

Für Transparenz und Evidenz bei Datenauswertungen durch Krankenkassen

Forderungen des Verbraucherzentrale Bundesverbands zur
versichertenfreundlichen Ausgestaltung von § 25b SGB V

30. September 2026

Verbraucherrelevanz

Auf Basis von § 25b des Fünften Buchs Sozialgesetzbuchs (SGB V) dürfen Kranken- und Pflegekassen seit 2024 die ihnen vorliegenden Daten systematisch auswerten, um ihre Versicherten auf individuelle Gesundheitsrisiken anzusprechen, soweit diese nicht widersprochen haben. Ob Versicherte von derartigen Hinweisen tatsächlich profitieren, hängt entscheidend davon ab, wie es um die Qualität der zugrunde liegenden Daten steht und wie die Krankenkassen über mögliche Gesundheitsrisiken informieren. Abrechnungsdaten enthalten immer wieder Fehler. Betroffene können sie, wenn überhaupt, nur mit erheblichem Aufwand berichtigen. Zudem gibt es keine verbindlichen Standards für die Risikohinweise der Krankenkassen. Für Verbraucher:innen kann das spürbare Folgen haben: Missverständliche Hinweise können für gefährliche Verunsicherung sorgen, beispielsweise bei der Medikamenteneinnahme. Fehlerhafte Warnungen können dazu führen, dass Versicherte sich unnötigen Untersuchungen und Behandlungen unterziehen. Nicht zuletzt ergeben sich für die Krankenkassen problematische Interessenskonflikte mit ihrer Rolle als Kostenträger. Für Versicherte steht zu befürchten, dass Krankenkassen aus ihren Daten Risikoprofile erstellen und sie unzulässig benachteiligen. Mangelhafte Vorgaben, wie Krankenkassen über ihre Auswertungsprogramme informieren müssen, machen es für Versicherte zudem schwer, sich einen Überblick über die Auswertungen zu verschaffen und von ihren Betroffenenrechten Gebrauch zu machen.

Versicherte auswählen lassen

Eine Datenverarbeitung durch Kranken- und Pflegekassen und eine individuelle Ansprache nach § 25b SGB V sollte grundsätzlich nur nach vorheriger ausdrücklicher Einwilligung der Versicherten erfolgen dürfen (Opt-in). Mindestens bedarf es jedoch einer gesetzlichen Konkretisierung bezüglich der bestehenden Widerspruchslösung: So stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung klar, dass Versicherte sowohl gegen die Auswertungen gemäß § 25b Absatz 1 SGB V insgesamt als auch gegen die einzelnen in § 25b Absatz 1 SGB V aufgeführten Ziffern Widerspruch erklären können (Opt-out).¹ Das jedoch setzen nicht alle Krankenkassen um. So heißt es bei einer Krankenkasse: „Bitte beachten Sie, dass Sie damit der Datenauswertung für alle oben festgelegten Zwecke widersprechen.“² Im Widerspruchsformular einer anderen Krankenkasse fehlt die Option eines differenzierten Widerspruchs.³ Deshalb sollte gesetzlich klargestellt und aufsichtsrechtlich sichergestellt werden, dass der Widerspruch auf einzelne Nutzungszwecke beschränkt werden kann. Zudem sollte ein Widerspruch, anders als heute, bei einem zukünftigen Krankenkassenwechsel automatisch übertragen werden, um den Versicherten unnötigen Aufwand zu ersparen.

Wirklichkeitsnah informieren

Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten vor Beginn der Datenauswertung nach § 25b SGB V zu informieren. Wie sie das tun, hat der Gesetzgeber ihnen überlassen. Bei der Information über den Beginn der Datenauswertung setzen sie hauptsächlich auf die Website und das Mitgliedermagazin. Das ist zwar kostengünstig, macht es aber sehr unwahrscheinlich, dass die Information über die Datenauswertung und ihre Rechte die Versicherten zuverlässig erreicht. Denn die große Mehrheit der gesetzlich Versicherten (71 Prozent) besucht die Website ihrer Krankenkasse maximal einmal im Jahr.⁴ Widerspruchsquoten von unter einem Promille⁵ machen dies offensichtlich, denn sie sind unrealistisch niedrig: Relevante Umfragen zur Bereitschaft, Daten zu teilen, lassen beachtliche Widerspruchsraten erwarten. So sind drei von vier Befragten (76 Prozent) nicht oder nur mit Einschränkungen bereit, Gesundheitsdaten mit ihrer Krankenkasse zu teilen.⁶ Konkret auf die datengestützten Auswertungen nach § 25b SGB V angesprochen, wollten

¹ BAS: [FAQ zu Datenauswertungen gem. § 25b SGB V](#), 2025

² SBK: [Versorgung individueller gestalten: Durch die verbesserte Nutzung von Gesundheitsdaten](#), abgerufen am 10. September 2026

³ R+V BKK: [Widerspruch Gesundheitsdatennutzung](#), abgerufen am 10. September 2026

⁴ vzbv: [Beitrag steigt, Kasse schweigt: Mehrheit kennt Wegfall der Informationspflicht nicht](#), 2026

⁵ GKV-SV: [Erste Erkenntnisse zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken: Überblick zu bisherigen Umsetzungsprojekten der Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage von § 25b SGB V](#), 2026, S. 2

⁶ mkk: [forsa-Umfrage: Prävention erreicht viele nicht](#), 2026

knapp vier von zehn Befragten (38 Prozent) von ihrem Recht auf Widerspruch Gebrauch machen.⁷ Die damalige Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) hat die Bedeutung einer wirklichkeitsnahen Information der Versicherten im einschlägigen Rundschreiben dargelegt: „Zu berücksichtigen wird dabei sein, dass selbst Versicherte, die digitale Dienste nutzen, allenfalls äußerst selten die Internetpräsenz ihrer Krankenkasse besuchen dürften. Sogenannte ‚Offliner‘ und vulnerable Gruppen werden durch diese Informationsmaßnahme gar nicht erreicht. Ein Informationskanal, der die Sphäre der Versicherten nicht erreichen kann, ist nicht geeignet. (...) Entscheidend ist, dass für jeden Betroffenen zumindest die wirklichkeitsnahe Möglichkeit besteht, durch einen Baustein der Informationsmaßnahme tatsächlich erreicht zu werden.“⁸ Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) erfüllt den vorhandenen Bedarf einer wirklichkeitsnahen Information insbesondere eine initiale versichertenindividuelle Information durch Krankenkassen über die Möglichkeiten nach § 25b SGB V sowie die Rechte der Versicherten. Auch der Bundesrat forderte dies in seiner Stellungnahme zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG, Bundesratsdrucksache 434/23).⁹

In den Informationen der Krankenkassen sollten neben möglichen Chancen unbedingt auch etwaige Risiken von Auswertungen auf Basis von Abrechnungsdaten ausgewogen dargestellt werden, insbesondere die Möglichkeit von Fehlern in den Daten und bei deren Interpretation sowie die daraus resultierenden Konsequenzen wie unnötige Diagnostik und Eingriffe. Dabei muss sichergestellt werden, dass sich die Mängel aus der unzureichenden Versicherteninformation über die elektronische Patientenakte (ePA)¹⁰ nicht wiederholen.

Risikokommunikation standardisieren

Der vzbv hat bei einigen der Krankenkassen, die Auswertungen nach § 25b SGB V aufgenommen haben, Unsicherheiten und Verstöße festgestellt. So war beispielsweise die verpflichtende Übermittlung der Risikohinweise in Textform unterblieben oder es fehlten gesetzlich vorgeschriebene Hinweise in den Versichertenanschriften. Verbraucher:innen können in solchen Fällen die ihnen zustehenden Widerspruchs- und Auskunftsrechte nicht wahrnehmen und sie können die Risikohinweise unter Umständen nicht sinnvoll mit der Ärztin/dem Arzt ihres Vertrauens besprechen.

Um Verunsicherungen bei den Versicherten zu vermeiden, braucht es standardisierte, neutrale Anschriften. Diese sollten vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und den Maßgeblichen Patientenorganisationen sowie unter Einbezug von Expert:innen für Risikokommunikation

⁷ Deloitte: Repräsentative Umfrage zur Digitalisierung im Gesundheitswesen 2025, 2025, S. 13

⁸ BfDI: Rundschreiben zu den Informationspflichten der Kranken- und Pflegekassen hinsichtlich des Widerspruchsrechts im Rahmen der datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen nach § 25b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), 2025, S. 3

⁹ Bundesrat: Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz - GDNG), 2023, S. 14

¹⁰ vzbv: Elektronische Patientenakte: Krankenkassen informieren unzureichend, 2024

entwickelt werden. Die Datengrundlage, auf deren Basis ein Risikohinweis ausgesprochen wird, sollte standardmäßig mitübermittelt werden müssen, nicht erst auf Anfrage. Auch für die ergänzende telefonische Kontaktaufnahme sollten unter Einbezug des Bundesamts für Soziale Sicherung und den Maßgeblichen Patientenorganisationen standardisierte Gesprächsleitfaden entwickelt werden. Denn die Krankenkassen sollten Verbraucher:innen nicht mit vermeintlichen Schockdiagnosen überrumpeln, verunsichern und verängstigen. Und es führt zu neuen Problemen, wenn die Versicherten das Medizinsystem auf unsicherer Datengrundlage in Anspruch nehmen.

Transparenz schaffen

Aufgrund der möglichen negativen Auswirkungen ist es entscheidend, dass größtmögliche Transparenz über die Datennutzung durch Krankenkassen im Rahmen von § 25b SGB V hergestellt wird. Die vorherige Anzeigepflicht gegenüber der Aufsicht sollte beibehalten und keinesfalls durch eine jährliche Meldung ersetzt werden, wie von einzelnen Abgeordneten vorgeschlagen.¹¹ Krankenkassen sollten auch Transparenz darüber schaffen müssen, welche Auswertungen in der Vergangenheit vorgenommen worden sind. Dies sollte sowohl auf der Homepage¹² der Kassen als auch in einer zentralen Übersicht, zum Beispiel auf der Homepage des BAS oder auch des GKV-SV, erfolgen. Weiterhin sollten die jährlichen Berichte des GKV-SV an das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 25b Absatz 8 SGB V veröffentlicht werden müssen.

Auswirkungen evaluieren

Datengrundlage für Auswertungen nach § 25b SGB V sind Abrechnungsdaten. Auf deren Basis ist Versorgungssteuerung jedoch nur sehr eingeschränkt machbar: Es ist völlig unklar, auch aus Sicht der Bundesärztekammer (BÄK)¹³, inwieweit die Datengrundlage der Krankenkassen ausreichend ist, um daraus Krankheitseintrittswahrscheinlichkeiten zu berechnen und diese zuverlässig auf den Einzelfall zu übertragen. Auch der Bundesrat warnt in seiner Stellungnahme zum GDNG in Bezug auf Abrechnungsdaten vor einem „Auseinanderfallen von Daten- und Gesundheitslage“¹⁴ der Patient:innen: Abrechnungsdaten liefern nicht notwendigerweise ein zutreffendes Bild über den tatsächlichen Gesundheitszustand einer Person. Rückmeldungen von Verbraucher:innen zeigen, dass die in den Abrechnungsdaten enthaltenen Informationen immer wieder falsch oder veraltet

¹¹ vgl. Gunnar Göpel: Unterstützung für § 25b-Reform, aber auch offene Fragen, Tagesspiegel Background, 2026

¹² vgl. KKH: Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken: Welche Risiken werten wir aus bzw. haben wir ausgewertet?, abgerufen am 10. September 2026

¹³ BÄK: Gesundheitsdatennutzungsgesetz: Datennutzung praktikabel gestalten, 2023

¹⁴ Bundesrat: Stellungnahme des Bundesrates Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz - GDNG), 2023, S.10

sind. Der erste Bericht des GKV-SV¹⁵ geht auf diese Herausforderung nicht ein, erfüllt auch sonst nicht die Standards einer unabhängigen Evaluation und ist insgesamt völlig ungeeignet als Grundlage für eine Entscheidung über den Fortbestand oder gar eine Weiterentwicklung der datengestützten Auswertungen. Wenn keine patientenrelevanten Endpunkte betrachtet werden, sind auch keine Aussagen über den Mehrwert für Patient:innen wie Versorgungsqualität und -effizienz möglich.

Krankenkassen müssen, sofern sie im Rahmen ihrer Auswertungen ein vermeintliches Risiko identifizieren, alle betroffenen Versicherten auf dieses hinweisen. Dies wiederum zieht zwangsläufig viele vermeidbare Arztkontakte, Untersuchungen und Behandlungen nach sich, führt also zur Medikalisierung und kann einen regelrechten Alarmismus auslösen.¹⁶

Auswertungsverfahren sollten aus den genannten Gründen unter wissenschaftlicher Begleitung evaluiert werden, mindestens bei ihrer ersten Anwendung. Das Verfahren der Datenauswertung und das Ergebnis der Evaluation sollten anschließend für andere Krankenkassen transparent gemacht werden. Orientierung bieten können auch die Ergebnisse der vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekte wie PräErKo25b, ClaimsBERT oder ROKAVI sowie des ReguLab der BfDI bieten. Auswertungen mit positivem Evaluationsergebnis sollten dann auch von anderen Krankenkassen durchgeführt werden dürfen. Dieses Vorgehen könnte sowohl dafür sorgen, dass nur evidenzbasierte Auswertungen erfolgen, als auch dafür, dass § 25b SGB V eine breitere Anwendung findet als bisher.

Datengrundlage nicht voreilig ausweiten

Wenn die Grenzen zwischen Kostenträgerschaft und aktiver Versorgungssteuerung verschwimmen, steht zu befürchten, dass Krankenkassen neue Kompetenzen für versorgungsferne, betriebswirtschaftliche Zwecke nutzen. So könnten Krankenkassen versucht sein, Deckungsbeitragsoptimierung zu betreiben. Versicherten mit einem „schlechten“ Risiko könnte zum Beispiel nahegelegt werden, einen Antrag auf Pflegegrad zu stellen, um Kosten in die solidarisch finanzierte Pflegeversicherung zu verlagern. Noch problematischer wäre es, wenn die Datenauswertungen (verbotenerweise) zur Erstellung individueller Gesundheitsprofile der Versicherten¹⁷ und darauf basierender Diskriminierungen, beispielsweise im Rahmen von Genehmigungsprozessen und Unterschieden in der Bearbeitungsgeschwindigkeit genutzt würden. Vor diesem Hintergrund ist dem Wunsch der Krankenkassen nach weitreichenderen Möglichkeiten und Datenzugriffen, beispielsweise auf die ePA, wie er gerade im Zuge des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen angedacht wird, eine klare Absage zu erteilen.

¹⁵ GKV-SV: Erste Erkenntnisse zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken: Überblick zu bisherigen Umsetzungsprojekten der Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage von § 25b SGB V, 2026

¹⁶ vgl. Deutscher Bundestag: Antrag der Fraktion der CDU/CSU: Präventionsprävention stärken – Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung erhalten, 2024, S. 2

¹⁷ vgl. BfDI: Rundschreiben zu den Informationspflichten der Kranken- und Pflegekassen hinsichtlich des Widerspruchsrechts im Rahmen der datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen nach § 25b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), 2025, S. 4

Das gilt nicht zuletzt, weil auch das Vertrauen der Versicherten maßgeblich auf dem Grundsatz „Meine Kasse weiß nicht, was in meiner ePA steht“ basiert und Schaden nehmen würde.

Fazit

Gesetzgeber und Krankenkassen sollten folgende Schritte unternehmen, um die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken nach § 25b SGB V versichertenfreundlich auszugestalten:

- Opt-in statt Opt-out als Grundlage für die Auswertungen nutzen,
- Wahlmöglichkeiten nach Nutzungszweck differenzieren und Wahlentscheidung bei Krankenkassenwechsel übertragen,
- Versicherte wirklichkeitsnah und neutral über § 25b SGB V und ihre Rechte informieren,
- standardisierte Risikohinweise und Gesprächsleitfaden entwickeln und Expertise der Maßgeblichen Patientenorganisationen einbinden,
- Transparenz über laufende und abgeschlossene Projekte durch zentrale Übersicht schaffen,
- unabhängig und anhand patientenrelevanter Endpunkte evaluieren, für welche Auswertungen Abrechnungsdaten geeignet sind, und Nutzungszwecke dahingehend anpassen,
- Datengrundlage nicht voreilig ausweiten.

Impressum

Herausgegeben von:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin

T +49 30 25800-0
gesundheit@vzbv.de
vzbv.de

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge [hier](#) und [hier](#).