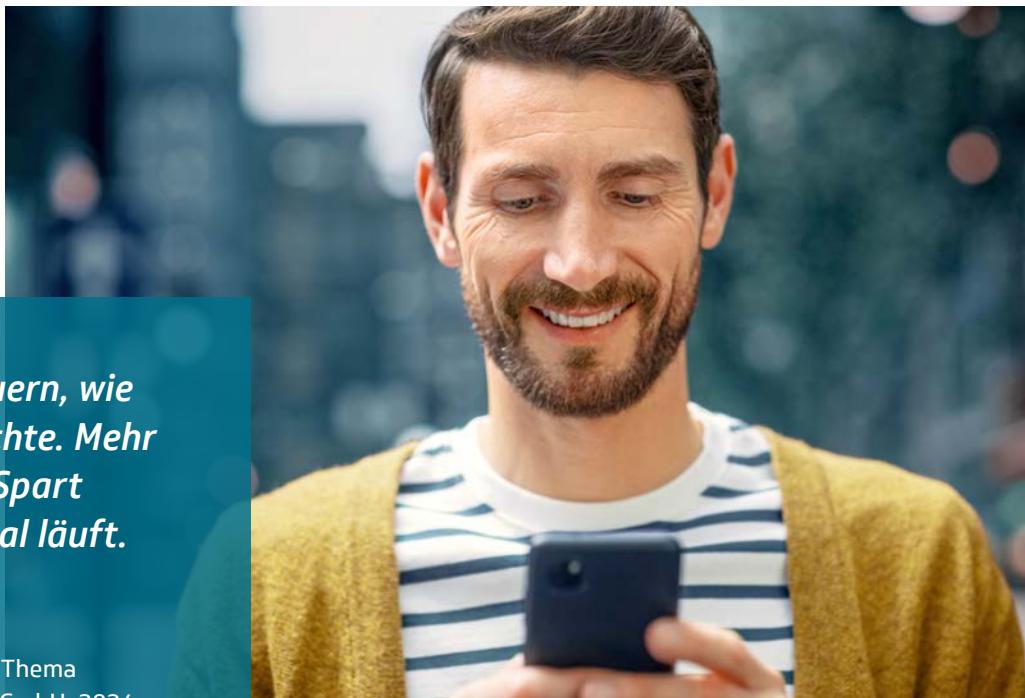
Zum Jahresende 2024 wurden rund

80%

aller **Arzneimittelrezepte**
digital ausgestellt.

*„Ich kann selbst steuern, wie
ich das einlösen möchte. Mehr
Selbstbestimmung. Spart
Papier, da alles digital läuft.
Das ist super.“*

Quelle: Qualitative Interviews, Thema
E-Rezept, Institut eye square GmbH, 2024



Elektronische Verordnung Hilfsmittel Bekommen Versicherte in der Arztpraxis ein Hilfsmittel verschrieben, erhalten sie bisher eine Verordnung auf Papier. Mit dem Papierrezept suchen sie sich ein Sanitätshaus, eine Apotheke oder ein anderes Fachgeschäft aus, um die Verordnung einzulösen und ihr Hilfsmittel zu erhalten. In einem Innovationsprojekt können TK-Versicherte auf Wunsch statt des herkömmlichen Papierausdrucks ihre Verordnung direkt auf ihr Smartphone bekommen und digital an einen teilnehmenden Hilfsmittellieferanten ihrer Wahl übermitteln. Das spart Zeit, Wege und Papier. Anders als eine Verordnung auf Papier kann die elektronische Verordnung (eVerordnung) nicht verloren gehen oder beschädigt werden.

Der neue komplett digitale Prozess reicht von der Ausstellung der Verordnung in der Arztpraxis, der Übersendung auf das Smartphone der Versicherten, der digitalen Weitergabe an einen Hilfsmittelanbieter über eine in manchen Fällen notwendige Genehmigung durch die TK bis zur Abrechnung mit der Kasse. An der persönlichen Beratung, Anpassung und Abgabe vor Ort – zum Beispiel im Sanitätshaus – ändert sich nichts. Für Versicherte, die die eVerordnung nutzen möchten, steht die TK-Doc-App zur Verfügung. Darüber können sie unkompliziert an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen.

Zum Projektstart ist die eVerordnung von orthopädischen Hilfsmitteln und Hilfsmitteln der Rehatechnik wie Bandagen, Einlagen, Gehhilfen, aber auch Rollatoren und Rollstühlen möglich. Die bundesweite Umsetzung erfolgt Schritt für Schritt. Ärztinnen und Ärzte sowie Sanitätshäuser und weitere Hilfsmittelanbieter können sich seit Herbst 2024 für die Teilnahme an dem Pilotprojekt entscheiden, das die TK gemeinsam mit sechs weiteren Krankenkassen umsetzt.



Weiterführende Informationen
zur **eVerordnung Hilfsmittel**
finden Sie online.



Thomas Ballast,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK

„Wir wissen, dass unsere Versicherten komfortable digitale Angebote rund um ihre Gesundheit schätzen. Die innovative und praxistaugliche Lösung für die eVerordnung von Hilfsmitteln per App direkt auf das Smartphone spart Zeit, Aufwand und Wege – für Versicherte und zugleich auch für Arztpraxen und Hilfsmittelanbieter.“

Damit können wir sowohl Papier als auch Energie einsparen und leisten so einen weiteren Beitrag für eine nachhaltige Gesundheitswirtschaft. Gleichzeitig verschlanken wir Betriebsabläufe, vor allem in den Arztpraxen und Sanitätshäusern – für unsere Versicherten verkürzen sich so Wartezeiten.“

Digitale Gesundheitsanwendungen Mit dem Digitale-Ver-sorgung-Gesetz wurde 2019 eine neue Leistung in der ge-setzlichen Krankenversicherung eingeführt. Nach ärztlicher Verordnung werden Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), sogenannte „Apps auf Rezept“, von den Krankenkas-sen übernommen. Alternativ können Krankenkassen auf Antrag der Versicherten DiGA genehmigen, wenn die ent-sprechende Diagnose vorliegt.

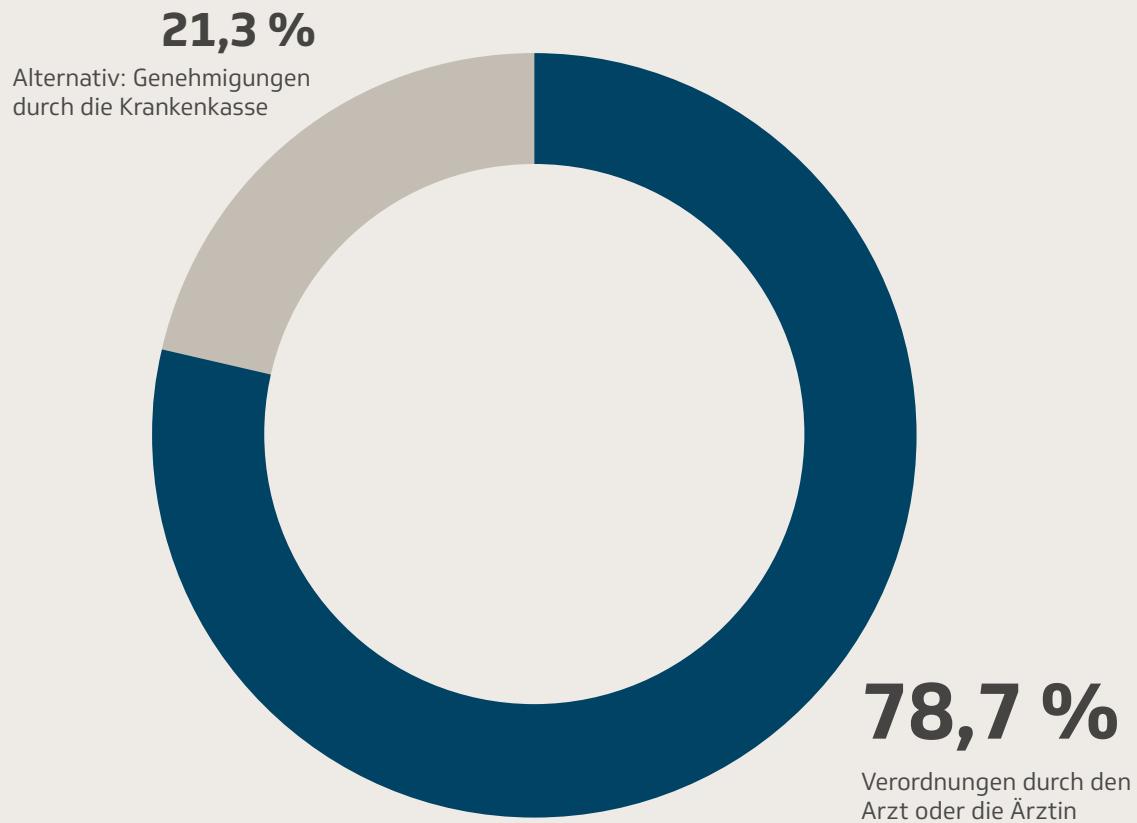
Die Beantragung einer DiGA ist bei der TK online, per App oder per Post möglich. Die ersten DiGA sind seit Oktober 2020 gelistet und können von den Versicherten genutzt werden.

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

Schon bevor es DiGA gab, war die TK Vorreiterin bei der di-gitalen Entwicklung und der digitalen Angebotsvielfalt. Das spiegelt sich im TK-Portfolio wider. Zu den TK-eigenen digi-talen Angeboten zählen unter anderem die Allergie-App TK-Husteblume oder die Schwangerschafts-App TK-Baby-Zeit. Unser stetig wachsendes digitales Portfolio findet sich auf **tk.de** über die **Suchnummer 2000212**.

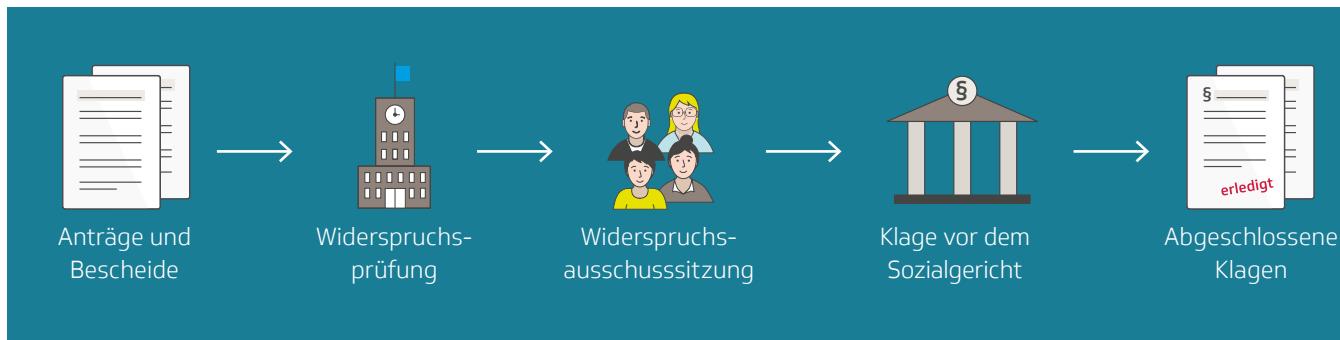


Anzahl eingelöster Freischaltcodes für DiGA: 204.234



Quelle: TK, Zeitraum: 1.10.2020-31.12.2024

Widersprüche und Sozialgerichtsverfahren



Die Kundinnen und Kunden immer im Blick – das Widerspruchsverfahren bei der TK Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben kümmert sich die TK um die vielfältigen Anliegen ihrer mittlerweile mehr als 12 Millionen Kundinnen und Kunden. Immer mit dem Ziel, eine Lösung in deren Interesse zu finden. Die Anliegen sind vielfältig und reichen 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.

Muss ein Antrag aufgrund der rechtlichen Regelungen 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 2024 ergaben sich aus rund 20 Millionen Anträgen beziehungsweise Bescheiden rund 154.000 Widerspruchsverfahren.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TK prüfen in diesen Fällen erneut, ob dem Widerspruch im konkreten Fall doch stattgegeben werden kann. Hierzu werden zum Beispiel neue Argumente der Versicherten und nachgereichte Unterlagen ausgewertet oder falls erforderlich weitere Fragen abgeklärt.

Im Jahr 2024 wurde in rund 79.000 Fällen eine Entscheidung zugunsten unserer Kundinnen und Kunden getroffen – beispielsweise durch neu gewonnene Erkenntnisse dank einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. In rund 19.000 Widerspruchsverfahren nahmen die Kundinnen und Kunden ihrerseits aufgrund der neuen Erkenntnisse ihren Widerspruch zurück.



**Sven Tönnemann, Teamleiter
Grundsatz und Service im
Fachzentrum Widersprüche**

„Die Zahl der Widersprüche ist im Vergleich zur Zahl der Anliegen unserer Versicherten sehr klein. Gleichwohl prüfen wir im Widerspruchsverfahren noch einmal genau, ob die Ablehnung zutreffend war, und erläutern die Entscheidung unserer ehrenamtlichen Widerspruchsausschüsse im Widerspruchsbescheid transparent und verständlich.“

Rund 58.000 Widersprüche wurden im Jahr 2024 in den Widerspruchsausschüssen der TK entschieden. In diesen Ausschüssen beraten ehrenamtliche Mitglieder der Selbstverwaltung über die Widersprüche der Versicherten und überprüfen die Entscheidungen der Kasse ein weiteres Mal.

In lediglich gut einem Prozent aller vorgelegten Fälle wurde die ursprüngliche Entscheidung der TK vom jeweiligen Widerspruchsausschuss revidiert. Diese geringe Quote macht deutlich, dass der Prozess der Antrags- und Widerspruchsbearbeitung 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 2024 wurden rund 3.900 Klagen vor den Sozialgerichten entschieden. In lediglich 941 Fällen wurde im Widerspruchsverfahren gegen die Entscheidungen der TK geurteilt. Das kommt zum Beispiel dann vor, wenn ein umfangreiches Gutachten zu neuen Erkenntnissen gelangt.

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 einen exzellenten Service zu bieten.

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 Maßnahmen, die dabei zum Einsatz kommen, gewährleisten ein ständiges Überprüfen und Steuern der Servicequalität in der Kommunikation mit unseren Kundinnen und Kunden und ihrer Beratung.





Sonja Brüning,
Fachbereichsleiterin Customer Experience

„Wir nehmen Kundenfeedback bei der TK sehr ernst. Das ist kein einmaliger Input, sondern ein kontinuierlicher Dialog, in dem wir analysieren, wie unsere Kundinnen und Kunden ihre Erlebnisse wahrnehmen. Dieses Wissen integrieren wir in unsere Strategien und bieten maßgeschneiderte Lösungen, die den Alltag unserer Versicherten erleichtern. Uns ist bewusst, dass der Übergang zu digitalen Services herausfordernd ist, und binden deshalb unsere Kundinnen und Kunden aktiv in diese Entwicklung ein. Außerdem stellen wir weiterhin unseren telefonischen TOP-Service sicher – für alle, die diesen Kommunikationskanal bevorzugen.“



26 Service und Leistung zählen! – Servicequalität macht den Unterschied

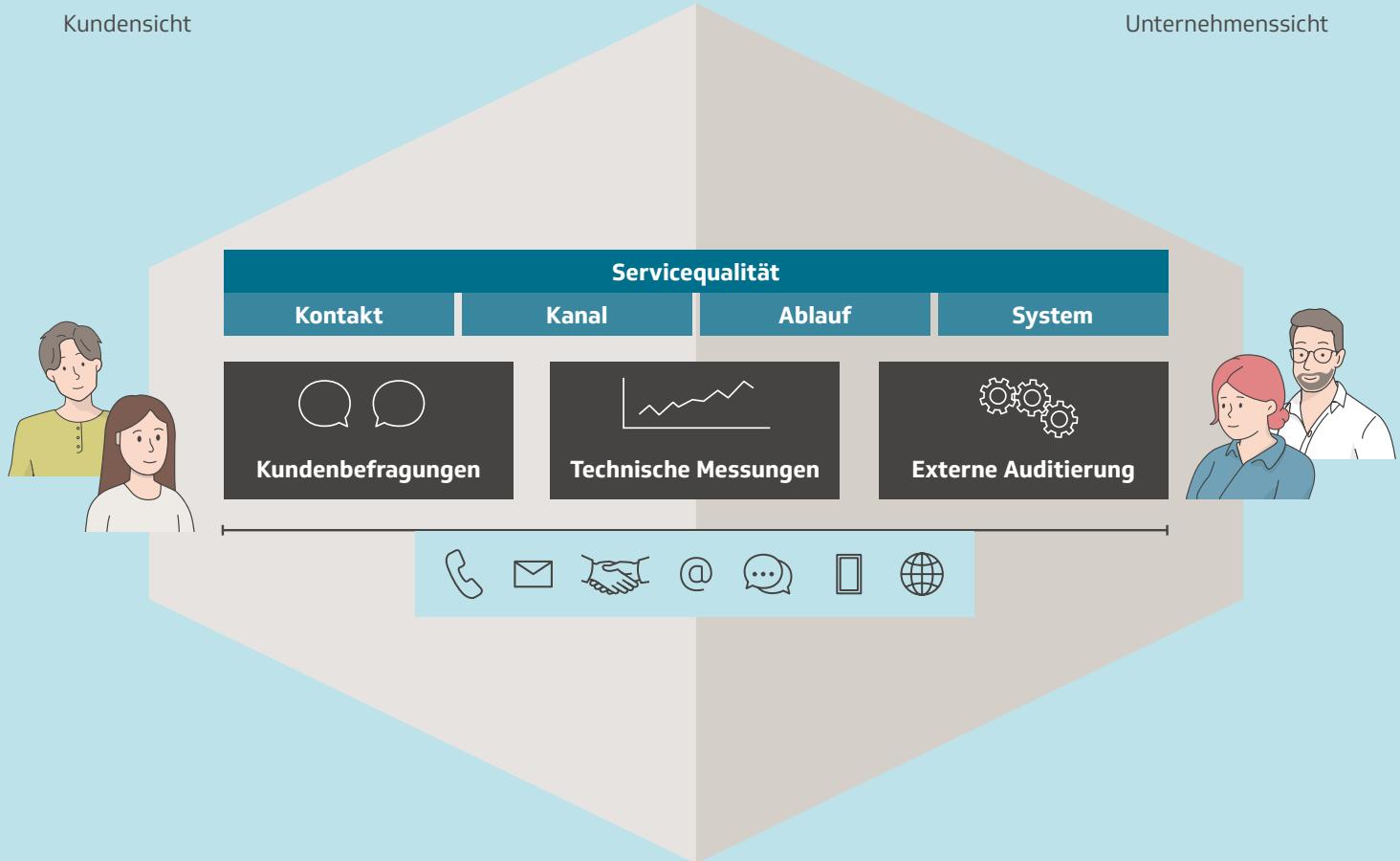
Dabei ist wichtig, die Servicequalität in ihrem Facettenreichtum möglichst vollumfänglich mit passenden Qualitätskennzahlen abzubilden. Wir konzentrieren uns in der TK dabei auf die folgenden vier Parameter:

- **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 Servicequalität maßgeblich relevant sind. Dazu gehören die Kundinnen und Kunden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Management 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. Die digitale Welt gewinnt dabei mehr und mehr an Bedeutung.

Neben der Sichtweise unserer Kundinnen und Kunden nehmen wir auch die Unternehmensperspektive ein. 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 – Kundinnen und Kunden besser verstehen Mithilfe von Kundenreisen (siehe nachfolgende Grafik) beschreiben wir unterschiedliche Lebenssituationen unserer Versicherten im Kontakt mit 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, standariserten Befragungen und Freitexten erheben wir konkrete Erwartungen und Schmerzpunkte der Versicherten und leiten daraus Verbesserungen ab.

Mitglied bei der TK zu werden, ist ganz einfach



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.

„Der Wechsel zu euch war freundlich, selbst für mich absolut unkompliziert und vor allem sehr schnell. Großes Lob und vielen Dank!“

Versichertenmeinung zur Customer Journey
„Ich werde Mitglied“



Ich bekomme eine Mitgliedschaftsbestätigung und möchte den Bearbeitungsstand wissen.

Ich erhalte die TK-Gesundheitskarte und bin versichert.



30 Service und Leistung zählen! – Servicequalität macht den Unterschied

Aus **Interviews mit unseren Kundinnen und Kunden** konnten wir beispielsweise wichtige Erkenntnisse darüber gewinnen, welche Informationen ihnen bisher bei der Zahnersatzversorgung fehlen.

„Detaillierte Erläuterungen, was sich hinter den einzelnen Nummern (Befundnummer, Zahnummer, ...) [verbirgt], wären hilfreich, um sie noch besser und schneller zu verstehen. So muss zusätzliche Zeit investiert werden, um diese Informationen zu suchen (zum Beispiel im Internet).“

„Erläuterungen zu Befund und Regelversorgung fehlen vollständig.“

„75 % Zuschuss bei Regelversorgung! Was gehört dazu, was nicht. Unklar.“

Obwohl die TK bei der zahnärztlichen Versorgung eine Kundenzufriedenheit von knapp 90 Prozent aufweist und auch die Gesamtzufriedenheit in der Kundenreise bei mehr als 80 Prozent liegt, gibt es dennoch Verbesserungsmöglichkeiten. Gerade bei der Webseite der TK bestand der Wunsch nach mehr Informationen zum Ablauf einer Zahnersatzversorgung. Um alle aus Kundensicht relevanten Informationen beim Besuch in der Zahnarztpraxis bis zum Start der Behandlung möglichst verständlich zur Verfügung zu stellen, wurden die Fakten dazu in einem kurzen, anschaulichen Erklärvideo zusammengefasst. Anhand zahlreicher Kundenrückmeldungen wurde eine Vielzahl neuer Zahnersatz-Artikel auf **tk.de (Suchnummer 2002872)** bereitgestellt sowie bestehende Texte überarbeitet.

Wir erklären beispielsweise, was die einzelnen Befunde und Befundklassen auf dem Heil- und Kostenplan bedeuten und welche Möglichkeiten es für eine Zusatzversicherung gibt. Mit einem Rechenbeispiel werden die entstehenden Kosten nachvollziehbar dargestellt. Zudem gibt die Webseite Einblicke in die verschiedenen Versorgungsarten.

Jeder Online-Artikel schließt mit der Frage ab, ob diese Information hilfreich war. Ein einziger Klick durch unsere Leserinnen und Leser ermöglicht es ihnen, unseren Content zu bewerten und für unsere Versicherten noch besser zu machen.

Die Kommunikation mit unseren Kundinnen und Kunden ist ein wichtiger Erfolgsfaktor

Als Gesundheitspartner möchten wir für die Anliegen unserer Versicherten immer bestmöglich erreichbar sein und die höchste Beratungsqualität bieten. Mit unseren digitalen Kommunikationskanälen machen wir es unseren Kundinnen und Kunden besonders leicht, Anliegen online zu erledigen. Dies bestätigen auch 76 Prozent der TK-Versicherten zwischen 18 und 69 Jahren im Rahmen einer TK-eigenen Kundenbefragung von 2024*.

Vor diesem Hintergrund stellen wir fest, dass unsere Kundinnen und Kunden verstärkt digitale Kommunikationskanäle für ihre Anliegen nutzen (+20 Prozent zum Vorjahr). So waren im Jahr 2024 fast vier Millionen Versicherte in der TK-App aktiv. Im Vergleich zum Vorjahr ist das ein Anstieg von mehr als 780.000 Nutzenden (Quelle: TK-Auswertungen).

* Quelle: Quantitative TK-Befragung (2024, Mai/November): TopDown-Befragung, Institut: eye square GmbH; Online-Befragung der TK mit insgesamt 3.011 TK-Versicherten im Alter von 18-69 Jahren; repräsentativ strukturiert nach Alter, Geschlecht und Bundesland



Mit knapp 15 Millionen eingehenden Anliegen ist die TK-App 2024 einer der am stärksten frequentierten Kommunikationskanäle der TK. Davon entfielen fast 2,4 Millionen auf das Thema Kostenerstattung – hierzu gehören beispielsweise Rechnungen über Fahrkosten, Zahnersatz oder Impfungen (Quelle: TK-Auswertungen).

Die Möglichkeit, Bescheinigungen über die TK-App zu erhalten, wurde 2024 fast zwei Millionen Mal genutzt. Hierzu zählen beispielsweise Versicherungs-, Ersatz- und BAföG-Bescheinigungen (Quelle: TK-Auswertungen).

„Die telefonische Beratung war sehr professionell, freundlich und zuvorkommend. Weiter so. Ein telefonischer Ansprechpartner, kein Automat, ist mir wichtig und wird vollends gewährleistet.“

„Der Kundenservice ist top! Noch nie solch nette Leute gehabt bei einer Kundenhotline.“



„Meine Ansprechpartner am Telefon waren zu jeder Zeit höflich, hilfreich und ich habe mich verstanden gefühlt. Bitte unbedingt beibehalten.“

Telefonische Erreichbarkeit Verhältnis aller angenommenen Kundenanrufe (Kontakte) zu allen Kundenanrufversuchen – unabhängig von der TK-Servicezeit (0-24 Uhr):

94 %

Quelle: TK-Auswertung



Telefonische Wartezeit Durchschnittliche Dauer, die eine Kundin oder ein Kunde warten musste, um mit einer TK-Mitarbeiterin oder einem TK-Mitarbeiter zu sprechen:

37,5 Sek.

Quelle: TK-Auswertung



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)

*„Bislang sehr zufrieden.
Technologisch ganz weit vorne,
top!“*



Auch in Bezug auf Nutzerfreundlichkeit überzeugt die TK-App weiterhin. Die Kundenrezensionen bleiben auch 2024 mit 4,7 von 5 Sternen stabil und machen die überdurchschnittlich hohe Kundenzufriedenheit deutlich.

Trotz Fortschritt der Digitalisierung bleibt der Telefonservice der TK noch immer der am meisten genutzte Kommunikationskanal. Unsere Versicherten schätzen die Professionalität der TK-Mitarbeitenden und bewerten ihre Telefonate mit der TK äußerst positiv. Denn hier können sich unsere Kundinnen und Kunden weiterhin auf einen TOP-Service verlassen:

- An 365 Tagen erreichbar – Tag und Nacht
- Kein Dienstleister – zu jeder Zeit kompetente TK-Beraterinnen und -Berater
- Geringe Wartezeiten und hohe Erreichbarkeit

*„Ich finde die digitalen
Angebote der TK und die
TK-Apps klasse! Weiter so!!!“*

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 fragen wir unsere Versicherten in einer externen Online-Befragung kontaktunabhängig nach ihrer Zufriedenheit. Das hilft uns, ein klares Bild davon zu erhalten, wie die Kundinnen und 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 zwei 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 den 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 2024

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 2024

Das Ergebnis zeigt mit 97 Prozent* der Befragten deutlich den sehr hohen Grad der Versichertenzufriedenheit mit der TK an.

97 %

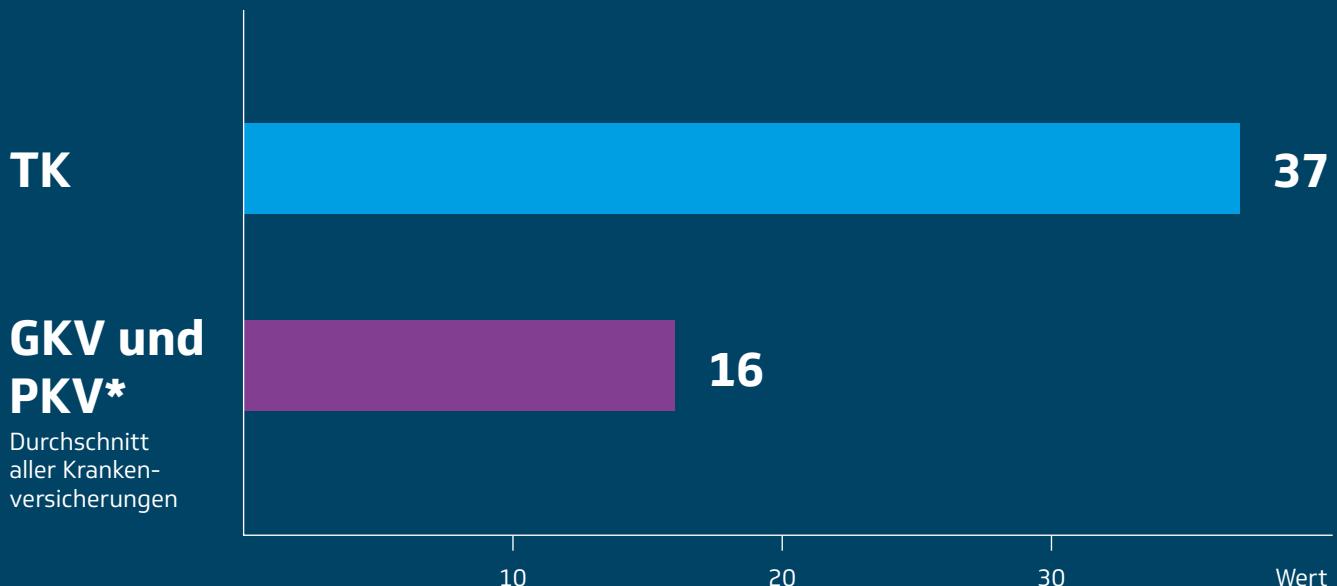


Quelle/Grafik: Quantitative TK-Befragung (2024, Mai/November):
TopDown-Befragung, Institut: eye square GmbH; Online-Befragung
der TK mit insgesamt 3.011 TK-Versicherten im Alter von 18-69 Jahren;
repräsentativ strukturiert nach Alter, Geschlecht und Bundesland

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

Hohe Weiterempfehlungsbereitschaft – starker Vertrauensbeweis für die TK

Berechnung und Ergebnisse des Net Promoter Score 2024



Quelle/Grafik: Quantitative TK-Befragung (2024, Mai/November):
TopDown-Befragung, Institut: eye square GmbH; Online-Befragung
der TK mit insgesamt 3.997 Versicherten (Bevölkerung) und 3.011
TK-Versicherten im Alter von 18-69 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 Spaltencluster. 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?“



Festgelegte Ergebnisberechnung

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- und Kundenzufriedenheit, Servicequalität und Unternehmenserfolg auf allen Führungsebenen bekannt und wird bei Entscheidungen berücksichtigt.
- Die **Prozessebene** umfasst die Betrachtung der organisatorischen Rahmenbedingungen und der technischen Infrastruktur, die zur Umsetzung und Sicherstellung der Servicequalität notwendig sind. Hierbei spielen die digitalen Prozesse eine große Rolle.

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 „übertrifft“, „voll erfüllt“ und „überwiegend erfüllt“ an.

Im Auditzyklus 2021-2024 wurden Auditgespräche in 43 TK-Dienststellen durchgeführt. Die Mitarbeitenden der TK empfinden diese als sehr wertvoll. Sie berichten, dass sie mit den Ergebnissen und Impulsen die Servicequalität am eigenen Standort gezielt verbessern.

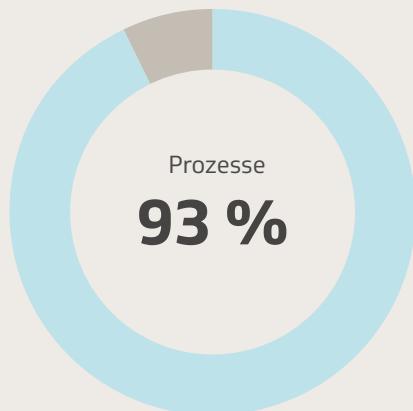
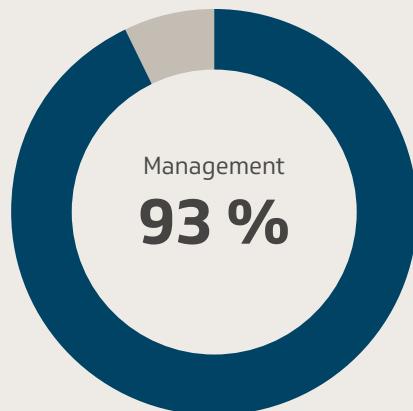
Die Gesamtzufriedenheit (Top 3) mit den Auditgesprächen lag 2021-2024 bei 95 Prozent. Das bestätigt uns in unserem Vorgehen und ist gleichzeitig ein Ansporn, die Auditierungen fortzuführen und weiterzuentwickeln.

Für 2025 sind neben den externen Audits auch interne Audits vorgesehen. Auf diese Weise wird die Service- und Lernkultur in den TK-Dienststellen noch weiter unterstützt.

Servicequalität in TK-Dienststellen

Ergebnisse der externen Auditierung 2021-2024

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



Quelle: Ergebnisse von Auditierungen in 45 TK-Dienststellen, 2021-2024

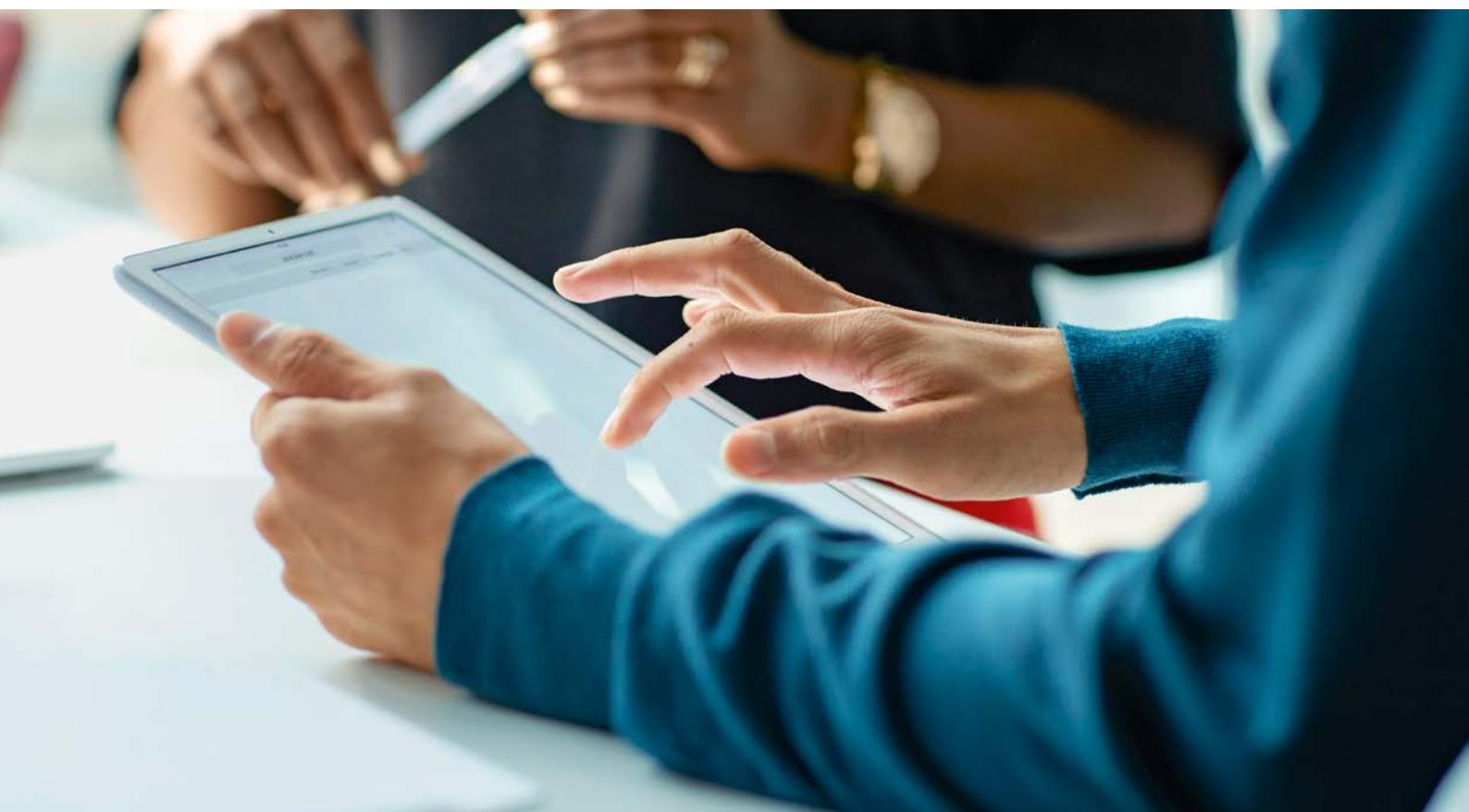
Einheitliche Standards bei der Messung der Servicequalität schaffen mehr Transparenz für Versicherte

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.



Patientensicherheit – Prävention und Sicherheit im Fokus

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 falsche Diagnose. Alle im Gesundheitswesen Beschäftigte möchten solche unerwünschten Ereignisse verhindern. Wir als TK wollen sie dabei unterstützen. Deshalb engagieren wir uns 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 für Patientensicherheit 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 für die konzertierte und effektive Entwicklung des Themenfeldes. Die Gesundheitsministerkonferenz hat allen Einrichtungen des Gesundheitswesens empfohlen, die Arbeit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) nach den gegebenen Möglichkeiten und unter Beachtung seiner Unabhängigkeit zu unterstützen (Quelle: GMK 2014, Top 11.3). Die TK ist Gründungsmitglied und Premiumpartner im Aktionsbündnis Patientensicherheit sowie seit Gründung durch ein Mitglied des Vorstands im Beirat vertreten.

Team für Patientensicherheit Für eine angemessene Umsetzung von Patientensicherheitsanliegen bedarf es in allen Einrichtungen besonders qualifizierter Beschäftigter. Der „Globale Aktionsplan Patientensicherheit“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der im Jahr 2021 verabschiedet wurde, fordert von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens flexible Umsetzungsmodelle, die sich je nach institutionellen Gegebenheiten anpassen lassen. Dies kann durch Teams oder Einzelpersonen erfolgen. Ziel ist es, vermeidbare Schäden einer unsicheren Gesundheitsversorgung zu reduzieren. Der Plan betont außerdem die Bedeutung von Hochzuverlässigkeitssystemen, multidisziplinärer Zusammenarbeit und evidenzbasierten Maßnahmen.

In der TK agiert ein mehrköpfiges Team aus dem Geschäftsbereich Innovation & Ambulante Versorgung, das übergreifend mit anderen Geschäftsbereichen im Themenuniversum Patientensicherheit zusammenarbeitet.

Die Stimme der Patientinnen und Patienten stärken – so lautet eine Forderung der WHO im globalen Aktionsplan Patientensicherheit. Mit unseren TK-Angeboten sorgen wir dafür, dass diese Stimmen auch gehört werden.

Zum Beispiel befragen wir unsere Versicherten zu ihren Erfahrungen in der ärztlichen Behandlung, um die Qualität unserer Leistungen kontinuierlich zu verbessern.

Das TK-Leitbild Patientensicherheit

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

- Die TK zeigt und übernimmt Verantwortung.
- Wir orientieren uns an der Stimme der Patientinnen und Patienten.
- Wir arbeiten kontinuierlich an der Verbesserung unserer Angebote.
- Wir fördern Transparenz und Zusammenarbeit.
- Wir nutzen neue Technologien und Erkenntnisse, um Risiken zu minimieren.



Unser Ziel Alle vermeidbaren Patientenschäden abzuwenden, soll Haltung und Grundsatz in der Gesundheitsversorgung sein. Wir wollen unsere Kundinnen, Kunden und deren Familien befähigen, mögliche Behandlungsfehler zu erkennen und im Schadensfall Verantwortung an uns zu übertragen.

Unser Ziel ist es, eine Gesundheitsversorgung zu schaffen, die alle vermeidbaren Schäden abwendet. Durch Empowerment und Kundenorientierung möchten wir unsere Kundinnen und Kunden sowie deren Familien befähigen, aktiv zur Patientensicherheit beizutragen. Wir als TK setzen auf umfassende Aufklärung und Informationsvermittlung, um ein Bewusstsein für Patientensicherheit zu schaffen – nicht nur innerhalb unserer Organisation, sondern auch in Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern im Gesundheitswesen. Wir sehen die Sicherheit der Patientinnen und Patienten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und engagieren uns daher außerdem aktiv bei politischen Stakeholderinnen und Stakeholdern, um sicherzustellen, dass Patientensicherheit als wichtiges Thema weiterhin seinen Platz im politischen Raum einnimmt.

Prozesse zur Verbesserung der Patientensicherheit

Unterstützung der Versicherten bei einem Verdacht auf einen Pflege- beziehungsweise Behandlungsfehler Der Verdacht auf einen Behandlungsfehler kann eine erhebliche Belastung für Betroffene darstellen. Möglicherweise leiden Betroffene unter den Folgen des Fehlers oder das Vertrauen in die Ärztin oder den Arzt ist verletzt. In der Regel muss bei einem Verdachtsfall nachgewiesen werden, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und die Beschwerden darauf zurückzuführen sind. Dabei können unsere Versicherten auf die Unterstützung der TK zählen.

Die TK hat langjährige Erfahrung bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern. Bereits seit 1998 bietet die TK Betroffenen freiwillig ihre Hilfe an – weit bevor das Patientenrechtegesetz von 2013 Krankenkassen zur Unterstützung verpflichtet hat. Patientinnen und Patienten können die TK für die Aufarbeitung eines möglichen Behandlungsfehlers einschalten. So kann die TK etwa Gutachten beauftragen oder gegen Leistungserbringer klagen. Ziel ist, die Versorgung für Patientinnen und Patienten sicherer zu gestalten.

Expertinnen und Experten für Medizinrecht der TK beraten die Versicherten, bevor sie mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt sprechen. Sie sind per E-Mail unter **behandlungsfehler@tk.de** erreichbar.

Darüber hinaus besteht durch den „Wegweiser Behandlungsfehler“ die Möglichkeit, den Verdacht auf einen Behandlungsfehler online zu schildern. Die TK-Expertinnen und -Experten geben Auskunft über die Rechte der Versicherten und besprechen das weitere Vorgehen. Sie helfen dabei, wichtige Fragen bezüglich der individuellen Situation zu beantworten, wie die Plausibilität des Verdachts, die Notwendigkeit eines

Rechtsbestands und die Klärung von Konflikten. Weitere Informationen zu diesen Themen sind in der digitalen TK-Broschüre „Behandlungsfehler – ein Leitfaden für Patienten“ zu finden (**tk.de, Suchnummer: 2128216**).

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 Vorwurfs gewünscht haben, wurden hier berücksichtigt. Im Jahr 2024 konnte die TK 6.431 Vorwürfe fallabschließend klären. Dies entspricht 54 Fällen je 100.000 Versicherte.

Unsere Expertinnen und Experten beraten gerne!



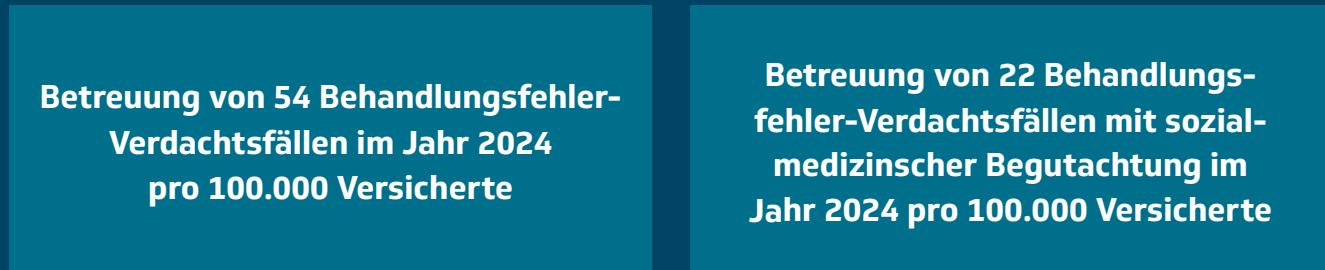
Wegweiser Behandlungsfehler
Tel. 040 - 46 06 61 21 40
E-Mail **behandlungsfehler@tk.de**
Suchnummer 2002890 auf tk.de

Strukturen und Prozesse für eine bessere Patientensicherheit

Strukturen



Prozesse



Anteil von Behandlungsfehler-Fällen mit sozialmedizinischer Begutachtung – inklusive Pflegefehlern 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.

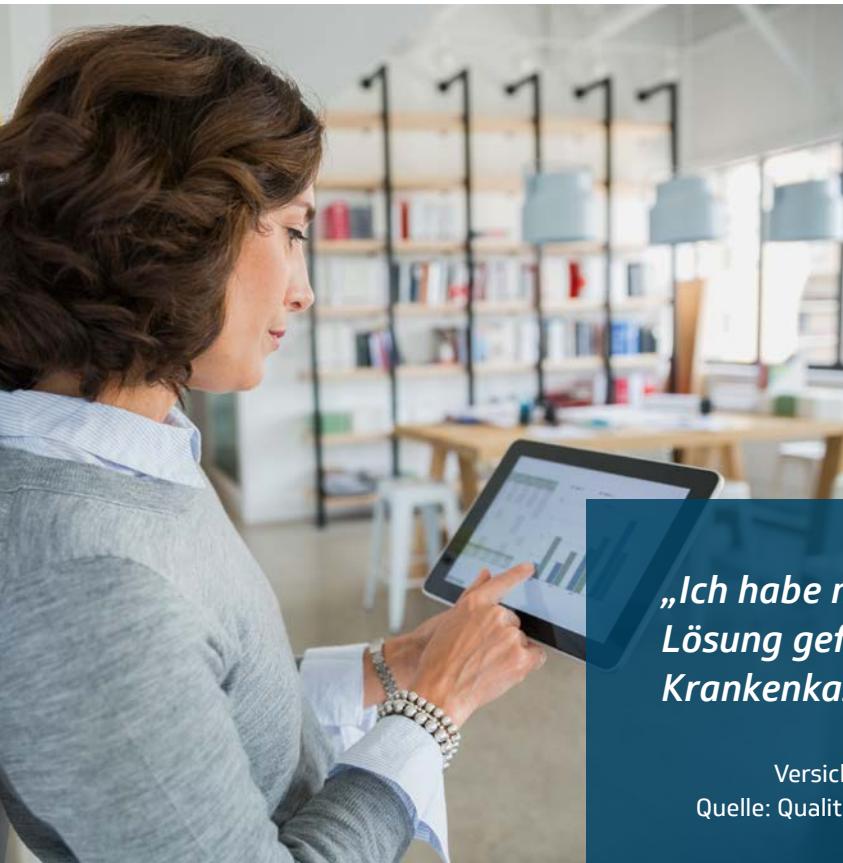
Die Zahl der von Gutachterinnen und Gutachtern geprüften Fälle hängt stark von der Initiative und der fachlichen Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkasse ab, die die Fälle vorab prüfen. Eine große Anzahl von Gutachten kann so als Qualitätsmerkmal für die Unterstützung von Versicherten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

Gemeldete Unterstützungsfälle im Jahr 2024		Gesamt	Je 100.000 Versicherte
Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB*		6.431	54
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung*		2.453	22
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht*		611 – Quote: 25 %	
Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht*		1.826 – Quote: 75 %	

* 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.



„Ich habe mit der Techniker immer eine Lösung gefunden [...]. Mit anderen Krankenkassen war das nicht der Fall.“

Versichertenmeinung zur Customer Journey Hilfsmittel
Quelle: Qualitative Interviews, Institut eye square GmbH, 2024

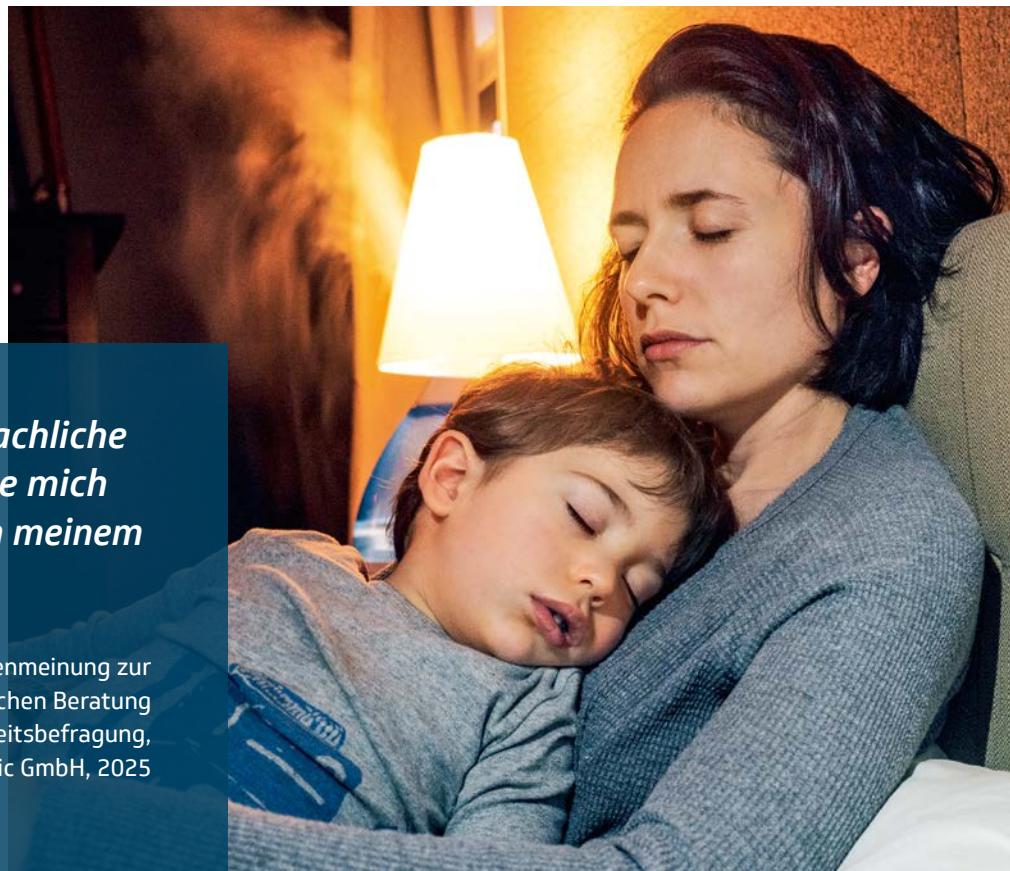
Anliegen und Kontakte	
Kontakt zur TK	Die TK ist rund um die Uhr für ihre Kundinnen und Kunden da. Am TK-ServiceTelefon unter 0800 - 285 85 85 sind unsere kompetenten Kundenberaterinnen und -berater jederzeit erreichbar – und das 24 Stunden pro Tag an 365 Tagen im Jahr. Zusätzlich können Anliegen auch 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 TK-Safe , dem persönlichen Zugang zur elektronischen Patientenakte (ePA), haben TK-Versicherte ihre Gesundheitsdaten wie Befunde, Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen oder Medikation selbst in der Hand – jederzeit und überall per Smartphone dabei 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.

50 Service und Leistung zählen! – TK-Service- und -Beratungsangebote im Überblick

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 Anliegen bezüglich Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit hilft die TK-HebammenBeratung weiter. Examinierte Hebammen beraten täglich von 7 bis 22 Uhr – auch an Feiertagen – innerhalb von 15 Minuten oder zu einem Wunschtermin per Chat oder Telefon. Die Hebammen unterstützen unter anderem bei Themen wie Stillen, Schlaf oder Babypflege. Die TK-HebammenBeratung kann einfach über kinderheldin.de/tk oder direkt in der TK-BabyZeit-App angefordert werden.
TK-BabyZeit	Die App TK-BabyZeit begleitet Versicherte während der aufregenden Zeit einer Schwangerschaft und beinhaltet umfassende Informationen. Dabei unterstützt die Mediathek mit den vielfältigen Videos wie beispielsweise „Geburtsvorbereitung“ oder „Erste Hilfe am Baby“ zu unterschiedlichen Themen sowohl während als auch nach der Schwangerschaft. Neben dem Ratgeber hält die TK-BabyZeit viele weitere Services wie eine Hebammenberatung oder -suche, ein Gewichtstagebuch sowie einen Planer mit wichtigen Terminen und Checklisten für die werdenden Eltern bereit.
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.

„Vielen Dank für die sachliche und gute Beratung, die mich beruhigt und vor allem meinem Kind geholfen hat!“

Versichertenmeinung zur telefonischen Beratung
Quelle: Zufriedenheitsbefragung, TeleClinic GmbH, 2025



52 Service und Leistung zählen! – TK-Service- und -Beratungsangebote im Überblick

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 tkpfegecoach.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 : Dort sind alle wichtigen Informationen zusammengefasst. Auf tk.de können Pflegeanträge direkt online, schnell und unkompliziert gestellt werden.
TK-PflegePortal	Das TK-PflegePortal ist eine Webanwendung für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen, die ihre persönlichen Transaktionen (z. B. Bearbeitungsstand von Anträgen) und Budgets überblicken, Rechnungen einreichen und weitere Leistungen entdecken möchten.

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 Vorsorgeretermine 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. 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 sowie 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	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 91 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. Und mit der ICD-Suche können ICD-Codes einfach und mühelos entschlüsselt werden. TK-Doc ist auch auf Englisch verfügbar.
Online-Hautcheck	Die TK bietet ihren Versicherten mit dem Online-Hautcheck eine qualifizierte 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 der Patientin oder dem Patienten den Weg zum Arzt oder zur Ärztin. Versicherte finden dieses Angebot auf tk.de , für die Teilnahme ist eine Anmeldung bei „Meine TK“ erforderlich.

„Schnelle Hilfe – sogar am Wochenende! [...] Wir haben über die App sofort eine super kompetente Videobehandlung bekommen. Kein langes Warten, keine überfüllte Notaufnahme. Ein toller Service den wir als TK-Versicherte sehr schätzen!“

Medizinische Beratung	
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.
Zweitmeinung	TK-Versicherte können sich eine besondere Zweitmeinung vor Rücken- und Gelenk-OPs einholen. In ausgewählten Schmerzzentren arbeitet ein Expertenteam aus den Bereichen der Schmerztherapie, Physiotherapie und Psychotherapie eng und effektiv zusammen. Mit einer persönlichen Beratung zu den TK-Zweitmeinungsangeboten unterstützen die TK-Spezialistinnen und -Spezialisten – entweder telefonisch unter 040 - 460 66 20 170 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 .
Mehr-Patientensicherheit.de	Nach Behandlungen können TK-Versicherte rund um die Uhr anonym ihre Erfahrungen zurückmelden. Expertenteams analysieren diese Erfahrungen. Mit den Erkenntnissen leisten wir einen Beitrag zur Optimierung der Versorgungsangebote. Sie erreichen den Service unter mehr-patientensicherheit.de .

TK-Transparenzbericht – Daten und Fakten im Überblick



Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022		
1	Rehabilitation: Anzahl Anträge	173.134
2	Reha: Anzahl bewilligter Anträge	134.440
3	Reha: Anzahl abgelehnter Anträge	30.006
4	Reha: Bewilligungsquote	79,24 %
5	Reha: Ablehnungsquote	17,7 %
6	Krankengeld: Anzahl Krankengeldfälle	284.325
6a	Krankengeld: Anzahl Krankengeldfälle je 100.000 krankengeldberechtigte Mitglieder	4.815
7	Zahnersatz: Anzahl Anträge	1.494.887
8	Zahnersatz: Anzahl bewilligter Anträge	1.390.674
9	Zahnersatz: Anzahl abgelehnter Anträge	104.213
10	Zahnersatz: Bewilligungsquote	93 %
11	Zahnersatz: Ablehnungsquote	7 %
12	Hilfsmittel: Anzahl Anträge	8.253.978
13	Hilfsmittel: Anzahl bewilligter Anträge	8.101.554
14	Hilfsmittel: Anzahl abgelehnter Anträge	152.424
15	Hilfsmittel: Bewilligungsquote	98,2 %
16	Hilfsmittel: Ablehnungsquote	1,8 %
17	Pflege: Anzahl Erstanträge	177.387
18	Pflege: Anzahl bewilligter Erstanträge	140.062
19	Pflege: Anzahl abgelehnter Erstanträge	30.370

Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022		
20	Pflege: Bewilligungsquote	79,0 %
21	Pflege: Ablehnungsquote	17,1 %
22	Krankenversicherung: Anzahl Widersprüche	122.064
22a	Krankenversicherung: Anzahl Widersprüche je 100.000 Versicherte	1.032
23	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche	64.887
23a	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche je 100.000 Versicherte	549
24	Krankenversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	41.532
24a	Krankenversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	351
25	Krankenversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche	15.645
25a	Krankenversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche je 100.000 Versicherte	132
26	Krankenversicherung: Anzahl Klagen	2.927
26a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen je 100.000 Versicherte	24,7
27	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen	698
27a	Krankenversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen je 100.000 Versicherte	5,9
28	Krankenversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg	540
28a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	4,6
29	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden	1.318
29a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden, je 100.000 Versicherte	11,1
30	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	371
30a	Krankenversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden, je 100.000 Versicherte	3,1

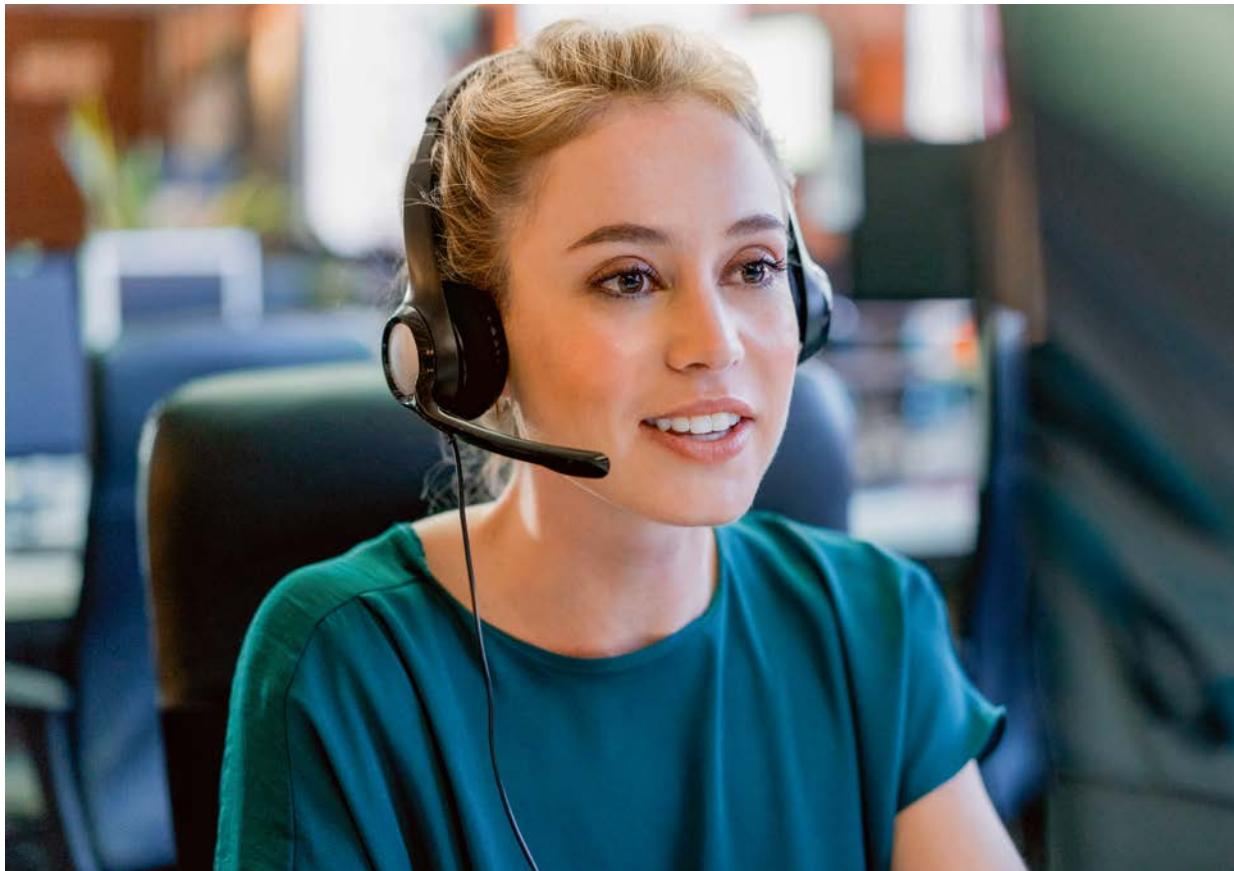
Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022		
31	Pflegeversicherung: Anzahl Widersprüche	32.279
31a	Pflegeversicherung: Anzahl Widersprüche je 100.000 Versicherte	273
32	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche	13.764
32a	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Widersprüche je 100.000 Versicherte	116
33	Pflegeversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg	15.555
33a	Pflegeversicherung: Anzahl Widersprüche ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	131
34	Pflegeversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche	2.960
34a	Pflegeversicherung: Anzahl zurückgenommener Widersprüche je 100.000 Versicherte	25
35	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen	1.000
35a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen je 100.000 Versicherte	8,5
36	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen	243
36a	Pflegeversicherung: Anzahl erfolgreicher Klagen je 100.000 Versicherte	2,1
37	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg	94
37a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen ohne Erfolg je 100.000 Versicherte	0,8
38	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden	430
38a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die zurückgenommen wurden, je 100.000 Versicherte	3,6
39	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden	232
39a	Pflegeversicherung: Anzahl Klagen, die auf sonstige Art erledigt wurden, je 100.000 Versicherte	2,0
40	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	6.431
40a	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V je 100.000 Versicherte	54

Kennziffern gemäß GKV-SV-Empfehlungen Dezember 2022		
41	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung	2.453
41a	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung je 100.000 Versicherte	21
42	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehler Verdacht	611
43	Patientensicherheit: Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehler Verdacht	1.826
44	Patientensicherheit: Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	25 %
45	Patientensicherheit: Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V	75 %



Zusätzliche Kennziffern

46	Häusliche Krankenpflege (HKP): Anzahl Anträge	429.578
46a	HKP: Anzahl bewilligter Anträge	425.363
46b	HKP: Anzahl abgelehnter Anträge	3.913
46c	HKP: Zum Stichtag noch nicht entschiedene Anträge	302
46d	HKP: Bewilligungsquote	99,1 %
46e	HKP: Ablehnungsquote	0,9 %
47	Außerklinische Intensivpflege (AKI): Anzahl Anträge	6.269
47a	AKI: Anzahl bewilligter Anträge	5.875
47b	AKI: Anzahl abgelehnter Anträge	169
47c	AKI: Zum Stichtag noch nicht entschiedene Anträge	225
47d	AKI: Genehmigungsquote	97,3 %
47e	AKI: Ablehnungsquote	2,7 %
48	Haushaltshilfe (HHH): Anzahl Anträge	23.584
48a	HHH: Anzahl bewilligter Anträge	23.188
48b	HHH: Anzahl abgelehnter Anträge	396
48c	HHH: Genehmigungsquote	98,3 %



Zusätzliche Kennziffern		
48d	HHH: Ablehnungsquote	1,7 %
49	Summe Anträge und Bescheide der TK - gerundet	20.000.000
50	Anzahl (abgerechneter) ärztlicher Behandlungsfälle	96.538.247
51	Anzahl Krankenhausfälle	1.966.371
52	Anzahl Telefongespräche	24.394.377
53	Anzahl elektronischer Nachrichten ins Postfach von MeineTK	26.958.140
54	Anzahl Arzneimittelrezepte	80.400.000
55	Ausgaben für Arzneimittel	7.200.000.000€
56	Anzahl versendeter E-Mails	593.913
57	Anzahl versendeter Briefe	49.231.103
58	Service: Gesamtzufriedenheit mit der TK	97 %
59	Service: Net Promoter Score	37
60	Service: Telefonische Erreichbarkeit	94 %
61	Service: Telefonische Wartezeit	37,5 Sekunden
62	Service: App-Kunden-Rezension	Apple/iOS: 4,8 von 5 Sternen Android: 4,5 von 5 Sternen
63	Service: TK-App-Nutzerinnen und -Nutzer	3,98 Mio.
64	Service: Erfüllungsgrad Servicekriterien Management, Mitarbeitende, Kundinnen und Kunden, Prozesse (2021-2024)	Kundinnen und Kunden: 90 % Mitarbeitende: 89 % Management: 93 % Prozesse: 93 %
65	Eingänge Widersprüche (gerundet)	154.000

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

Für Rückfragen von Versicherten:

tk.de
Tel. 0800 - 285 85 85

Besuchen Sie uns auch auf:

