Verbraucherzentrale
Bundesverband

Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung

Erfahrungsberichte von Verbraucher:innen

26. November 2026

Verbraucherrelevanz

Abrechnungsdaten dokumentieren die gegenüber den Krankenkassen abgerechneten Untersuchungen und Behandlungen der Versicherten. Ihrer Richtigkeit kommt eine hohe Bedeutung zu, da diese Daten inzwischen nicht nur zu Abrechnungszwecken genutzt werden, sondern auch als Grundlage dienen, um Versicherte auf individuelle Gesundheitsrisiken anzusprechen.[1] Im Rahmen eines Verbraucheraufrufs des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) zur elektronischen Patientenakte (ePA) können Verbraucher:innen Erfahrungen mit möglichen Fehlern und Unstimmigkeiten in ihren Abrechnungsdaten melden.[2] Solche fehlerhaften Einträge können zum einen zu unzutreffenden gesundheitlichen Rückschlüssen führen und zum anderen beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung oder anderen Versicherungen (zum Beispiel einer Berufsunfähigkeitsversicherung) nachteilig sein.

[1] Vgl. § 25b SGB V.

[2] Der Verbraucheraufruf ist weiterhin aktiv und aufrufbar unter https://www.verbraucherzentrale.de/elektronische-patientenakte-epa-schildern-sie-ihre-erfahrungen-107367 (Stand: 05. November 2026).

Methodik

An dem Verbraucheraufruf zur ePA gab es zwischen dem 2. März und dem 29. Oktober 2026 insgesamt 373 Teilnahmen. Im Rahmen des Aufrufs wurde auch nach möglichen Unstimmigkeiten in den Abrechnungsdaten gefragt. Als Unstimmigkeiten wurden dabei insbesondere solche Fälle verstanden, in denen in den Abrechnungsdaten Leistungen oder Behandlungen dokumentiert waren, die nach Angaben der Verbraucher:innen nicht erbracht wurden, oder Diagnosen aufgeführt wurden, die unzutreffend waren.

Ergebnisse

Probleme beim Zugang zu Abrechnungsdaten und deren Darstellung in der ePA

Bereits der Zugang zu den Abrechnungsdaten stellte für Verbraucher:innen mitunter eine Herausforderung dar. So berichteten Verbraucher:innen, dass ihre Abrechnungsdaten entweder nicht auffindbar waren oder in der ePA nicht oder nicht vollständig zur Verfügung standen. Darüber hinaus kritisierten Verbraucher:innen teilweise die Verständlichkeit und Aktualität der bereitgestellten Daten. Nach ihren Angaben erschwerten Diagnosekürzel und Fachbegriffe die Einordnung der Informationen, weiterhin fehlten ihnen mitunter Kostenangaben zu den einzelnen Leistungen. Zudem wurde berichtet, dass Abrechnungsdaten teilweise erst längere Zeit nach einer Behandlung verfügbar waren.

Grundsätzlich können Versicherte ihre Abrechnungsdaten über die ePA oder als Patientenquittung bei ihrer Krankenkasse einsehen, die konkrete Ausgestaltung kann sich jedoch zwischen den Krankenkassen unterscheiden.[3] Die Debeka BKK gibt beispielsweise auf ihrer Webseite an, dass die Kosten für eine Behandlung in den Abrechnungsdaten nicht aufgeführt werden.[4] Da vertragsärztliche Leistungen quartalsweise abgerechnet werden und Krankenkassen die Daten unterschiedlich aktualisieren, können einzelne Einträge erst mit zeitlicher Verzögerung sichtbar werden.[5]

---

[3] Vgl. KV Berlin (22.09.2025): Praxis News, verfügbar unter: https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/pn-250922 (zuletzt eingesehen am 22.10.2026)

[4] Vgl. Debeka-BKK (o. D.): Die elektronische Patientenakte. Ihre Fragen. Unsere Antworten., verfügbar unter: https://www.debeka-bkk.de/services/elektronische-patientenakte-epa/elektronische-patientenakte-epa-ausfuehrlich/faq-zur-epa/ (zuletzt eingesehen am 05.11.2026)

[5] Vgl. DAK (o. D.): Patientenquittung, verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/leistungen/patientenquittung_53476 (zuletzt eingesehen am 22.10.2026) sowie KVBB (07.06.2024): Vergütung Fachärzte, verfügbar unter: https://www.kvbb.de/praxis/praxiswissen/abrechnung-honorar/grundlagen/verguetung-fachaerzte (zuletzt eingesehen am 02.10.2026)

Nicht nachvollziehbare Diagnosen

Neben diesen Schwierigkeiten beim Zugang und der Einordnung der Daten schilderten Verbraucher:innen auch inhaltliche Unstimmigkeiten in den Abrechnungsdaten. Dabei ging es sowohl um Diagnosen, die aus Sicht der Betroffenen nicht nachvollziehbar oder unzutreffend waren, als auch um Leistungen und Behandlungen, die nach Angaben der Verbraucher:innen nicht erbracht worden waren.

Die in den Abrechnungsdaten enthaltenen Diagnosen dienen in erster Linie der Vergütung im vertragsärztlichen Abrechnungssystem. Dabei werden Diagnosen anhand des ICD-10-GM (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, German Modification) dokumentiert. Die Codes bestehen in der Regel aus einem Buchstaben und einer Zahlenkombination und können durch zusätzliche Kennzeichen ergänzt werden.[6] Diese geben beispielsweise an, ob eine Diagnose gesichert, als Verdachtsdiagnose dokumentiert oder ausgeschlossen wurde.[7]

Fehlen die entsprechenden Zusatzkennzeichen in den Abrechnungsdaten, ist für Versicherte nicht erkennbar, ob eine Diagnose lediglich vermutet, bereits bestätigt oder ausgeschlossen wurde. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Diagnosen im Abrechnungssystem auch dazu dienen, medizinische Untersuchungen, Behandlungen oder Nachsorgemaßnahmen zu begründen und gegenüber den Krankenkassen abrechnen zu können.

Verbraucher:innen berichteten in diesem Zusammenhang, dass in ihren Abrechnungsdaten Diagnosen aufgeführt waren, die sie sich nicht erklären konnten. Dazu zählten etwa Einträge zu psychischen Erkrankungen aus gynäkologischen Praxen oder Diabetesdiagnosen, von denen die Betroffenen nach eigener Aussage keine Kenntnis hatten.

So berichtet eine Person aus Rheinland-Pfalz:

> „Mein Hausarzt rechnet zwei […] Dauerdiagnosen ab, die ich nicht habe (bösartige Neubildung Darm und chronische Bronchitis). Nach Angaben der [medizinischen Fachangestellten] bereits seit [mehr als 10 Jahren].“

Ferner wurde unter anderem auch geschildert, dass Diagnosen aus zurückliegenden Behandlungen weiterhin in den aktuellen Abrechnungsdaten erschienen, obwohl die zugrunde liegende Erkrankung beziehungsweise Diagnose in der Form nicht mehr zutreffend war. Eine Person gab an, in ihrer Akte die Diagnose F17 gefunden zu haben. Diese steht für psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak. Die betroffene Person erklärte, seit mehr als 20 Jahren nicht mehr geraucht zu haben.

Finden Versicherte in ihren Abrechnungsdaten aus ihrer Sicht fehlerhafte Diagnosen oder Leistungsangaben, können diese grundsätzlich mit ärztlichem Nachweis korrigiert werden. Verbraucherrückmeldungen zufolge gestaltet sich die Berichtigung fehlerhafter Diagnosen und

---

[6] Vgl. Gesund.bund (o.D): ICD- und OPS-Codes. Was sind ICD- und OPS-Codes, verfügbar unter: https://gesund.bund.de/was-sind-icd-und-ops-codes (zuletzt eingesehen am 22.10.2026)

[7] Neben den Zusatzkennzeichen A (ausgeschlossene Diagnose), G (gesicherte Diagnose) und V (Verdachtsdiagnose) gibt es auch das Zusatzkennzeichen Z. Dieses kennzeichnet den Zustand nach einer früheren Erkrankung oder Diagnose.

Leistungsangaben jedoch nicht immer einfach. So schilderte eine Verbraucher:in, dass sie auf die Rückfrage, wie die Diagnose einer psychischen Erkrankung im Rahmen einer Feindiagnostik-Untersuchung während der Schwangerschaft zustande gekommen sei, von der Ärztin die Antwort erhalten habe, dass diese Angabe beziehungsweise Diagnose bei allen ihren Patient:innen vermerkt werde. Andere Verbraucher:innen berichteten von Schwierigkeiten bei der Korrektur von Diagnosen, etwa weil die in den Abrechnungsdaten aufgeführten Ärzt:innen nicht mehr tätig seien oder weil Leistungen von Ärzt:innen aufgeführt seien, bei denen sie nach eigener Aussage nie in Behandlung gewesen waren.

Fehlerhaft abgerechnete Behandlungen

Neben den Diagnosen bezogen sich Verbraucherrückmeldungen auch auf in den Abrechnungsdaten aufgeführte Behandlungen. Verbraucher:innen schilderten beispielsweise, dass Leistungen dokumentiert waren, die nach ihren Angaben nicht erbracht worden seien. Genannt wurden unter anderem Zahnsteinentfernungen, Röntgenuntersuchungen, Stuhluntersuchungen, Arztgespräche oder jährliche Hautkrebsscreenings.
Dies illustriert folgende Verbraucherschilderung aus Baden-Württemberg:

> „[…] [M]ein Zahnarzt hat 2025 einmal Röntgen abgerechnet. Ich wurde in diesem Jahr bei der Vorsorgeuntersuchung aber nicht geröntgt. Wenn ich ihn damit konfrontiere, bekomme ich keinen Termin mehr. Man muss ja froh sein, überhaupt noch versorgt zu werden. Ich habe das aber anonym meiner Krankenkasse mitgeteilt.“

In einem Fall wurde berichtet, ausschließlich für eine Corona-Schutzimpfung eine Zahnarztpraxis aufgesucht zu haben. Den Abrechnungsdaten zufolge sei neben der Impfung auch eine zahnärztliche Untersuchung dokumentiert worden. In einem weiteren Fall sei in einer Zahnarztpraxis eine Hilfeleistung bei Kollaps oder Ohnmacht abgerechnet worden, obwohl es nicht zu so einem Vorfall gekommen sei.

Zudem berichteten Verbraucher:innen von Diagnosen in ihren Abrechnungsdaten, die im Zusammenhang mit selbst gezahlten Untersuchungen (Selbstzahlerleistungen) standen. So wurde von einem selbst gezahlten Vitamin-D-Test berichtet, in dessen Zusammenhang ein Vitaminmangel in den Abrechnungsdaten dokumentiert wurde. Eine Verbraucherin schilderte zudem, dass nach einem als Selbstzahlerleistung durchgeführten gynäkologischen Ultraschall fälschlicherweise eine Endometriose-Diagnose in ihren Abrechnungsdaten aufgeführt gewesen sei.

Fazit und politische Ableitungen

Abrechnungsdaten können das gesundheitliche Versorgungsgeschehen für Versicherte transparenter machen. Sie können Auskunft darüber geben, welche Leistungen erbracht, welche Diagnosen dokumentiert und welche Kosten abgerechnet wurden. Die Rückmeldungen aus dem Verbraucheraufruf des vzbv zeigen jedoch, dass diese Daten für Versicherte häufig schwer verständlich sind und teilweise Fehler enthalten. Da Abrechnungsdaten zudem über die eigentliche

Leistungsabrechnung hinaus für Forschungszwecke, den morbiditätsorientieren Risikostrukturausgleich[8] sowie für die Identifikation individueller Gesundheitsrisiken genutzt werden, können fehlerhafte Einträge erhebliche Folgen für Versicherte haben. Sie können etwa zu Fehleinschätzungen von Gesundheitsrisiken, unnötiger Verunsicherung oder Nachteilen bei Versicherungsabschlüssen führen.

Vor diesem Hintergrund fordert der vzbv:

- Eine einheitliche und verständliche Darstellung von Abrechnungsdaten, einschließlich einer angemessenen Detailtiefe sowie transparenter und verständlich erläuterter Zusatzkennzeichen
- Einfache und niedrigschwellige Korrekturmöglichkeiten für fehlerhafte Abrechnungsdaten, beispielsweise über eine zentrale Ansprechstelle bei den Krankenkassen, die das Verfahren koordinieren
- Eine Auswertung von Abrechnungsdaten zur Erkennung individueller Gesundheitsrisiken nur auf Grundlage einer informierten Einwilligung (Opt-in) der Versicherten
- Mehr Transparenz bei Risikohinweisen nach § 25b Sozialgesetzbuch V, indem Krankenkassen den Hinweisen unaufgefordert die zugrunde liegenden Daten beifügen, damit Versicherte die Bewertung nachvollziehen und überprüfen können
- Eine Evaluation der Risikohinweise nach § 25b SGB V, insbesondere hinsichtlich ihrer tatsächlichen gesundheitlichen Auswirkungen sowie möglicher Nutzen und Schäden für Versicherte
- Eine Überprüfung der Aussagekraft von Abrechnungsdaten für die Identifikation individueller Gesundheitsrisiken und eine entsprechende Anpassung der zulässigen Nutzungszwecke nach § 25b SGB V an die wissenschaftlich verfügbare Evidenz über die tatsächlichen Gesundheitseffekte

[8] [2] Vgl. BAS (o. D.): Risikostrukturausgleich – Funktionsweise, verfügbar unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/rsa-einfach-erklaert/ (zuletzt eingesehen am 06.11.2026) [3] Vgl. § 25b SGB V.

Impressum

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

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

Stand:
November 2026

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