



IKK CLASSIC

QUALITÄTSBERICHT 2023

Inhaltsverzeichnis

Thema	Seite
Vorwort	3
Behandlungsfehler	4
Berufskrankheiten	7
Besondere Versorgungsformen	9
Haushaltshilfe	10
Häusliche Krankenpflege	12
Hilfsmittel	14
Kinderpflegekrankengeld	16
Krankengeld	17
Kundenbeschwerden	18
Kundenservice	19
Kundenzufriedenheit	20
IKK Onlinefiliale bzw. IKK classic-App	22
Pflege	24
Prävention im Betrieb (BGM)	26
Prävention im privaten Umfeld	28
Rehabilitation	29
Vorsorgeleistungen	31
Widersprüche und Klagen	34
Zahnersatz	36



Liebe Leserinnen und Leser,

Was macht eine gute Krankenkasse aus? Wir glauben, es sind zum einen die Leistungen, die sie bietet – unsere Versicherten können zum Beispiel von über 70 Zusatzangeboten profitieren. Es ist aber auch der Service, die Wertschätzung, die unsere Kundinnen und Kunden im Kontakt mit uns erfahren. Und es ist die Transparenz, mit der eine Krankenkasse über ihre Arbeit informiert.

Um unseren Versicherten diese Transparenz zu bieten, setzen wir auf unabhängige Prüfstellen und deren Qualitätssiegel. Wir sind stolz darauf, regelmäßig Bestnoten zu erhalten. Das Deutsche Finanz-Service Institut DFSI hat beispielsweise im Auftrag des Handelsblatts verschiedene Krankenkassen hinsichtlich ihrer Leistungen und des Zusatzbeitragsatzes untersucht und die IKK classic als „Beste kundenorientierte Krankenkasse 2023“ ausgezeichnet. Das Magazin €uro bewertete unser Bonusprogramm im April dieses Jahres mit „sehr gut“ und das SZ-Magazin bezeichnet die IKK classic als „Top Digitales Unternehmen 2023/2024“ (alle aktuellen Auszeichnungen finden Sie unter [ikk-classic.de/testsiegel](https://www.ikk-classic.de/testsiegel)).

Wir sind überzeugt, dass mehr Transparenz die Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt steigert. Deshalb begrüßen wir die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums, mit dem geplanten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) auch verbindliche Vorgaben für die Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätsdaten für die Krankenkassen festzulegen, die objektive Vergleiche möglich machen.

Bis dahin gehen wir in die Offensive und veröffentlichen bereits zum vierten Mal unseren Qualitätsbericht. Der aktuelle Bericht für das Jahr 2023 wurde gegenüber dem Vorjahr nochmals erweitert und enthält wichtige Kennzahlen zu 19 besonders relevanten Leistungen und Services – übersichtlich und verständlich aufbereitet.

Hier erfahren Sie beispielsweise, wie viele Anträge zu verschiedenen Leistungen bei der IKK classic eingehen und wie hoch die Genehmigungsquoten sind. Wir informieren über Nutzerzahlen unserer Präventionsangebote, über Widersprüche und Kundenzufriedenheit.

Mit dem Qualitätsbericht 2023 geben wir Ihnen einen umfangreichen Überblick über unsere tägliche Arbeit – für uns eine wichtige Voraussetzung für mehr Transparenz im Gesundheitswesen.

Ihr

Frank Hippler,

Vorstandsvorsitzender der IKK classic

Behandlungsfehler

Als Behandlungsfehler wird ein Verstoß des medizinischen Fachpersonals gegen anerkannte medizinische Standards und ärztliche Sorgfaltspflichten bezeichnet. Ein Behandlungsfehler kann nicht nur Ärztinnen und Ärzten unterlaufen, sondern auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten, dem Pflegepersonal, Hebammen oder Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

Anzahl Unterstützungsfälle (nach § 66 SGB V): **3.650**

Anzahl der unterstützten Kundinnen und Kunden bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler pro 100.000

Versicherte: **120**

Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der

Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: **18,4 %**



Was sind Behandlungsfehler?

Es gibt mindestens 20 verschiedene Arten von Behandlungsfehlern, u. a.:

- unzureichende oder fehlende Aufklärung über die Risiken der Behandlung
- eine notwendige Behandlung wird versäumt
- Fehler bei der Auswahl der Behandlungsmethode, der Therapie oder der Nachsorge
- nach Operationen verbleibt ein Fremdkörper im Körper
- Gesundheitsschaden aufgrund eines Fehlers in der Organisation

Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic sieht sich beim Thema Patientenschutz und Patientensicherheit in der Verantwortung gegenüber ihren Versicherten. Für Betroffene ist die Beurteilung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht, sehr schwierig, da diese oft gleichzeitig an massiven gesundheitlichen Einschränkungen leiden.

Unser Team aus Expertinnen und Experten unterstützt und berät Versicherte deshalb mit umfassender Fachkompetenz, um den Verdacht auf einen möglichen Behandlungsfehler oder Schäden, die durch Medizinprodukte entstanden sind, zu klären. Die IKK classic legt dabei großen Wert auf eine proaktive und umsichtige Aufklärung der Versicherten, um Betroffenen zu ihrem Recht zu verhelfen.

Mit einer umfassenden Informationspolitik wollen wir dazu beitragen, die Dunkelziffer der Behandlungsfehler zu minimieren. Nur wenn Behandlungsfehler konsequent offengelegt, systematisch erfasst und ausgewertet werden, kann aus ihnen gelernt und können diese in Zukunft vermieden werden.

[Zur Leistungsseite Behandlungsfehler →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Sobald das Expertenteam der IKK classic von einem Verdacht erfährt, führt es mit den betroffenen Versicherten ein Beratungsgespräch und klärt sie über ihre Rechte und den Ablauf der Behandlungsfehlerprüfung auf. Gemeinsam wird das weitere Vorgehen abgestimmt. Den Versicherten wird im Anschluss an die Erstberatung ein Erhebungsbogen zur weiteren Ermittlung der Geschehnisse zugesandt. Außerdem erhalten die Betroffenen datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen zur Unterschrift, damit die ärztlichen Unterlagen bei allen behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. Krankenhäusern und weiteren Behandlern angefordert werden können.

Liegen alle Behandlungsunterlagen vor, wird der interessensneutrale Medizinische Dienst um eine ärztliche Stellungnahme bzw. um ein medizinisches Gutachten zum individuellen Fall gebeten. Dieses Verfahren ist für die Versicherten kostenfrei.

Sobald der IKK classic das Gutachten vorliegt, setzt sich das Expertenteam mit den Versicherten in Verbindung, um die weitere Vorgehensweise gemeinsam zu besprechen.

Bestätigt das Gutachten den Behandlungsfehlerverdacht, stehen den Versicherten möglicherweise Schadenersatzansprüche zu. Das Expertenteam der IKK classic berät die Versicherten fallindividuell zu Rechtslage, Verjährungsfristen und unterstützt bei der Suche nach einem Fachanwalt für Medizinrecht oder Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammer. Letztere bieten den Versicherten eine Alternative zum Rechtsweg und sind ebenfalls kostenlos.

Besondere Leistungen

Für die Beratung der Versicherten bietet die IKK classic verschiedene Kontaktwege: Über die Behandlungsfehler-Hotline mit der Rufnummer 0800 644 64 41 ist das Expertenteam direkt telefonisch erreichbar. Zudem besteht die Möglichkeit, eine Beratung über das **Kontaktformular** zum Thema Behandlungsfehler anzufordern. Oder die Versicherten übermitteln den Erhebungsbogen in der **IKK Onlinefiliale** oder in der **IKK App** digital.

Beim Ausfüllen von Erhebungsbogen und datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärungen stehen den Versicherten fest benannte Ansprechpartnerinnen und -partner zur Seite. Diese begleiten die Versicherten während der gesamten Behandlungsfehlerprüfung und stehen ebenfalls für Fragen, auch zum Ablauf der Rechtsverfolgung, zur Verfügung. Im Austausch mit den Versicherten informieren die Ansprechpartnerinnen und -partner regelmäßig über den Sachstand und das weitere Vorgehen.

Im Zusammenhang mit der Unterstützung bei Behandlungsfehlern ist sich die IKK classic ebenfalls der Bedeutung der psychosozialen Begleitung der Versicherten in den Beratungsgesprächen bewusst. Daher steht auch dieser Aspekt bei der aktiven Unterstützung der Versicherten im Fokus.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung: **692**

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung je 100.000 Versicherte: **23**

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht: **139**

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht: **594**

Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: **78,5 %** (bei 3,1 % offenen Begutachtungen)

Berufskrankheiten

Eine Berufskrankheit wird durch eine besondere Belastung im Beruf oder am Arbeitsplatz verursacht. Zu den Einflussfaktoren zählen beispielsweise der Umgang mit Schadstoffen, die Einwirkung von Sonneneinstrahlung oder ein hoher Lärmpegel am Arbeitsplatz.

Aktive Verdachtsfälle: **8.980**

Anzahl der unterstützten Kundinnen und Kunden bei einem

Verdacht auf eine Berufskrankheit pro 100.000 Versicherte: **87**

Anzahl Anerkennungen von Berufskrankheiten: **2.487**

Anerkennungsquote: **28 %**



Was sind Berufskrankheiten?

Berufskrankheiten entwickeln sich häufig erst über viele Jahre hinweg, wobei der Zusammenhang zwischen Arbeit und Erkrankung nicht immer eindeutig ist, beispielsweise in einem durch Asbest belasteten Arbeitsumfeld. Aktuell gibt es nach der Berufskrankheitenverordnung 82 anerkannte Berufskrankheiten.

Was leistet die IKK classic?

Als handwerksnahe Kasse haben wir gegenüber unseren Kundinnen und Kunden eine besondere Verantwortung. Handwerkerinnen und Handwerker sind wesentlich häufiger von Berufskrankheiten betroffen. Die IKK classic legt großen Wert auf eine proaktive und umsichtige Aufklärung, um mögliche Berufskrankheiten frühzeitig zu erkennen und Betroffenen auf Augenhöhe zu ihrem Recht und ihren Leistungsansprüchen zu verhelfen. Spezialisierte und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der IKK classic unterstützen die Versicherten und helfen dabei, einen Verdacht auf eine mögliche Berufskrankheit zu klären.

Seit 2018 baut die IKK classic ihr Unterstützungsangebot kontinuierlich aus, indem sie auf ein eigenes Fallmanagement setzt. Damit werden eigeninitiativ Verdachtsfälle von Berufskrankheiten aufgespürt, die sonst möglicherweise wegen fehlender Handlungsprotokolle und arbeitsmedizinischer Kenntnisse nicht aufgefallen wären.

[Zur Leistungsseite Berufskrankheiten](#) →

Wie wird die Leistung gewährt?

In der Regel meldet die behandelnde Ärztin bzw. der Arzt dem zuständigen Unfallversicherungsträger den Verdacht auf eine Berufskrankheit. Dazu sind Medizinerinnen und Mediziner, genau wie Arbeitgebende, die Krankenkasse und die Rentenversicherung verpflichtet. Auch Betroffene und ihre Angehörigen sowie Arbeitskolleginnen und -kollegen oder Betriebsärztinnen und -ärzte haben das Recht, einen Verdachtsfall anzuzeigen und ein Anerkennungsverfahren zu initiieren.

Um Vorgänge proaktiv aufzugreifen, setzt die IKK classic auf eigens entwickelte EDV-gestützte Auswertungen. Bei begründeten Verdachtsfällen suchen die Fallmanagerinnen und Fallmanager das persönliche Gespräch mit den Betroffenen, erläutern die Hintergründe und bitten um weitere Informationen zu Krankheitsbild und bisherigem Arbeitsleben. Konkretisiert sich der Verdacht, erstattet die IKK classic Anzeige auf Annahme einer möglichen Berufskrankheit bei der zuständigen Berufsgenossenschaft.

Im Anerkennungsfall profitiert in erster Linie der oder die Versicherte, da bei einer Berufskrankheit ein erweiterter gesetzlicher Versorgungsgrundsatz gilt. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt die Versorgung keiner wirtschaftlichkeitsorientierten Einschränkung. Auch Zuzahlungen oder Eigenanteile der Versicherten entfallen, die Behandlung erfolgt in ausgewählten Einrichtungen und wenn erforderlich, werden Umschulungsmaßnahmen finanziert oder Rentenleistungen gewährt.

Besondere Leistungen

Für die Beratung unserer Kundinnen und Kunden bieten wir verschiedene Kontaktwege. Über die Berufskrankheiten-Hotline **02162 912 24 58 20** sind die Fallmanagerinnen und Fallmanager direkt erreichbar. Zudem besteht die Möglichkeit, über das **Kontaktformular** eine Beratung zum Thema Berufskrankheiten anzufordern. Die Rückmeldung erfolgt je nach Kundenwunsch per Rückruf oder E-Mail.

Um den Verdacht auf eine Berufskrankheit zu konkretisieren, erhält die Kundin oder der Kunde einen von der IKK classic eigens für die jeweilige zu prüfende Berufskrankheit entwickelten Fragebogen, der die beruflichen Einflussfaktoren von schädigenden Stoffen oder Tätigkeiten abfragt. Alternativ zum Papierfragebogen können Versicherte diesen Fragebogen auch online ausfüllen und abgeben. Ein Formular-Assistent führt auf einer besonders gesicherten Website von einer relevanten Frage zur nächsten.

Während des Feststellungsverfahrens helfen die Fallmanagerinnen und Fallmanager der IKK classic bei Antragstellung und Ausfüllen der Fragebögen, achten auf eine vollständige Erhebung der Arbeitsvorgeschichte, bewerten die Entscheidung der Berufsgenossenschaft, holen Sachverständigengutachten beim Medizinischen Dienst ein und unterstützen auch, wenn Betroffene in Widerspruch gehen oder gar eine Klage vor dem Sozialgericht in Erwägung ziehen.

Besondere Versorgungsformen

Eine optimale Versorgung unserer Versicherten ist unser Hauptanliegen. Wir ergänzen die Regelversorgung durch gezielte Angebote sinnvoll und mit Augenmaß durch innovative Versorgungsangebote – zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse unserer Versicherten.

Teilnehmende aller genannten Angebote: **816.806**



Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic bietet eine Vielzahl von besonderen Versorgungsleistungen.

- **IKK Promed:** Es handelt sich um strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, sogenannte Disease-Management-Programme, kurz DMP. In diesen Behandlungsprogrammen stimmen Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten die Behandlungsschritte eng untereinander ab.
- **Hausarztprogramm:** Ziel der Hausarztzentrierten Versorgung (kurz HzV) ist es, flächendeckend die hausärztliche Versorgung in besonders hoher Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte zu stärken. Das Hausarztprogramm ist insbesondere für Patientinnen und Patienten interessant, die häufiger ärztliche Behandlung benötigen.
- **Selektivverträge:** Die Verträge zur besonderen Versorgung vernetzen verschiedene Leistungssektoren miteinander und ermöglichen eine interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung. Darüber hinaus können diese Verträge — unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und -ärzten oder deren Gemeinschaften — besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge regeln.
- **Case Management** sowie Gesundheitslotsinnen und -lotsen: Die IKK classic unterstützt Versicherte mit besonderen Versorgungsbedürfnissen differenziert und individuell, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen.

Wie wird die Leistung gewährt?

Programmteilnahmen: Versicherte unterschreiben eine Teilnahmeerklärung bei niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten. Je nach Versorgung sind vorherige Untersuchungen in der behandelnden Arztpraxis erforderlich. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos.

Beratungsangebot: Versicherte erhalten ein Beratungsangebot zu Versorgungsmöglichkeiten und -angeboten, je nach Bedarf telefonisch oder auch persönlich, durch das Case Management und die Gesundheitslotsinnen und -lotsen. Wahrnehmung und Teilnahme sind freiwillig und kostenlos.

Besondere Leistungen

Die IKK classic bietet eine Reihe von besonderen Leistungen, die die Versorgung der Versicherten ergänzen. Beispielfhaft stellen wir einige Bereiche für die besondere Versorgung vor:

- **Adipositas (Fettleibigkeit)**
- **Atemwege-Lunge**
- **Augen**
- **Verdauungssystem**
- **Erweiterte Versorgung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen**
- **Diabetes**
- **Tumore/Krebs**
- **Herz/Kreislauf/Gefäße**
- **Urogenitalsystem**
- **Muskel, Skelett, Rücken**
- **Hals, Nase, Ohren (HNO)**
- **Palliativversorgung**
- **Nerven**
- **Versorgung von Risikoschwangeren**
- **Wundversorgung**
- **Zahngesundheit**
- **Telemedizinische Angebote**
- **Schlaganfallprävention:** Mit dem Vorsorgeprogramm „Preventicus – RhythmusLeben“ wird per App mit der Smartphone-Kamera der Herzrhythmus gemessen, um frühzeitig Vorhofflimmern zu entdecken.
- **Psyche:** Die IKK classic bietet mit „mentalis – digitale Nachsorge bei psychischen Erkrankungen“ eine App-gestützte Nachsorge inkl. Tele-Coachings nach stationärer Behandlung bei psychischen Erkrankungen.
- **Versorgungssteuerung psychisch Erkrankter:** Die IKK classic unterstützt Versicherte mit psychischen Erkrankungen individuell und versichertenbezogen zu den gesetzlichen Versorgungsmöglichkeiten im Erkrankungsbild und darüber hinaus. Ziel ist es, die Versorgungsbedürfnisse frühzeitig zu erkennen und bedarfsgerechte Maßnahmen einzuleiten.

Haushaltshilfe

Wenn Mutter oder Vater krankheitsbedingt ausfallen, türmen sich Wäscheberge, sauberes Geschirr ist Mangelware und niemand steht bereit, um die Kinder abzuholen. Die IKK classic leistet in derartigen Fällen Unterstützung in Form einer Haushaltshilfe, die diese Aufgaben übernehmen kann.

Anzahl Anträge: **7.498**
Genehmigungsquote: **83 %**
Eingelegte Widersprüche: **151**
Widerspruchsquote: **2 %**



Was leistet die IKK classic?

Haushaltshilfe erhalten Versicherte für die Dauer von bis zu vier Wochen, wenn der eigene Haushalt wegen eines Krankenhaus- oder Kuraufenthalts, aufgrund einer schweren Krankheit oder der akuten Verschlimmerung einer Krankheit nicht weitergeführt werden kann. Lebt im Haushalt ein Kind, das jünger als 14 Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird Haushaltshilfe für 26 Wochen erbracht. Wir unterstützen dabei über die vom Gesetzgeber festgelegte Altersbegrenzung hinaus. Übernommen werden die Kosten der Haushaltshilfe, ggf. abzüglich einer Zuzahlung pro Kalendertag.

[Zur Leistungsseite Haushaltshilfe →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Die Leistung wird auf Antrag gewährt. Wurde der Anspruch durch uns festgestellt, gibt es verschiedene Szenarien: Fiel die Entscheidung auf einen Vertragspartner, wickeln wir die komplette Leistung direkt mit dem Vertragspartner ab. Wurde die Haushaltshilfe selbst beschafft oder im Familien- oder Bekanntenkreis organisiert, erstatten wir die Kosten in den genehmigten Grenzen.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen vor.

Anzahl bewilligter Anträge: **6.235**
Anzahl abgelehnter Anträge: **1.263**
Ablehnungsquote: **17 %**

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege hat das Ziel, den Versicherten eine sonst erforderliche Krankenhausbehandlung zu ersparen beziehungsweise diese abzukürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Auch bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation ist die Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege möglich (Sicherungs- oder Unterstützungspflege).

Anzahl Anträge: **218.527**
Genehmigungsquote: **99 %**
Eingelegte Widersprüche: **240**
Widerspruchsquote: **0,1 %**



Was leistet die IKK classic?

Wer zu Hause medizinisch versorgt wird und zusätzlich Krankenpflege durch eine qualifizierte Pflegekraft benötigt, wird durch die IKK classic unterstützt.

- **Behandlungspflege:** Die Behandlungspflege wird von Patientinnen und Patienten am häufigsten benötigt. Ihr Ziel ist die Sicherung der ärztlichen Behandlung. Dazu zählen ausschließlich medizinische Hilfeleistungen, die nicht von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden müssen, wie das Verabreichen von Injektionen, ein Verbandswechsel oder die Dekubitusversorgung.
- **Grundpflege:** Die Grundpflege beinhaltet pflegerische Leistungen im Bereich Körperpflege und Ernährung.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:** Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst Aufgaben im Haushalt von Patientinnen und Patienten, die der Versorgung dienen. Dazu zählen unter anderem die Zubereitung von Mahlzeiten, der Einkauf oder die Reinigung der Wohnung.

[Zur Leistungsseite häusliche Krankenpflege →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Nach Verordnung der häuslichen Krankenpflege durch Ärztin oder Arzt wird diese von der IKK classic genehmigt. Voraussetzung ist, dass im Haushalt keine andere Person lebt, die die Versorgung übernehmen kann. Leistungen der Grundpflege stehen in der Regel nicht zur Verfügung, wenn bereits ein Pflegegrad 2 und höher vorliegt.

Die Versorgung der Versicherten erfolgt durch geeignete Pflegedienste, mit denen die IKK classic Verträge abgeschlossen hat. Der Ablauf vom Antrag bis zur Prüfung und Genehmigung durch die IKK wird regelhaft durch den Pflegedienst koordiniert.

Die Pflegedienste rechnen direkt mit der IKK classic ab, es können lediglich gesetzliche Zuzahlungen (zehn Euro pro Verordnung und zehn Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage) anfallen. Die Zuzahlungen werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für die Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen vor.

Anzahl bewilligter Anträge: **216.067**

Anzahl abgelehnter Anträge: **2.460**

Ablehnungsquote: **1 %**

Hilfsmittel

Hilfsmittel erleichtern, mit einer Behinderung oder den Folgen einer Krankheit zu leben. Sie werden zu Hause angewendet, also nicht im Krankenhaus oder in der Arztpraxis benötigt.

Anzahl Anträge: **2.198.531**

Genehmigungsquote: **95 %**

Eingelegte Widersprüche: **3.922**

Widerspruchsquote: **0,2 %**



Was sind Hilfsmittel?

Zu den Hilfsmitteln zählen unter anderem Rollstühle, Gehhilfen, Prothesen, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe oder Schuheinlagen, Hörgeräte, Sehhilfen, Inhalationsgeräte, Blutzuckermessgeräte u.v.m. Darüber hinaus gibt es auch Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind. Hierunter fallen beispielsweise Inkontinenzhilfen und Stomaartikel (für einen künstlichen Darmausgang).

Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic übernimmt die Kosten für notwendige Hilfsmittel bis zu bestimmten Preisgrenzen. Die Zuzahlungen betragen in der Regel höchstens zehn Euro pro Hilfsmittel oder pro Monat.

[Zur Leistungsseite Hilfsmittel →](#)

Wie finden Versicherte einen Leistungserbringer in ihrer Nähe?

Leistungserbringer, die mit der IKK classic einen Vertrag zur Lieferung von Hilfsmitteln abgeschlossen haben, sind in der Vertragspartnersuche der IKK classic aufgeführt. Die Ergebnisse lassen sich nach Postleitzahlen filtern.

[Zur Vertragspartnersuche der IKK classic →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Hilfsmittel werden als Sachleistung zur Verfügung gestellt.

Besondere Leistungen

Unsere Vertragspartner wie Gesundheitsfachhäuser, Apotheken oder Orthopädie-Schuhtechnikerinnen und -techniker rechnen bei etlichen Hilfsmitteln direkt mit der IKK classic ab. Die Versicherten benötigen in diesen Fällen keine vorherige Genehmigung und können das erforderliche Hilfsmittel auf Wunsch gleich mitnehmen.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl bewilligter Anträge: **2.081.532**

Anzahl abgelehnter Anträge: **116.999**

Ablehnungsquote: **5 %**

Kinderpflegekrankengeld

Die IKK classic zahlt Kinderpflegekrankengeld, wenn ein erkranktes Kind gesetzlich krankenversichert und jünger als zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und die Pflege und Betreuung des erkrankten Kindes nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.

Anzahl Kinderpflegekrankengeldfälle: **148.515**
Anzahl Kinderpflegekrankengeldfälle
je 100.000 krankengeldberechtigter Mitglieder: **10.226**
Eingelegte Widersprüche: **10**
Widerspruchsquote: **0,007 %**



Was leistet die IKK classic?

Das Kinderpflegekrankengeld steht jedem Elternteil für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr und je Kind zu. Bei Alleinerziehenden sind es bis zu 20 Tage. Familien mit mehr als zwei Kindern erhalten innerhalb eines Kalenderjahres maximal 25 Arbeitstage Kinderpflegekrankengeld pro Elternteil. Bei Alleinerziehenden ist der Anspruch auf 50 Arbeitstage begrenzt.

Das Kinderpflegekrankengeld beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Sofern ein Elternteil in den letzten zwölf Kalendermonaten vor der Freistellung Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachtsgeld) bezogen hat, übernehmen wir 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Generell gilt jedoch ein Höchstbetrag. Aus dem Kinderpflegekrankengeld sind Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu entrichten. Diese werden anteilig von den Versicherten und der IKK classic gezahlt. Die IKK classic zieht den Beitragsanteil ihrer Versicherten direkt vom Kinderpflegekrankengeld ab und überweist ihn mit dem Anteil der IKK classic an die zuständigen Versicherungsträger.

Bei schwerstkranken Kindern entspricht das Kinderpflegekrankengeld dem normalen Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit: 70 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts, aber nicht mehr als 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts. Auch hier gilt ein Höchstbetrag. Eltern, deren Kind schwerstkrank ist und nur noch eine geringe Lebenserwartung hat, zahlt die IKK classic das Kinderkrankengeld unbefristet. Dies gilt allerdings nur für einen Elternteil.

[Zur Leistungsseite Kinderkrankengeld →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Die Kinderärztin oder der Kinderarzt stellt eine „Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ aus, den ein Elternteil nur noch im unteren Teil beziehungsweise auf der Rückseite ausfüllen und bei der IKK classic einreichen muss, z. B. per Upload in der **IKK Onlinefiliale** oder der **IKK classic-App**. Die Arbeitgebenden übermitteln uns automatisch eine Verdienstbescheinigung, nachdem sie den Monat abgerechnet haben, in dem das Kind krank war. Sobald uns diese vorliegt, überweisen wir das Kinderpflegekrankengeld.

Besondere Leistungen

Mit einer Sonderregelung hatten Eltern vom 05.01.2021 bis zum 07.04.2023 befristet auch Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld, wenn die Betreuung des Kindes erforderlich wurde, weil pandemiebedingt eine Betreuung des Kindes zu Hause notwendig war. Gesetzlich versicherte Eltern haben deswegen für die Kalenderjahre 2021, 2022 und 2023 einen verlängerten Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld. Jeder Elternteil kann pro gesetzlich versichertem Kind 30 anstatt zehn Tage Kinderpflegekrankengeld beantragen. Für Alleinerziehende erhöht sich der Anspruch auf 60 Tage pro Kind. Bei mehr als zwei Kindern sind es 65 Tage pro Elternteil bzw. 130 Tage für Alleinerziehende. Die längere Anspruchsdauer gilt auch für das Kinderpflegeverletztengeld.

Krankengeld

Wer wegen Krankheit arbeitsunfähig ist oder auf Kosten der Krankenkasse in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden muss, dem zahlt die IKK classic Krankengeld.

Seit dem 1. November 2022 können auch Versicherte Krankengeld beziehen, wenn sie zur Begleitung eines nahestehenden Menschen mit einer schweren körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung bei einer stationären Krankenhausbehandlung mitaufgenommen werden. Um den Krankengeldanspruch zu erhalten, müssen sowohl die antragstellende Begleitperson als auch die zu begleitende Person einige Voraussetzungen erfüllen, u. a. muss der Begleitperson aufgrund der Mitaufnahme ein Verdienstausschluss entstehen und die zu begleitende Person bestimmte Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen.



Anzahl Krankengeldfälle: **108.092**

Anzahl Krankengeldfälle

je 100.000 krankengeldberechtigter Mitglieder: **7.442**

Eingelegte Widersprüche: **1.118**

Widerspruchsquote: **1 %**

Was leistet die IKK classic?

Das Krankengeld richtet sich nach dem regelmäßigen Arbeitsentgelt, das jemand zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit verdient hat. Es beträgt in der Regel 70 Prozent des letzten Bruttogehalts, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des Nettogehalts. Generell gilt ein kalendertäglicher Höchstbetrag.

Für dieselbe Krankheit kann man Krankengeld maximal für die Dauer von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren erhalten.

[Zur Leistungsseite Krankengeld →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Während des Krankengeldbezugs stellt die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus. Nach Eingang der Krankmeldung wird das Krankengeld rückwirkend bis zum Tag der ärztlichen Feststellung ausgezahlt.

Kundenbeschwerden

Die IKK classic versteht sich als modernes Dienstleistungsunternehmen. Ein hohes Ziel für die IKK classic ist eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Kunden. Kundenerwartungen im Kontakt zur IKK classic sind zu erfüllen und zu übertreffen, um eine emotionale Kundenbindung zu erreichen und diese stetig zu erhöhen. Ein wesentlicher Bestandteil der Servicequalität ist die Frage nach dem Umgang mit Kundenbeschwerden.

Gegenwärtig nutzen immer mehr Menschen digitale Angebote. Mit der Onlinefiliale und der IKK classic-App bietet die IKK classic ihren Kundinnen und Kunden zusätzliche Beschwerdekanaäle an. Auf diesem Wege können sie ihre Beschwerde schnell und unkompliziert übermitteln.

Kundenbeschwerden werden in der IKK classic strukturiert dokumentiert und ausgewertet. Beschwerden sieht die IKK classic als Chance zur Verbesserung an. Auf Grundlage dieser Auswertungen können Prozessdefizite erkannt und Verbesserungen angestoßen werden.



Kundenservice

Erreichbarkeit

Neben der persönlichen Beratung in 160 Servicecentern ist die IKK classic kostenlos rund um die Uhr unter der IKK Servicehotline 0800 455 1111 erreichbar. Anliegen können auch schnell und unkompliziert via Onlineformular übermittelt werden.

IKK Mobile Beratung

Auf Wunsch kann ein persönliches Gespräch rund um das Thema Krankenversicherung vereinbart werden. Die mobilen Beraterinnen und Berater der IKK classic melden sich schnellstmöglich mit Terminvorschlägen.

Anzahl persönlicher Kontakte: **817.897**

Anzahl telefonischer Kontakte: **676.850**

Anzahl eingehender E-Mails: **504.233**



Kundenzufriedenheit

Die IKK classic befragt quartalsweise in einer bevölkerungsrepräsentativen Marktstudie ihre Versicherten nach deren Kundenzufriedenheit und emotionaler Bindung an die IKK classic. Durch das fortlaufende Feedback unserer Versicherten können wir einschätzen, ob die Kundenerwartungen erfüllt werden oder ob womöglich eine Nachsteuerung nötig ist. Die regelmäßigen Ergebnisse zeigen: Die Versicherten der IKK classic haben eine starke emotionale Bindung an die IKK classic und sind sehr zufrieden.

Ergebnis Kundenzufriedenheit 2023: **82 %** sehr zufriedene und zufriedene Mitglieder der IKK classic



Methodik

Methode: Telefonbefragung, bevölkerungsrepräsentativ, quartalsweise

Konkrete Frage Kundenzufriedenheit: „Und nun alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit der IKK classic?“

Definierte 5er-Skala: sehr zufrieden – sehr unzufrieden

Kundenzufriedenheit: Summe aller sehr zufriedenen und zufriedenen Befragten

IKK Onlinefiliale bzw. IKK classic-App

Die IKK Onlinefiliale ist einerseits ein Kontaktkanal für unsere Kundinnen und Kunden. Andererseits bündelt sie unsere digitalen Angebote im Bereich Service und Leistung. Die IKK Onlinefiliale ist damit das virtuelle **IKK Servicecenter**. Das Angebot kann sowohl als Desktop-Anwendung am PC als auch per App (**IKK classic-App**) über das Smartphone genutzt werden – die Inhalte sind identisch.



Anzahl der Nutzer: **494.873** (Stichtag 06.10.2023)

Im Oktober 2023 fand der Umstieg auf eine neue Zugangsverwaltung statt, die es erforderlich machte, dass sich alle bestehenden User bis 31.12.2023 manuell migrieren oder neu registrieren. Bis 31.12.2023 haben dies ca. 120.000 User getan.

Anzahl der Aktivitäten: **1.425.171**

Upload Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: **141.429**

Upload Antrag Kinderpflegekrankengeld: **207.960**

Aktualisierung von Stammdaten (Adressen, Bankverbindungen, Rufnummern): **248.338**

Durch Einführung einer neuen Nutzerverwaltung im Oktober 2023 sowie durch die elektronische Übermittlung von Bescheinigungen zur Arbeitsunfähigkeit (eAU) haben sich die Nutzungszahlen spürbar verändert.

Was leistet die IKK classic?

In der IKK Onlinefiliale bzw. der IKK classic-App können Versicherte der IKK classic:

- ihre persönlichen Daten einsehen und ändern
- diverse Leistungsanträge per Upload und/oder Angabe ergänzender Informationen übermitteln, z. B. Antrag auf Kinderpflegekrankengeld
- Kostenerstattungen online beantragen und Rechnungen hochladen, etwa für Schutzimpfungen und Reiseschutzimpfungen, für Gesundheitskurse, die sportärztliche Vorsorgeuntersuchung oder Osteopathie
- übermittelte Anträge einsehen und den Status verfolgen
- notwendige Bescheinigungen anfordern oder direkt herunterladen
- Bonusmaßnahmen sammeln und Prämienauszahlung beantragen
- Unterstützungsleistungen wie medizinische (Video-)Beratung, Zweitmeinungsverfahren, Beratung bei Behandlungsfehlern nutzen
- Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten erhalten, z. B. Gesundheitskurse und -Coachings, Gesundheits-Apps oder Gesundheitsanwendungen
- Kontakt zur IKK classic aufnehmen und Anfragen oder auch Lob oder Beschwerde übermitteln
- die IKK classic weiterempfehlen und Werbepremie sichern
- alle Angebote für sich selbst und mitversicherte minderjährige Familienangehörige nutzen und verwalten

[Mehr über die Onlinefiliale erfahren →](#)

Wie wird die IKK Onlinefiliale bzw. die IKK classic-App genutzt?

Die IKK Onlinefiliale/ IKK classic-App können Versicherte der IKK classic kostenfrei nutzen. Der Zugang ist an eine vorherige Registrierung mit sicherer Nutzeridentifizierung gekoppelt, um den Schutz der eingebetteten Sozial- und Gesundheitsdaten zu gewährleisten.

Damit wurde für die versicherten Personen der IKK classic die Möglichkeit geschaffen, verschiedene digitale Angebote der IKK classic mit nur einem Zugang zu nutzen. Die digitalen Zugangsdaten gelten für die IKK classic-App, ePA-App und IKK Onlinefiliale gleichermaßen. Hauptversicherte können über ihren Zugang minderjährige familienversicherte Kinder mitverwalten.

Pflege

Pflegeleistungen erhalten Versicherte mit einem Pflegegrad, damit sie ihre tägliche Pflege sicherstellen können. Dabei spielt der festgestellte Pflegegrad eine wichtige Rolle. Es gibt fünf Pflegegrade. Ab Pflegegrad 2 erhält man feststehende monatliche Leistungen für die persönliche Pflege und Betreuung. Bei Pflegegrad 1 besteht ein Anspruch auf einen Entlastungsbetrag im Erstattungsverfahren und verschiedene andere Leistungen.

Anzahl Erstanträge: **58.358***

Genehmigungsquote: **80 %**

Eingelegte Widersprüche: **5.704**

Widerspruchsquote: **10 %**



* In die Kennzahl sind die im Berichtsjahr erledigten Anträge auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit eingeflossen, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der jeweilige Antrag gestellt wurde.

Was leistet die IKK classic?

Die Pflegekasse der IKK classic versorgt ihre Versicherten bei Bedarf mit allen gesetzlich vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung. Unsere Pflegeleistungen umfassen:

- Häusliche Pflege (Geld- und Sachleistungen, ergänzend dazu teilstationäre Pflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, Pflege in Wohngruppen und Entlastungsleistungen)
- Vollstationäre Pflege
- Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- Leistungen für Pflegepersonen (Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung, Pflegekurse, Pflegeunterstützungsgeld, Leistungen bei Pflegezeit etc.)

[Zu den Leistungsseiten Pflege →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Für die Leistungsgewährung ist ein Antrag bei der Pflegekasse der IKK classic erforderlich. Diese veranlasst die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) und stellt auf Grundlage des Gutachtens den zutreffenden Pflegegrad fest.

Die Pflegeleistungen der Pflegekasse der IKK classic werden als monatliche Geldleistungen ausgezahlt (Pflegegeld) oder direkt als Sachleistung eines Leistungserbringers gewährt.

Erforderlich ist ein anerkannter Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 2 für monatlich fortlaufende Leistungen). Im Pflegegrad 1 werden spezielle Leistungen als Erstattungsleistungen erbracht (Entlastungsbetrag/Angebote zur Unterstützung im Alltag etc.).

Besondere Leistungen

Die IKK classic bietet eine Pflegeberatung für Versicherte und deren Angehörige oder andere Vertrauenspersonen an.

Die Beratung erfolgt durch IKK-eigene Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die die Leistungen der Pflegekasse der IKK classic und speziell auch Leistungen anderer Träger bestens kennen. Zusätzlich unterstützt die Pflegeberatung auch bei der Antragstellung.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl der im Berichtsjahr bewilligten Anträge: **46.422**

Anzahl der im Berichtsjahr abgelehnten Anträge: **9.236**

Ablehnungsquote: **16 %***

* 4 % der Anträge wurden zurückgenommen bzw. storniert.

Prävention im Betrieb (BGM)

Gesunde Mitarbeiter – starker Betrieb: Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz.

Betreute Betriebe im BGM 2023: **1.032** Betriebe



Was ist betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)?

Betriebliches Gesundheitsmanagement verknüpft in einem ganzheitlichen Ansatz die für die Gesundheit in der Arbeitswelt bedeutsamen Bereiche gesetzlicher Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement, medizinische Leistungen zur Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung für Arbeitgebende und Beschäftigte handelt es sich um einen freiwilligen Leistungskomplex. Auch von freiwilligen betrieblichen Angeboten zur Sucht- und Sozialberatung, zum Betriebssport sowie zu Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben gehen positive Auswirkungen auf die Beschäftigtengesundheit aus.

Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic setzt gemäß ihres gesetzlichen Auftrages nach § 20b SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) um. Hier geht es insbesondere um den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Die Handlungsgrundlage liefert der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes.

Im Rahmen unserer Tätigkeit in den Betrieben regen wir die Einführung eines systematischen betrieblichen Gesundheitsmanagements an und fördern die Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger. Betrieb und Beschäftigte profitieren von diesem ganzheitlichen und effizienten Ansatz. Der Aufbau von doppelten Strukturen wird vermieden.

Am Beginn des Prozesses stehen motivierende und sensibilisierende Maßnahmen. Dabei handelt es sich um Seminare im Themenbereich Arbeit und Gesundheit („Gesundes Führen“, „psychische Gesundheit im Betrieb“ etc.) und Gesundheits-Checks im Rahmen von Gesundheitstagen. Mittlerweile werden diese auch in digitaler Form als 3D-Gesundheitsparcours angeboten.

In einer ersten Beratung werden Ziele des Betriebs und grundlegende Rahmenbedingungen zur Durchführung des Angebots der IKK classic abgeglichen. Vorhandene Strukturen wie zum Beispiel ein Arbeitssicherheitsausschuss werden genutzt, um alle betrieblichen Akteure zusammenzubringen. Anhand des ermittelten Bedarfs werden Maßnahmen geplant und Interventionen in Form von Trainings für Führungskräfte und Beschäftigte durchgeführt. Die Trainings der IKK classic haben folgende Schwerpunkte:

- Reduzierung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag
- Stressmanagement und Ressourcenstärkung
- Gesunde Zusammenarbeit im Team
- Suchtprävention im Betrieb
- Speziell für Pflegekräfte: entlastende Kommunikation im Pflegealltag (Training empCare)

Nach den Interventionen wird zusammen mit dem Betrieb evaluiert, ob die gesteckten Ziele erreicht wurden oder welche weiteren Maßnahmen ggfs. ergriffen werden müssen. Eine Nachbetreuung nach dem gemeinsamen Projekt rundet den Prozess ab.

[Mehr zur Gesundheit im Betrieb erfahren →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Die Teilnahme am Programm ist für Betriebe und Beschäftigte grundsätzlich kostenlos. Der Erstkontakt erfolgt entweder durch die IKK classic oder der Betrieb meldet selbst Interesse am Programm an. Nach einem einleitenden Beratungsgespräch mit unserem IKK Gesundheitsmanager oder unserer IKK Gesundheitsmanagerin erfolgt die Bildung eines Steuerungskreises, der die gesundheitsfördernden Veränderungsprozesse plant und deren Umsetzung begleitet. Die Interventionen für Beschäftigte und Führungskräfte werden von qualifizierten Fachkräften der IKK classic durchgeführt. Durch unsere ständige Begleitung und Moderation wirken wir auf eine langfristige gesundheitsförderliche Umsetzung von Verhaltens- und Verhältnisänderungen im Betrieb hin.

Beschäftigte erhalten den BGM-Bonus in Höhe von 150 Euro, wenn sie am Training teilgenommen haben. Der Betrieb erhält 500 Euro BGM-Bonus, wenn mindestens drei IKK-versicherte Beschäftigte am Training teilgenommen haben und die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt wurden.

Prävention im privaten Umfeld

Prävention umfasst im Gesundheitswesen alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko einer Erkrankung zu verringern oder deren Auftreten zu verzögern.

Teilnehmende an den IKK Gesundheitskursen: **72.536**

Teilnehmende an den IKK Aktiv-Tagen: **6.135**

Teilnehmende an den IKK Online-Gesundheitskursen: **3.096**



Was ist Prävention?

Präventive Maßnahmen lassen sich nach dem Zeitpunkt, zu dem sie eingesetzt werden, der primären, der sekundären oder der tertiären Prävention zuordnen. Des Weiteren lassen sich präventive Maßnahmen im Hinblick darauf unterscheiden, ob sie beim individuellen Verhalten (Verhaltensprävention) oder bei den Lebensverhältnissen ansetzen (Verhältnisprävention).

Was leistet die IKK classic?

Im Rahmen der Primärprävention unterstützt die IKK classic finanziell die Teilnahme ihrer Versicherten an qualitätsgeprüften Gesundheitskursen aus den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Entspannung sowie zum Umgang mit Suchtmitteln. Die zertifizierten Angebote können von Erwachsenen sowie von Kindern ab sechs Jahren und Jugendlichen genutzt werden. Pro Kalenderjahr erhalten Versicherte bis zu 180 Euro für maximal zwei qualitätsgeprüfte IKK Gesundheitskurse, also bis zu 90 Euro pro Kurs. Voraussetzung ist, dass mindestens 80 Prozent der Trainingseinheiten besucht wurden. Onlinekurse müssen vollständig besucht werden. Qualitätsgeprüfte Kurse in Fitnessstudios und Sportvereinen können über die IKK classic finanziert werden, wenn zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag eine Teilnahmegebühr nachgewiesen wird.

Für Versicherte, die beruflich stark gefordert sind, im Schichtdienst arbeiten, unregelmäßige Arbeitszeiten haben oder die familiäre Situation es schwer macht, regelmäßig einen Kurs vor Ort zu besuchen, bietet die IKK classic die IKK Aktiv-Tage an. Die IKK Aktiv-Tage kombinieren einen Aufenthalt in einem Kurshotel und zwei qualifizierte Präventionskurse. Die Teilnahme an den zertifizierten Präventionskursen bezuschusst die IKK classic mit 90 Euro pro Kurs, also maximal 180 Euro pro Kalenderjahr. Kooperationspartner ist die Firma AKON Aktivkonzept. Begleitet werden die Teilnehmenden während des Aufenthaltes durch ein Team aus Physiotherapeuten, Diplom-Sporttherapeuten, Diplom-Sportlehrern, Oecotrophologen, Diätassistenten, Psychologen oder Gesundheitspädagogen.

[Zum Kursangebot der IKK classic →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Nach Abschluss eines IKK Gesundheitskurses stellt der Kursanbieter eine Teilnahmebestätigung aus, wenn der Kurs vollständig (bei Online-Angeboten) bzw. zu mindestens 80 Prozent besucht wurde. Diese Teilnahmebestätigung können Versicherte zur Erstattung bei der IKK classic einreichen. Die Erstattung erfolgt direkt an unsere Versicherten. Pro Jahr können zwei Kurse besucht werden.

Bei den IKK Aktiv-Tagen bezuschusst die IKK classic die Teilnahme für zwei Kursbausteine mit bis zu 180 Euro pro Kalenderjahr. Diesen Zuschuss leisten wir direkt an unseren Kooperationspartner. Der Versicherte überweist vor Kursbeginn lediglich den jeweiligen Eigenanteil an AKON Aktivkonzept. Mit der Teilnahme an den IKK Aktiv-Tagen kann kein weiterer Gesundheitskurs bezuschusst werden.

Über die Website, die IKK classic-App und die IKK Onlinefiliale bietet die IKK classic ihren Versicherten Onlinekurse aus allen Handlungsfeldern zur kostenlosen Nutzung an. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Kurse vollständig besucht werden. Die Teilnahme an den IKK Online-Gesundheitskursen wird auf die zwei Kursbesuche pro Jahr angerechnet.

Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen dienen dazu, eine bereits eingetretene Krankheit zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Sie können dabei helfen, eine bestehende Behinderung zu beseitigen beziehungsweise zu verbessern oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Beschwerden sollen gelindert und der Behandlungserfolg soll – beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt – langfristig erreicht und gesichert werden.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach Bedarf ambulant oder stationär erbracht.

Anzahl Anträge: **38.798**

Genehmigungsquote: **90 %**

Eingelegte Widersprüche: **1.164**

Widerspruchsquote: **3 %**



Was leistet die IKK classic?

Wir übernehmen die Kosten der Rehabilitationsmaßnahme und die notwendigen Fahr- und Reisekosten zu dieser Maßnahme abzüglich anfallender Eigenbeteiligungen.

[Zur Leistungsseite Rehabilitationskuren →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Sind zur Linderung von Beschwerden die ärztlichen Leistungen sowie die ambulanten Maßnahmen nicht ausreichend, erhalten Versicherte von uns unter bestimmten Voraussetzungen eine medizinische Rehabilitationsleistung. Sollte eine solche Leistung medizinisch erforderlich sein, stellt der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin ein Formular (Muster 61 Teil B-D) aus. Nach Vorlage bei uns übermitteln wir dann umgehend alle weiteren notwendigen Antragsunterlagen an unsere Versicherten. Sobald ein Antrag komplett ausgefüllt vorliegt, klären wir gegebenenfalls mit dem Medizinischen Dienst, ob und in welcher Einrichtung die Leistung durchgeführt werden kann.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl genehmigter Anträge: **35.012**

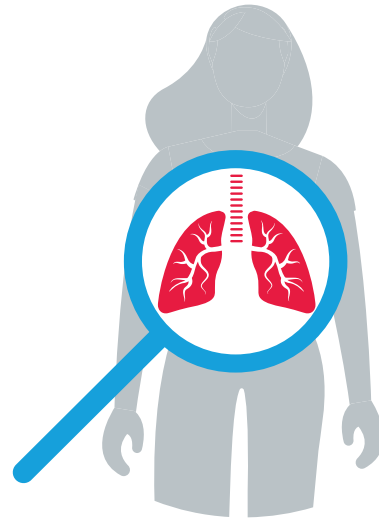
Anzahl abgelehnter Anträge: **3.786**

Ablehnungsquote: **10 %**

Vorsorgeleistungen

Medizinische Vorsorgeleistungen haben das Ziel, einer Schwächung der Gesundheit vorzubeugen, Krankheiten zu verhüten beziehungsweise deren Verschlimmerung zu vermeiden, eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern entgegenzuwirken.

Anzahl Anträge: **11.419**
Genehmigungsquote: **85 %**
Eingelegte Widersprüche: **468**
Widerspruchsquote: **4 %**



Was leistet die IKK classic?

Vorsorgeleistungen werden als ambulante und stationäre Vorsorgekuren erbracht.

Bei ambulanten Vorsorgekuren erbringen wir die medizinisch notwendigen Heilmittel vor Ort, die durch die Kurärztin bzw. den Kurarzt verordnet wurden. Die IKK classic trägt die Kosten der Heilmittel. Versicherte tragen lediglich einen Eigenanteil von zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung. Für Jugendliche unter 18 Jahren entfällt die Zuzahlung.

Zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe erhalten Versicherte von uns einen pauschalen Zuschuss von bis zu 100 Euro, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert. Bei chronisch kranken Kindern beträgt der Zuschuss 25 Euro täglich. Falls medizinisch erforderlich, ist im Allgemeinen nach drei Jahren erneut eine solche Vorsorgeleistung möglich.

Bei einer stationären Vorsorgekur übernimmt die IKK classic alle vertraglichen Kosten in der Einrichtung. Versicherte leisten lediglich eine Zuzahlung von zehn Euro täglich, Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von dieser Zuzahlung generell befreit.

[Zur Leistungsseite Vorsorgekur →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Wenn eine Behandlung am Wohnort nicht ausreichend ist, prüft die Ärztin bzw. der Arzt, ob eine ambulante Vorsorgekur zur Vorsorge zweckmäßig und notwendig ist. Ist diese Voraussetzung erfüllt und die Notwendigkeit einer ambulanten Vorsorgeleistung geklärt, erhalten Versicherte von uns einen entsprechenden Antrag für eine Vorsorgekur. Hat die ärztliche Praxis die ambulante Vorsorgeleistung auf dem Antrag bestätigt und verordnet, prüft die IKK classic gegebenenfalls gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst, ob diese Leistung durchgeführt werden kann.

Sollten ambulante medizinische Leistungen zur Vorbeugung beziehungsweise Vorsorge nicht ausreichen, erhalten Versicherte von uns unter bestimmten Voraussetzungen eine stationäre Vorsorgekur. In diesem Fall stellt die Arztpraxis ein Formular (Muster 61 Teil A – Beratung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation beziehungsweise zu weiteren Leistungen der Krankenkasse) oder eine formlose Bescheinigung zur Vorlage bei der IKK classic aus. Versicherte erhalten dann umgehend die notwendigen Antragsunterlagen von uns. Sobald der Antrag bei uns vorliegt, klären wir gegebenenfalls mit dem Medizinischen Dienst, ob und in welcher Einrichtung die Leistung durchgeführt werden kann.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl genehmigter Anträge: **9.668**

Anzahl abgelehnter Anträge: **1.751**

Ablehnungsquote: **15 %**

Widersprüche und Klagen

Mit einem Widerspruch bringen Kundinnen und Kunden zum Ausdruck, dass sie mit einer ihre Belange betreffenden Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden sind. Das Widerspruchsverfahren dient der Überprüfung der Entscheidung der Krankenkasse.

Widerspruchsverfahren 2023

Als Widersprüche des Berichtsjahres gelten die im Berichtsjahr erledigten Widersprüche, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der Widerspruch eingelegt wurde (KV: Krankenversicherung, PV: Pflegeversicherung).

Anzahl Widersprüche KV: **13.569**

Anzahl Widersprüche KV je 100.000 Versicherte: **445**

Anzahl Widersprüche PV: **11.651**

Anzahl Widersprüche PV je 100.000 Versicherte: **382**

Klagverfahren 2023

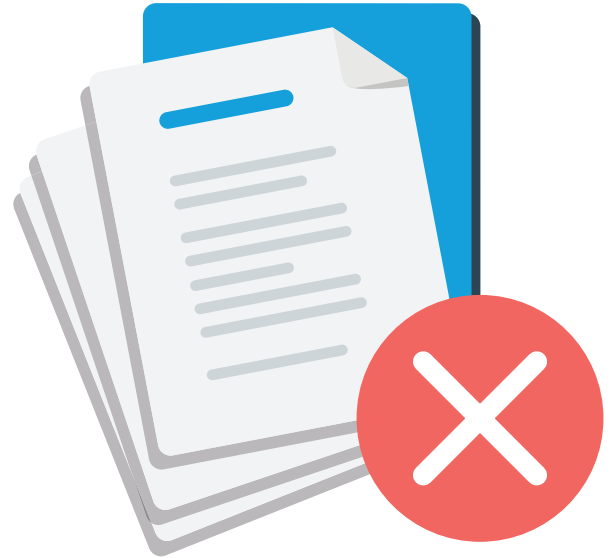
In die Ermittlung dieser Kennzahl fließen sämtliche im Berichtsjahr rechtskräftig entschiedene Klagen gegen die Krankenkasse ein, mit denen ein Widerspruchsbescheid in der Hauptsache angefochten wurde (KV: Krankenversicherung, PV: Pflegeversicherung).

Anzahl Klagen KV: **670**

Anzahl Klagen KV je 100.000 Versicherte: **22**

Anzahl Klagen PV: **308**

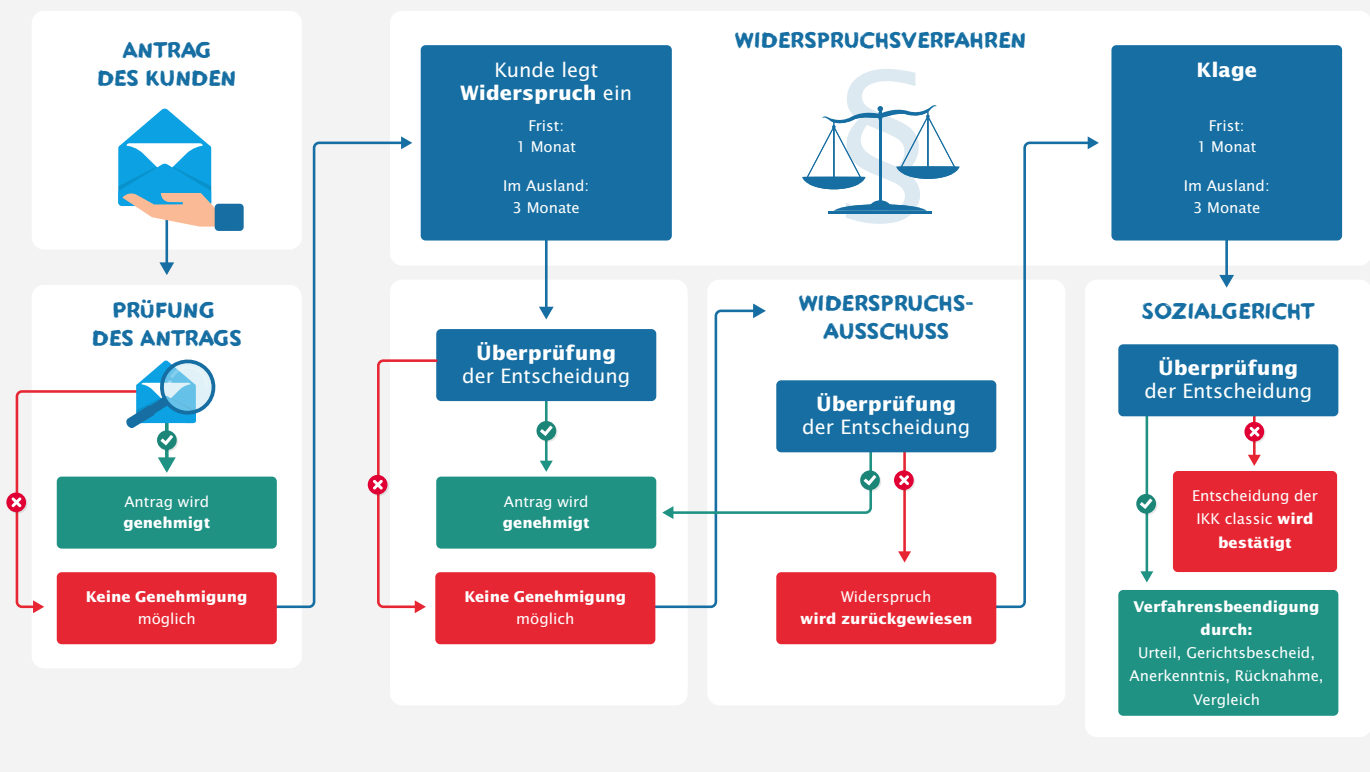
Anzahl Klagen PV je 100.000 Versicherte: **10**



Wie ist der Ablauf eines Widerspruchs?

Kundinnen und Kunden, die mit einer sie betreffenden Entscheidung nicht einverstanden sind, können innerhalb eines Monats nach Empfang des Bescheides Widerspruch bei der IKK classic einlegen. Wir überprüfen dann eingängig unsere ursprüngliche Entscheidung. Hierfür ist es hilfreich, genau zu schildern, warum der Entscheidung widersprochen wird, also warum z. B. eine abgelehnte Leistung notwendig ist. Bei Bedarf wird ein spezieller Widerspruchsausschuss hinzugezogen.

Wird der Widerspruch vom Widerspruchsausschuss zurückgewiesen, besteht für Versicherte die Möglichkeit, innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einzureichen.



Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor (KV: Krankenversicherung, PV: Pflegeversicherung).

Anzahl erfolgreicher Widersprüche KV: **5.133**
Anzahl erfolgreicher Widersprüche KV je 100.000 Versicherte: **168**
Anzahl Widersprüche KV ohne Erfolg: **4.850**
Anzahl Widersprüche KV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: **159**
Anzahl zurückgenommener Widersprüche KV: **3.340**
Anzahl zurückgenommener Widersprüche KV je 100.000 Versicherte: **109**
Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche KV: **246**
Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche KV je 100.000 Versicherte: **8**

Anzahl erfolgreicher Widersprüche PV: **3.867**
Anzahl erfolgreicher Widersprüche PV je 100.000 Versicherte: **127**
Anzahl Widersprüche PV ohne Erfolg: **3.273**
Anzahl Widersprüche PV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: **107**
Anzahl zurückgenommener Widersprüche PV: **4.306**
Anzahl zurückgenommener Widersprüche PV je 100.000 Versicherte: **141**
Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche PV: **205**
Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche PV je 100.000 Versicherte: **7**

Anzahl erfolgreicher Klagen KV: **21**
Anzahl erfolgreicher Klagen KV je 100.000 Versicherte: **0,7**
Anzahl Klagen KV ohne Erfolg: **146**
Anzahl Klagen KV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: **5**
Anzahl Klagen KV, die zurückgenommen wurden: **346**
Anzahl Klagen KV, die zurückgenommen wurden je 100.000 Versicherte: **11**
Anzahl Klagen KV, die auf sonstige Art erledigt wurden: **62**
Anzahl Klagen KV, die auf sonstige Art erledigt wurden je 100.000 Versicherte: **2**
Anzahl Klagen KV mit Anerkenntnis: **95**
Anzahl Klagen KV mit Anerkenntnis je 100.000 Versicherte: **3**

Anzahl erfolgreicher Klagen PV: **3**
Anzahl erfolgreicher Klagen PV je 100.000 Versicherte: **0,01**
Anzahl Klagen PV ohne Erfolg: **34**
Anzahl Klagen PV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: **1**
Anzahl Klagen PV, die zurückgenommen wurden: **143**
Anzahl Klagen PV, die zurückgenommen wurden je 100.000 Versicherte: **5**
Anzahl Klagen PV, die auf sonstige Art erledigt wurden: **40**
Anzahl Klagen PV, die auf sonstige Art erledigt wurden je 100.000 Versicherte: **1**
Anzahl Klagen PV mit Anerkenntnis: **88**
Anzahl Klagen PV mit Anerkenntnis je 100.000 Versicherte: **3**

Zahnersatz

Manchmal reicht eine Füllung nicht mehr aus, um einen Schaden an einem Zahn zu beheben. Der Zahnersatz bietet hier verschiedene Möglichkeiten, die Ästhetik und Gesundheit des Mundraums zu erhalten. Unter Zahnersatz versteht man zum Beispiel Kronen, Brücken und Vollprothesen sowie Implantate.

Anzahl Anträge: **477.141**
Genehmigungsquote: **91 %**
Eingelegte Widersprüche: **111**
Widerspruchsquote: **0,02 %**



Was leistet die IKK classic?

Die Kosten für die Zahnersatzbehandlung durch die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt und die zahntechnische Leistung darf die IKK classic nur anteilig erstatten. Die IKK classic bezuschusst die Kosten für die Behandlung mit einem festen Betrag – dem sogenannten Festzuschuss.

Versicherte erhalten einen Festzuschuss in Höhe von 60 Prozent der Kosten der Regelversorgung. Für alle, die ihr Bonusheft gepflegt haben, erhöht sich der Festzuschuss nach fünf Jahren auf 70 Prozent und nach zehn Jahren sogar auf 75 Prozent der Kosten der Regelversorgung. Regelmäßige Vorsorge bedeutet: Erwachsene gehen mindestens einmal jährlich zum Zahnarzt, Jugendliche bis 18 Jahre einmal halbjährlich.

[Zur Leistungsseite Zahnersatz →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Zunächst stellt die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan mit dem Befund aus, der an uns elektronisch übermittelt wird. Die Versicherten erhalten alle Informationen zur Therapie, den Kosten und der voraussichtlichen Höhe des Bonus schriftlich von der Zahnarztpraxis ausgehändigt. Auf Basis des Befunds wird die Regelversorgung und somit die Höhe des Festzuschusses festgelegt.

Bei der Regelversorgung zieht die zahnärztliche Praxis nach Abschluss der Zahnersatzbehandlung den Festzuschuss von der Gesamtrechnung ab, unsere Versicherten zahlen nur noch den Eigenanteil.

Bei einer andersartigen Versorgung legen Versicherte die Rechnung ihrer IKK classic vor und erhalten von dort den Festzuschuss.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl bewilligter Anträge: **434.597**

Anzahl abgelehnter Anträge: **42.544**

Ablehnungsquote: **9 %**