



Pressemitteilung

Datum: 15. Juni 2021
Seite 1 von 3

Hausanschrift
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Postanschrift
11055 Berlin

Tel. +49 (0)30 18441-4491
Fax +49 (0)30 18441-4499

patientenrechte@bmg.bund.de
www.patientenbeauftragte.de

Patientenbeauftragte fordert mehr Transparenz von den Krankenkassen

„Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Krankenkassen die notwendigen Leistungen im Bedarfsfall auch zuverlässig und zeitnah genehmigen. Ich erwarte, dass alle Krankenkassen Berichte zur Qualität ihrer Leistungsgewährung und zu Leistungskennzahlen wie der Bearbeitungszeit von Anträgen oder der Anzahl erfolgreicher und abgelehnter Widersprüche öffentlich und transparent zur Verfügung stellen. Entsprechende Informationen können Versicherten helfen, besser einzuschätzen, ob ihre Kasse im Krankheitsfall für sie da sein wird“, erklärt die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, anlässlich der Vorstellung einer Umfrage bei den Krankenkassen zu ihrem Umgang mit der öffentlich zugänglichen Darstellung ihres Leistungsgeschehens.

Eine umfassende Berichtspflicht im Bereich der Leistungsbewilligungen besteht für Krankenkassen nicht. Amtliche Daten werden nur zu einzelnen Bereichen erfasst, z. B. im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation. Da sich die Krankenkassen dem Thema Transparenz ganz unterschiedlich widmen, hat die Patientenbeauftragte Ende 2019 und Anfang 2021 alle gesetzlichen Krankenkassen zum transparenten Umgang mit ihrem Leistungsgeschehen befragt.

„Mehrere Krankenkassen nahmen die Befragungen zum Anlass, um sich mit den Themen Transparenz und Versorgungsqualität intensiver zu beschäftigen“, begrüßt Prof. Schmidtke die Ergebnisse. Besonders positiv hervorzuheben ist aus Sicht der Patientenbeauftragten, dass einige Krankenkassen bereits seit längerem – allen voran einzelne Betriebskrankenkassen – und seit Ende letzten Jahres auch alle elf Allgemeinen Ortskrankenkassen regelmäßig in Transparenzberichten über ihr Leistungsgeschehen informieren. Mit allein über 27 Millionen AOK-Versicherten stehen damit in Zukunft mehr als einem Drittel aller gesetzlich Versicherten transparente Informationen wie zum Beispiel zu Genehmigungs- und Ablehnungsquoten und zu Bearbeitungszeiten ihrer Krankenkassen zur Verfügung. Auch der BKK-Dachverband hat eine Transparenz- und Qualitätsoffensive ins Leben gerufen, der sich bereits einige Betriebskrankenkassen angeschlossen haben.

Schmidtke: „Mittlerweile veröffentlichen 25 und damit fast ein Viertel aller Krankenkassen Daten zu ihrem Leistungsgeschehen. Das ist eine begrüßenswerte Tendenz. Vor dem Hintergrund der Vielzahl der Krankenkassen, die sich grundsätzlich für mehr Transparenz ausgesprochen haben, kann dies jedoch nur ein erster, aber wichtiger Schritt in die richtige Richtung gewesen sein. Damit zukünftig mehr Krankenkassen Daten veröffentlichen und diese Informationen für die Versicherten auch einen



Datum: 15. Juni 2021

Seite 2 von 3

konkreten Mehrwert schaffen, müssen sie möglichst allgemeinverständlich, barrierefrei und vergleichbar aufgearbeitet werden. Dies machen auch die Rückmeldungen der Krankenkassen deutlich, die einheitliche und verbindliche Kriterien als wichtige Voraussetzung für einen Leistungsvergleich fordern.

Die Entwicklung patientenrelevanter Indikatoren und Kriterien für einen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerb ist Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes. Erfreulicherweise wurden dort nun auf meine Initiative hin entsprechende Beratungen eingeleitet. Die Versicherten werden von einem zeitnahen Beratungsabschluss profitieren.“

Hintergrund:

Die Abfragen wurden in den Zeiträumen September bis Dezember 2019 und Dezember 2020 bis Februar 2021 durchgeführt. Die folgenden und weiteren Details zu den Ergebnissen können Sie der beigefügten Präsentation entnehmen.

Ergebnisse:

- 88 von insgesamt 104 (85 %) angeschriebenen Krankenkassen haben geantwortet. Die Antwortquote entspricht damit in etwa dem Ergebnis der Umfrage aus dem Jahr 2019 (83 %).
- Die Anzahl der Krankenkassen, die Daten zu ihrem Leistungsgeschehen veröffentlichen, hat sich von 9 Krankenkassen im Jahre 2019 auf 25 Krankenkassen im Jahre 2021 erhöht.
- Von 21 Krankenkassen, die 2019 eine Veröffentlichung geplant hatten, setzten 15 Krankenkassen dieses Vorhaben nun um. Allerdings haben auch 5 Krankenkassen trotz entsprechender Ankündigung von einer Veröffentlichung ihres Leistungsgeschehens Abstand genommen. Als Gründe führten sie unter anderem Schwierigkeiten bei der Ermittlung der konkret zu veröffentlichenden Daten und fehlende Kriterien zur Herstellung von Transparenz an.
- Aktuell planen 16 Krankenkassen für das Jahr 2021 die Umsetzung konkreter Transparenz-Maßnahmen.
- 10 Krankenkassen prüfen Maßnahmen zur Veröffentlichung.

Nach Kassenarten:

- Alle 11 Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) antworteten und veröffentlichen seit dem 14. Dezember 2020 ihre Transparenzberichte auf ihren Internetseiten und informieren über ihr Leistungsgeschehen.
- 64 von den im Jahr 2020/21 noch tätigen 80 Betriebskrankenkassen (BKK), antworteten. Von diesen veröffentlichen 11 BKKen (7 in 2019) Daten zum Leistungsgeschehen, 10 weitere BKKen planen (8 in 2019) und 6 BKKen prüfen (zwei in 2019) eine Veröffentlichung. Hervorzuheben ist



Datum: 15. Juni 2021

Seite 3 von 3

die vom BKK Dachverband ins Leben gerufene Transparenz- und Qualitätsoffensive.

- Von den 6 Innungskrankenkassen veröffentlichen 3 Kassen Daten zu Widerspruchs- und Klageverfahren auf ihren Internetseiten (zwei in 2019). Zwei IKKs (eine in 2019) planen und eine IKK (eine in 2019) prüft konkrete Maßnahmen.
- Die 6 Ersatzkassen veröffentlichen bislang keine Daten zu den Bearbeitungszeiten, Widerspruchszahlen oder Beschwerdeaufkommen. Alle beschäftigen sich jedoch mit der Thematik Transparenz; 3 planen (eine in 2019) und 3 prüfen (zwei in 2019) Maßnahmen, allerdings mit unterschiedlichen Ansätzen.
- Auch die Knappschaft-Bahn-See plant, entsprechende Daten öffentlich zur Verfügung zu stellen, 2019 hat sie dies noch geprüft.

Zum Auftrag des GKV-Spitzenverbandes:

Nach § 217f Absatz 4 SGB V hat der GKV-Spitzenverband den gesetzlichen Auftrag, Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen zu treffen und Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten zu erlassen.