

# Die Patientenquittung – Ein ungenutztes Marketing-Instrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung?

*Mit der Einführung der Patientenquittung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, ein kostenbewusstes Verhalten der Versicherten zu fördern sowie den Dialog und das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu stärken. Patientenquittungen werden bislang kaum nachgefragt. Den Nutzen einer solchen Leistungs- und Kostenübersicht stellen Kritiker zudem in Frage. Aus Sicht der Krankenkassen hat die Patientenquittung allerdings ein Potential, verbesserte Leistungs- und Kostentransparenz herzustellen. Wie die Aktivitäten einzelner Krankenkassen zeigen, eröffnet die Patientenquittung als fast unentdecktes Marketing-Instrument vor allem in der Kundenkommunikation neue Wege.*

■ Guido W. Weber

## 1. Leistungs- und Kostentransparenz im deutschen Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen gehört mit einem Anteil von über elf Prozent am Bruttoinlandsprodukt zu einem der größten volkswirtschaftlichen Bereiche Deutschlands. Mehr als die Hälfte der Gesundheitskosten fallen dabei auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2004 betragen die GKV-Leistungsausgaben über 140 Milliarden Euro.<sup>1</sup>

Bei diesen Zahlen ist es erstaunlich, dass für die Gesundheit der Bevölkerung soviel Geld ausgegeben wird, ohne dass für einen Großteil der Beteiligten Transparenz über die Art und die Höhe der einzelnen Abrechnungspositionen besteht. Die Zahlungsflüsse im Gesundheitswesen werden durch historisch gewachsene Prozesse und Strukturen bestimmt, die für Außenstehende nur schwer nachzuvollziehen sind. Die Einbeziehung des Patienten als Konsument von Gesundheitsleistungen war in diesem Abrechnungssystem bislang fremd. Das in der GKV geltende Sachleistungsprinzip sieht vor, dass die Versicherten im Krankheitsfall die erforderlichen medizinischen Leistungen direkt erhalten und diese nicht selbst bezahlen müssen. Kaum einer der 70 Millionen gesetzlich Versicherten hat dadurch eine Vorstellung davon, welche Leistungen für ihn mit seiner Krankenkasse abgerechnet werden und welche Kosten diesen Leistungen gegenüberstehen.

*Guido W. Weber, Externer Doktorand am Lehrstuhl für Marketing der Eberhard Karls Universität Tübingen*

## 1.1. Rechtliche Grundlage der Patientenquittung

Eigenverantwortung ist eines der Schlagworte der letzten Gesundheitsreformen. Für eine Stärkung der Patientensouveränität setzt der Gesetzgeber dazu zwischenzeitlich auch auf eine verbesserte Leistungs- und Kostentransparenz. Mit der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 wurde die rechtliche Grundlage für die Patientenquittung angepasst.

Ein Auskunftsanspruch der Versicherten ist jedoch nicht neu. Er bestand auch schon vor dem GMG. § 305 Abs. 1 SGB V verpflichtet die Krankenkassen, den Versicherten auf Antrag über die im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten (Quasi-Patientenquittung). Die Krankenkasse hat dem Versicherten zudem auf dessen Antrag hin gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 1 SGB X über die zu seiner Person bei ihr gespeicherten Sozialdaten Auskunft zu erteilen. Dazu gehören auch solche, die für die Abrechnung mit den Leistungserbringern erforderlich sind (§ 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V).

Ergänzt wird dieser Anspruch durch § 305 Abs. 2 SGB V. Ursprünglich regelte dieser die unaufgeforderte schriftliche Unterrichtung der Versicherten durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen über die mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen und die dazugehörigen Entgelte. Die Unterrichtung sollte innerhalb von vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen wurden, erfolgen. Diese Regelung wurde in der Verwaltungs-Praxis jedoch nie umgesetzt.<sup>2</sup>

Die im Rahmen des GMG durchgeführte Anpassung des § 305 Abs. 2 SGB V sieht nun die Ausstellung einer Tagesquittung oder Quartalsquittung durch Ärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren sowie eine entsprechende Unterrichtung der Versicherten durch Krankenhäuser vor. Die Erstellung und Ausgabe dieser Patientenquittung geschieht jedoch nur auf Verlangen des Patienten.

Das Recht von Kassenpatienten auf eine Quittung über abgerechnete Arztleistungen wurde auch durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 7.12.2004 bestätigt (Az: B 1 KR 38/02 R).

Nach § 291a Abs. 3 S. 1 Nr. 6 i.V.m. § 305 Abs. 2 SGB V soll auch die neu eingeführte elektronische Gesundheitskarte (eGK) zukünftig geeignet sein, die Daten der in Anspruch genommenen Leistungen und deren vorläufige Kosten aufzunehmen.

## 1.2. Verbreitung der Patientenquittung

Trotz der rechtlichen Grundlagen für die Ausstellung einer Patientenquittung ist die Inanspruchnahme dieses Angebotes bislang die Ausnahme. Anfragen der Versicherten nach § 305 Abs. 1 SGB V gehen bei den Krankenkassen kaum ein. Die Ausstellung von Leistungs- und Kostenaufstellungen in (Zahn-)Arztpraxen und Krankenhäusern findet nur selten statt.

Die Ergebnisse einer vor der Umsetzung des GMG und der Anpassung des § 305 Abs. 2 SGB V durchgeführten Untersuchung der Akzeptanz der Patientenquittung spiegeln diese Entwicklung wider. Lediglich bei einigen Betriebskrankenkassen (BKKn) lassen neue Ansätze eine zunehmende Inanspruchnahme der Quasi-Patientenquittung erkennen.

### 1.2.1. Modellversuch „Patientenquittung“ in Rheinhessen 2002/2003

Die praktische Umsetzung und die Akzeptanz der Patientenquittung wurde in einem Modellversuch von April 2002 bis März 2003 in Rheinhessen als freiwillige Serviceleistung in 67 Arztpraxen erprobt.<sup>3</sup> Die Inanspruchnahme dieses Services lag im ersten Versuchsquartal bei 22 Prozent. Im vierten Quartal betrug dieser Anteil nur noch acht Prozent. Insgesamt ließen sich 15 Prozent der Patienten während des Versuchszeitraums eine Quittung ausstellen. Das nachlassende Interesse wurde dabei auf einen zunehmenden „Sättigungseffekt“ zurückgeführt. Eine Befragung am Ende des Modellversuchs zeigte zudem die Bereitschaft von lediglich zwei bis drei Prozent der Patienten, für diesen Service mit einem begrenzten Betrag selbst aufzukommen.

Das überwiegende Desinteresse der Patienten und die in dem Modellversuch nur gering beobachteten Effekte einer verbesserten Leistungs- und Kostentransparenz stellten im Vergleich zu den damit verbundenen zusätzlichen organisatorischen und finanziellen Aufwendun-

gen den Sinn der Patientenquittung in Frage. Allein die flächendeckende Einführung einer Quartalsquittung würde nach Schätzungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland pro Jahr über 1,5 Milliarden Euro kosten.<sup>4</sup> Als Fazit dieses mit 750.000 Euro geförderten Modellversuchs herrschte Einigkeit darüber, dass eine bundesweit verpflichtende Einführung der Patientenquittung aufgrund eines unausgewogenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses nicht empfehlenswert wäre.

### 1.2.2. Die Patientenquittung nach dem GMG

Die bereits in früheren Modellversuchen und zuletzt in Rheinhessen gewonnen Erkenntnisse hielten den Gesetzgeber jedoch nicht von dem Versuch ab, die Patientenquittung im Rahmen der Umsetzung des GMG mit neuem Leben zu erfüllen.

Das in den Modellversuchen beobachtete Desinteresse in der Bevölkerung hat sich seither aber nicht wesentlich geändert. Berechnungen der Deutschen Angestellten Krankenkasse zufolge nutzten Anfang 2005 deutlich unter 0,5 Prozent der Versicherten diesen Service.<sup>5</sup> Vorsichtige Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beziffern die jährliche Anzahl der in Arztpraxen ausgestellten Quittungen auf rund 25.000 Stück.<sup>6</sup>

### 1.2.3. Die elektronische Patientenquittung über das Internet

Einige BKKn schlagen seit Ende 2003 einen eigenen Weg für die Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Als erste Krankenkassen in Deutschland haben die BKK PricewaterhouseCoopers und die BKK FAHR das Angebot einer Internet-gestützten, elektronischen Patientenquittung als kostenlosen Service in ihr Leistungsprogramm aufgenommen.<sup>7</sup> Ende 2005 bieten etwa zehn Krankenkassen diesen Service an. Die Resonanz der Versicherten auf dieses Angebot ist nach Aussagen der Kassen positiv.

In einem ersten Schritt werden von den Krankenkassen die in ihren Systemen vorliegenden Abrechnungsdaten von Krankenhausbehandlungen, Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Zahnersatz und sonstigen Leistungen (z. B. Fahrkosten) in eine persönliche elektronische Gesundheitsakte nach § 68 SGB V übertragen.<sup>8</sup> Die Versicherten melden sich für diesen Service einmalig an und werden dann regelmäßig per E-Mail über den Eingang neuer Daten informiert, die sie über den Internetauftritt ihrer Kasse unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen einsehen können.<sup>9</sup> Das dahinterliegende Datenschutzkonzept wurde mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz im Detail abgestimmt.

In einem zweiten Schritt sollen die Daten der ärztlichen Leistungen folgen, die den Krankenkassen nach § 295 Abs. 2 S. 1 i.V.m. § 291 Abs. 2 Nr. 6 SGB V seit der Umsetzung des GMG auch versichertenbezogen von den KVen in elektronischer Form übermittelt werden.

## 2. Zielsetzungen der Patientenquittung

Auch wenn die Inanspruchnahme der Patientenquittung bislang nur gering ausfällt, ist das Recht auf die Ausstellung einer Leistungs- und Kostenaufstellung in einem auf die Stärkung der Patientensouveränität ausgerichteten Gesundheitssystem obligat. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Verbesserungen das Angebot einer Patientenquittung für das Gesamtsystem bringen kann und inwiefern die organisatorischen und finanziellen Aufwendungen für die Ausstellung einer solchen Quittung in einem angemessenen Verhältnis dazu stehen.

Um dieser Frage nachzugehen, können die möglichen Zielsetzungen eines für den Patienten transparenten Leistungs- und Abrechnungssystems in drei Kategorien eingeteilt werden:

- Transparenz zur Vermittlung von Wertschätzung und Sicherheit
- Transparenz als Grundlage eines Kostenbewusstseins der Versicherten
- Transparenz als Präventivmaßnahme zur Verhinderung von Falschabrechnungen der Leistungserbringer

### 2.1. Transparenz zur Vermittlung von Wertschätzung und Sicherheit

Das deutsche Gesundheitswesen zählt weltweit zu den besten und leistungsfähigsten Systemen seiner Art. Das dabei in der GKV geltende Solidarprinzip ist als einer der wesentlichen Erfolgsgaranten einer stabilen gesellschaftlichen, gesamtwirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklung zu sehen. Es ermöglicht allen Mitgliedern der Versichertengemeinschaft einen annähernd gleichen Zugang zum Gesundheitssystem und beteiligt den Einzelnen nur nach Maßgabe seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an den Ausgaben.

Ein in der Diskussion um die Patientenquittung dennoch kaum beachteter Ansatz ist die Vermittlung von Wertschätzung und Sicherheit der Versicherten durch eine Verbesserung der Transparenz der abgerechneten medizinischen Leistungen und den dazugehörigen Kosten.

Die These, dass bei Kenntnis der Höhe der von der Krankenkasse übernommenen Kosten die Wertschätzung und die Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer Kasse und dem Gesundheitssystem steigt, ist zu prüfen. Insbesondere die Hervorhebung der erstatteten satzungsfähigen Leistungen, die über den gesetzlich festgeschriebenen Leistungskatalog hinausgehen, könnte sich positiv auf die Kundenbindung einer Krankenkasse auswirken.

Diese Fragestellung leitet sich auch aus den Ergebnissen der jährlichen Studie der Continentale Krankenversicherung a. G. ab: Im Jahr 2005 gaben darin 64 Prozent der gesetzlich Versicherten an, dass sie mit dem Preis des Gesundheitswesens unzufrieden sind.<sup>10</sup> Diese Unzufriedenheit der Versicherten steht möglicherweise in direktem Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr und der fortlaufenden Diskussion um die Anpassung der Beitragssätze. Die Wertschätzung und die Einstellung der Ver-

sicherten könnte sich in diesem Punkt ändern, wenn die Versicherten Kenntnis über die Höhe der Kosten medizinischer Leistungen hätten. Die Gewissheit, dass auch im Falle sehr teurer Leistungen die Kosten von der Solidargemeinschaft getragen werden, vermittelt gleichzeitig Sicherheit, da der Einzelne im Krankheitsfall für die Finanzierung von unter Umständen sehr teuren Leistungen nicht persönlich aufkommen muss.

### 2.2. Transparenz als Grundlage für ein Kostenbewusstsein der Versicherten

Als zentrales Ziel der Patientenquittung wird insbesondere von Seiten des Gesetzgebers die Schaffung eines Kostenbewusstseins der Versicherten in den Vordergrund gestellt.<sup>11</sup>

Zwar ist in anderen Märkten die Kenntnis des Preises einer Dienstleistung oder eines Produktes eine notwendige – wenn auch nicht hinreichende – Bedingung für die Durchführung rationaler Kaufentscheidungen; diese Tatsache lässt sich jedoch nicht ohne weiteres auf das Gesundheitswesen und das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten übertragen. Ein kostendämpfender Effekt durch ein Kostenbewusstsein auf Seiten der Versicherten konnte bislang empirisch nicht nachgewiesen werden.

Schon in einer Arbeit von Siegfried Häussler aus dem Jahr 1968 wurde festgestellt, „dass Kostenkenntnis keine signifikante Veränderung in der Inanspruchnahme der Ärzte durch die Versicherten hervorruft“.<sup>12</sup> Obwohl seit-her wohl keine weiteren vergleichenden Untersuchungen auf die Auswirkungen von Transparenz im Gesundheitswesen durchgeführt wurden, stützen die im Modellversuch „Patientenquittung“ in Rheinhessen gewonnen Erkenntnisse diese Aussage. Für das Nachfrageverhalten der Patienten nach ärztlichen Leistungen gab es auch hier keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Kenntnis der Kosten und ein daraus entstandenes Kostenbewusstsein diesbezüglich zu Änderungen führte. Hinweise über eine Stärkung des Vertrauens zwischen Arzt und Patient durch die Ausgabe einer Patientenquittung gab es ebenfalls nicht.<sup>13</sup>

In dem im Gesundheitswesen als Moral Hazard-Verhalten der Versicherten bezeichneten Ausgabenproblem verbirgt sich vielmehr die These, dass sich der Einzelne unter den Bedingungen des Solidar- und Sachleistungsprinzips sogar individuell rational verhält, wenn er Preis, Menge und Qualität der in Anspruch genommenen und angebotenen Gesundheitsleistungen maximiert. Diese überhöhte Inanspruchnahme (z. B. Originalpräparate statt Generika, Großpackung statt kleine Packung, umfangreiche Behandlung von Bagatellkrankheiten) führt zwar zu einer erhöhten Finanzierungslast aller Versicherten, spiegelt sich aber in dem Beitragssatz des Einzelnen nicht erkennbar wider. Gesundheitsleistungen sind vom Empfänger des Versicherten her quasi ein freies Gut.

Die Änderung des Inanspruchnahmeverhaltens setzt ein Eigeninteresse und einen Eigennutz der Versicherten voraus.<sup>14</sup> Die Steuerungsfunktion einer Patientenquittung

als reine Leistungs- und Kosteninformation erscheint aus dieser Sicht nur in Verbindung mit zu leistenden Zuzahlungen gegeben. Auf die Diskussion, inwiefern Zuzahlungen für notwendige Behandlungen unverschuldeter Krankheiten einem Gerechtigkeitsideal entsprechen, nach dem es keinem Menschen auf Grund von Dingen, für die er nichts kann, schlechter gehen sollte, als anderen, soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Die Möglichkeiten von Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen durch einen *sozialverträglichen* Selbstbehalt zeichnen sich jedoch beispielsweise in einem von der Techniker Krankenkasse aktuell durchgeführten Modellversuch ab.<sup>15</sup>

### 2.3. Transparenz als Präventivmaßnahme zur Verhinderung von Falschabrechnungen der Leistungserbringer

Je komplizierter und umfangreicher die Abrechnungsprozesse eines Systems sind, umso schwieriger gestalten sich auch die Möglichkeiten der Kontrolle. Dem Missbrauch werden auf diese Weise Tür und Tor geöffnet. Dies gilt insbesondere für die historisch gewachsenen Abrechnungsprozesse und die enorme Anzahl der jährlichen Abrechnungspositionen des deutschen Gesundheitswesens.

Allein die ca. 188.000 Kassenärzte und -zahnärzte rechnen mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) pro Jahr fast 800 Millionen Behandlungen ab. Hinzu kommen über 800 Millionen abzurechnende Arzneimittelverordnungen, die in separaten Abrechnungszentren bearbeitet werden. Die erstattungsfähigen Heil- und Hilfsmittel sowie sonstige Leistungen der GKV sind hierbei noch nicht berücksichtigt. Diese Vielzahl von Abrechnungen werden momentan von knapp 270 gesetzlichen Krankenversicherungen beglichen.<sup>16</sup>

Nach Schätzungen von Krankenkassen aus dem Jahr 2002 weist dabei fast jede fünfte Arztabrechnung Fehler auf. Der verursachte Schaden wird auf 750 Millionen Euro beziffert.<sup>17</sup> Bei einer gedeckelten Gesamtvergütung auf Basis des Kopfpauschalensystems schädigen Falschabrechnungen der Ärzte zunächst zwar nur andere korrekt abrechnende Ärzte. In einer nächsten Verhandlungsrunde lassen sich daraus jedoch die notwendigen Forderungen nach höheren Kopfpauschalen an die Kassen ableiten.<sup>18</sup>

Das Ende 2004 vorgelegte Grundsatzpapier von Transparency International beziffert den durch Betrug im deutschen Gesundheitswesen verursachte Schaden sogar auf 20 Milliarden Euro.<sup>19</sup> Zwar wird das der Schätzung zugrunde liegende Datenmaterial in Fachkreisen als äußerst fragwürdig beurteilt, dennoch lässt sich selbst bei einem sehr viel geringerem Schaden das grundsätzlich vorliegende Problem von Falschabrechnungen nicht bestreiten.

In § 197a SGB V werden die Krankenkassen aus diesem Grund zur Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verpflichtet.

Die Ermittlungsgruppe Abrechnungsbetrug der AOK Niedersachsen deckte allein im Jahr 2004 Betrugsfälle mit insgesamt mehreren Millionen Euro Schaden auf. Entgegen der ursprünglichen Vermutung, zeigten die dabei gemachten Erfahrungen aber einen vernachlässigbaren Anteil der durch Ärzte manipulierten Abrechnungen. Vielmehr wurden Betrugsfälle vorrangig bei Optikern, Orthopäden, Sanitätshäusern und Hebammen aufgedeckt.<sup>20</sup> In einer 2005 durchgeführten Überprüfung von 350 Brillengeschäften in Niedersachsen konnten bei 80 Prozent der Geschäfte überhöhte Rechnungen festgestellt werden. Die Rückforderungen der Krankenkassen belaufen sich auf mehrere Millionen Euro.<sup>21</sup>

Ein weiteres Beispiel liefert das von der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) initiierte Projekt mit dem Titel „Transparenz im Gesundheitswesen“. Dabei wurden insgesamt 6.000 Patienten die Abrechnungen ihrer Ärzte zugestellt. Über die eigens eingerichtete Hotline meldeten sich nach dieser Aktion 441 Kassenmitglieder mit Hinweisen auf Falschabrechnungen. 41 Ärzte standen daraufhin unter Betrugsverdacht.<sup>22</sup>

Das Problem von Falschabrechnungen muss dabei nicht immer auf krimineller Energie gebaut sein. Die bislang aufgedeckten Betrugsfälle unterstreichen jedoch die Forderung nach mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Zwar lassen sich durch Plausibilitätsprüfungen der KVen und stichprobenartige Untersuchungen von Ermittlungsgruppen einzelne Fälle aufdecken – nicht kontrollierte oder bei Plausibilitätsprüfungen unauffällige Abrechnungspositionen können jedoch nur durch Hinweise von Patienten als falsch erkannt werden.<sup>23</sup>

Die Argumentation für die Verbreitung der Patientenquittung wird auf Basis der beschriebenen Problematik gestärkt. Es liegt die These nahe, dass sich durch eine Verbesserung der Leistungs- und Abrechnungstransparenz Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen eindämmen lässt. Leistungserbringer können sich bei einer entsprechenden Verbreitung von Patientenquittungen nie sicher sein, ob der Patient ihre Abrechnung erhält und überprüft.

Der Ansatz von Transparenz als Präventivmaßnahme zur Verhinderung von Falschabrechnungen hängt jedoch maßgeblich von der Mitwirkungsbereitschaft der Versicherten ab. Diese scheint aber grundsätzlich gegeben. So sprachen sich in einer Studie der Bertelsmann Stiftung 83 Prozent der Befragten für eine Patientenquittung aus, um die Krankenkassen über Unstimmigkeiten informieren zu können.<sup>24</sup>

### 3. Die Patientenquittung im Spiegel des klassischen Marketing-Mix

Die Patientenquittung als Steuerungsinstrument für eine rationale und kostensenkende Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems erscheint unter den gegebenen Rahmenbedingungen als fraglich. Die öffentlich geführte Diskussion um die Patientenquittung



sollte sich jedoch nicht auf diesen Punkt beschränken. Die Verbreitung der Patientenquittung hat durchaus das Potential für Verbesserungen des Gesundheitswesens.

Ein realistisches Zielsystem bezieht sich dabei, unter der Ausgrenzung eines Zuzahlungssystems, auf zwei Bereiche:

- Die Patientenquittung als Instrument zur Verbesserung der Wertschätzung und Zufriedenheit der Versicherten mit dem Gesundheitssystem und den Krankenkassen.
- Die Patientenquittung als Kontrollinstrument für die Eindämmung von Falschabrechnungen.

Ob die Patientenquittung in ihrer heutigen Ausgestaltung die notwendige Marktreife für die Erreichung dieser Ziele besitzt, kann über die Erkenntnisse der klassischen Marketing-Lehre untersucht werden. Betrachtet man die Patientenquittung als Produkt, welches einer Gruppe von potentiellen Nachfragern angeboten wird, so ist die Kombination der verwendeten absatzpolitischen Instrumente zu überprüfen. Diese als Marketing-Mix bezeichnete Kombination wird dazu häufig in die Bereiche Produktpolitik, Distributionspolitik, Kontrahierungspolitik und Kommunikationspolitik eingeteilt. Bei einer Übertragung dieser Klassifikation auf die Patientenquittung stellen sich die folgenden Fragen:

- Wie ist die Patientenquittung gestaltet und welchen Nutzen hat sie für die Versicherten (Produktpolitik)?
- Wie gelangt die Patientenquittung in den Verfügungsbereich der Versicherten (Distributionspolitik)?
- Welche Kosten sind für die Versicherten mit der Patientenquittung verbunden (Kontrahierungspolitik)?
- Wie wird die Patientenquittung beworben (Kommunikationspolitik)?

### 3.1. Gestaltung und Nutzen der Patientenquittung (Produktpolitik)

Die Patientenquittung nach § 305 Abs. 2 SGB V in der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Gestaltung ist eine schriftliche, für den Patienten verständliche Aufstellung der vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus durchgeführten Leistungen und den dazugehörigen Kosten. Die Ausstellung erfolgt bei Ärzten und Zahnärzten tagesaktuell oder pro Quartal. Für Krankenhäuser ist eine Frist von vier Wochen festgelegt.

Die Qualität der Patientenquittung hängt maßgeblich von der Validität der Daten ab, die vor allem bei den Kostenaufstellungen der Ärzte nur teilweise gegeben ist. Eine genaue Ausweisung der Kosten ist aufgrund des Punktwertesystems zum Zeitpunkt der Behandlung hier nur näherungsweise möglich.

Da die Aufstellungen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser nur einen Teil der Leistungen des Gesundheitssystems abdecken, können die Versicherten auch eine Aufstellung ihrer Krankenkasse nach § 305 Abs. 1 SGB V „über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommen Leistungen und deren Kosten“ erhalten. Diese Auf-

stellung umfasst laut Gesetz sämtliche Leistungsbereiche, also auch die abgerechneten Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz sowie alle sonstigen erstattungsfähigen Leistungen. Die Form, in der die Ausstellung dieser Quasi-Patientenquittung zu erfolgen hat, wird im Gesetzestext nicht festgelegt.

Die von einzelnen Krankenkassen über das Internet zur Verfügung gestellte elektronische Patientenquittung bildet einen Großteil dieser Leistungen ab. Mit den Bereichen Krankenhausbehandlungen, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel, Zahnersatz und sonstigen Leistungen können fast 80 Prozent der GKV-Ausgaben dargestellt werden. Bei einer Ergänzung um die Daten der ambulanten Behandlungen werden zukünftig alle Ausgaben auf diesem Wege transparent. Problematisch an dieser Lösung ist die zeitliche Verzögerung, mit der die Abrechnungsdaten in den Kassensystemen vorliegen.

Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) soll die Patientenquittung ebenfalls in elektronischer Form vorliegen. Wie diese Ausgestaltung konkret aussehen wird und welche Daten mit welcher Qualität und in welcher Form für den Patienten dann zugänglich sind, ist bislang offen. Mit einer flächendeckenden Einführung dieser fakultativen Anwendung der eGK ist aber vermutlich in den nächsten Jahren nicht zu rechnen.

Im Rahmen der Produktpolitik bleibt schließlich noch der Nutzen der Patientenquittung für die Versicherten zu klären. Dieser ist unter den heutigen Rahmenbedingungen als reine Befriedigung eines Informationsbedürfnisses zu sehen.

### 3.2. Absatzwege der Patientenquittung (Distributionspolitik)

In den Verfügungsbereich der Versicherten gelangt die Patientenquittung bei Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern direkt vor Ort oder über den Postversand.<sup>25</sup> Die Quasi-Patientenquittung nach § 305 Abs. 1 SGB V erhalten die Versicherten über ihre Krankenkasse. Bei einzelnen Kassen ist ein Teil dieser Daten über das Internet verfügbar.

Wie der Zugriff auf die Patientenquittung über die elektronische Gesundheitskarte aussehen wird, ist noch unklar. Denkbar wäre eine Einsichtnahme über die in der Lösungsarchitektur der eGK vorgesehenen öffentlichen eKioske.

### 3.3. Kosten der Patientenquittung (Kontrahierungspolitik)

Die Kosten der Patientenquittung auf Versichertenseite können in drei Bereiche eingeteilt werden:

- monetäre Kosten
- zeitliche Kosten
- psychische Kosten

Die *monetären Kosten* für die Versicherten werden im Gesetz nur für die quartalsweise schriftliche Unterrichtung durch die Ärzte und Zahnärzte mit einer Pauschale von einem Euro zuzüglich Versandkosten festgelegt.<sup>26</sup> Für den stationären Bereich erfolgt die Erstellung sowie der Versand der Patientenquittung unentgeltlich.<sup>27</sup> Weitere monetäre Aufwendungen entstehen für die Versicherten unter Umständen durch die schriftliche Beantragung einer Leistungs- und Kostenaufstellung bei ihrer Krankenkasse oder einem Verbindungsentgelt bei einer Einsicht der Daten über das Internet.

Obwohl sich diese Beträge in Grenzen halten, zeigen die Ergebnisse des Modellversuchs in Rheinhessen, dass die Versicherten kaum bereit sind, für diesen Service auch nur mit einem begrenzten Betrag aufzukommen. Für die Ausstellung einer Quittung finanziell belangt zu werden ist dem Bürger, der bei fast jedem Kaufgeschäft automatisch und kostenlos einen Quittungsbeleg erhält, fremd. Von den administrativen Aufwendungen für die Abrechnung eines Euros zuzüglich Versandkosten ganz abgesehen.

Die *zeitlichen Kosten* der Versicherten, wie die Wartezeit am Ende der ambulanten Behandlung auf den Quittungsbeleg oder die Zeit für die schriftliche Beantragung einer entsprechenden Auskunft bei der Klinik oder der Krankenkasse, fallen als zusätzliche Aufwendungen ins Gewicht.

Schließlich ist noch den *psychischen Kosten* der Patientenquittung besondere Beachtung zu schenken. Stärkt nach Ansicht des Gesetzgebers die Patientenquittung den Dialog und das Vertrauen zwischen Arzt und Patient, so ist in der Realität das Gegenteil zu vermuten. Das Verlangen einer Patientenquittung kommt aus Arzt- und Patientensicht unter Umständen einem Misstrauensvotum gleich. Es liegt in der Natur des Krankseins, dass der Patient dem Arzt, von dem er Hilfe erwartet, vertrauen können muss. Die Frage nach einer Leistungs- und Kostenaufstellung könnte aus Sicht des Arztes und des Patienten dieses Vertrauensverhältnis stören. Hinzu kommen eventuelle negative Reaktionen anderer Patienten über Verzögerungen und Störungen des Praxisbetriebs.

Die drei aufgeführten Kostenbereiche der Patientenquittung fallen für die Versicherten zudem fortlaufend an. Ein einmal angestoßener Automatismus, der insbesondere die zeitlichen und psychischen Kosten maßgeblich reduzieren würde, ist bislang nicht vorgesehen. Wer die Patientenquittung haben möchte, der muss diese jedes Mal erneut verlangen bzw. beantragen. Lediglich bei der elektronischen Quasi-Patientenquittung, die von einzelnen Kassen über das Internet angeboten wird, bedarf es einer nur einmaligen Anmeldung. Die Datenübertragung wird daraufhin regelmäßig automatisiert durchgeführt.

### 3.4. Bewerbung der Patientenquittung (Kommunikationspolitik)

Die Bewerbung der Patientenquittung geht vor allem vom Gesetzgeber, den Leistungserbringern und den Krankenkassen aus.

Der *Gesetzgeber* weist in einer Reihe von gedruckten und elektronischen Publikationen insbesondere mit Bezug auf die letzte Gesundheitsreform und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf die Patientenquittung hin. Die Verbreitung und das Interesse in der Bevölkerung an diesen Publikationen hält sich jedoch vermutlich in Grenzen.

Auf der Seite der *Leistungserbringer* konnte besonders bei der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GfB) schon im Vorfeld des GMG ein großes Interesse für die Verbreitung der Patientenquittung beobachtet werden.<sup>28</sup> Mit einer im Jahr 2003 gestarteten Aktion verfolgt die GfB das Ziel, „dem von der Politik geschürten Eindruck entgegenzuwirken, [die] Ärzte seien überbezahlte Abzocker und Abrechnungsbetrüger“. Wie viele Ärzte sich dieser Aktion anschlossen haben, wurde durch die GfB bislang nicht publiziert. Aus der geringen Inanspruchnahme von Patientenquittungen in Arztpraxen lässt sich aber auf ein eher verhaltenes Engagement der Ärzteschaft zu diesem Thema schließen. Stichproben ergaben sogar, dass viele Ärzte um die Existenz einer Patientenquittung gar nicht wissen.<sup>29</sup>

Krankenhäuser müssen ihre Patienten auf die Patientenquittung schriftlich hinweisen.<sup>30</sup> Dies kann z.B. in den Behandlungsverträgen, den Allgemeinen Vertragsbedingungen oder durch Aushänge erfolgen. Äußerungen von Seiten der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) zufolge erhofft man sich dort aber, dass sich das im Modellversuch im vertragsärztlichen Bereich gezeigte Desinteresse der Versicherten nicht wesentlich ändert, um den zusätzlichen administrativen Aufwand für die Krankenhäuser in Grenzen zu halten.<sup>31</sup>

Auch bei den *Krankenkassen* ist, von wenigen Ausnahmen abgesehen, bislang keine große Motivation für eine Bewerbung der Patientenquittung zu vernehmen. Kenntnis über einen Auskunftsanspruch haben fast ausschließlich Insider. Der Eingang einer Einzelanfrage bedeutet für die Krankenkassen zudem einen nicht unerheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwand, da die Daten der Versicherten in verschiedenen Abrechnungssystemen vorliegen und erst einzeln zusammengestellt bzw. bei den KVen und KZVen angefordert werden müssen.

## 4. Die Patientenquittung als neues Marketing-Instrument – Ein Ausblick

Die vom Gesetzgeber konzipierte Patientenquittung nach § 305 Abs. 2 SGB V, welche in Papierform von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern ausgestellt werden soll, ist aus heutiger Sicht gescheitert. Die Gründe dafür lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Patientenquittung ist in ihrer Gestaltung unvollständig, da sie in der Regel nur einen Teil der Leistungsausgaben abbildet;
- Der Nutzen der Patientenquittung ist für die Versicherten gering;

- Der Aufwand für die Patientenquittung steht für die Versicherten in einem unangemessenen Verhältnis zu deren Nutzen; insbesondere wird von einem irrealen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ausgegangen; für die Ausstellung der Patientenquittung existiert momentan kein Automatismus;
- Die Kenntnis um die Patientenquittung ist bei den Versicherten kaum vorhanden, da eine Bewerbung aufgrund der hohen finanziellen und organisatorischen Aufwendungen auf Seiten der Leistungserbringer und der Krankenkassen nur sehr eingeschränkt stattfindet.

An diesem Punkt die Diskussion zu beenden und von einem pauschalen Desinteresse der Versicherten auszugehen, wäre jedoch unangebracht. Die zentrale Fragestellung sollte nicht lauten, *ob* die Patientenquittung die Versicherten interessiert, sondern *wie* die Patientenquittung für die Versicherten interessant gemacht werden kann.

Über den Mechanismus des Wettbewerbs als Such- und Entdeckungsprozess gilt es zukünftig Lösungen zu entwickeln, um das Produkt „Patientenquittung“ zu einer wünschenswerten Marktreife zu bringen. Eine alle Leistungsbereiche abdeckende, zielgruppenspezifisch beworbene und kostenlose Patientenquittung, die dem Versicherten außerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses regelmäßig und automatisiert zugestellt wird, könnte auf große Resonanz stoßen. Die Kosten einer solchen Lösung müssen aber gleichzeitig möglichst gering gehalten werden. Der Ansatz einzelner Krankenkassen, den Versicherten eine Leistungs- und Kostenaufstellung über das Internet anzubieten, ist aus dieser Sicht momentan vermutlich die einzige zukunftsweisende und vor allem wirtschaftlich tragfähige Lösung. Der Aufwand dieses elektronischen und größtenteils automatisierten Verfahrens beträgt nur den Bruchteil einer ansonsten notwendigen Einzelfallbearbeitung und Zustellung über den Postversand.

Die Entwicklung der Patientenquittung wird sicherlich auch weiterhin von den Krankenkassen vorangetrieben werden, da der Anreiz und der zu erwartende Nutzen dort am größten sind. Als noch unentdecktes Marketing-Instrument eröffnet die Patientenquittung für die Kassen neue Wege für eine Eindämmung von Falschabrechnungen und die Steigerung der Wertschätzung und der Zufriedenheit der Versicherten. Die Kundenbindung wird auf diese Weise gestärkt.

Die Erstellung und Verbreitung von Leistungs- und Kostenaufstellungen erfordert dazu jedoch die Definition und die Erprobung neuer und wirtschaftlich tragfähiger Prozesse. So trivial die Erstellung einer Leistungs- und Kostenübersicht auch klingt, unter den historisch gewachsenen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens bedarf es hierfür eines professionellen Datenmanagements. Probleme der Datenverfügbarkeit, des Datenschutzes, der Validität, der Verständlichkeit, der Aktualität und des Formats der einzelnen Abrechnungspositionen gilt es zu lösen. Ein strukturiertes Vorgehen bei gemeldeten Verdachtsfällen von Falschabrechnungen ist parallel zu erarbeiten. Die Kas-

sen, die schon heute in diesem Bereich tätig sind, bauen dazu einen Erfahrungsvorsprung auf.

Mit der Weiterentwicklung der Patientenquittung ergeben sich für Krankenkassen zukünftig auch neue Möglichkeiten im Fall- und Versorgungsmanagement der Versicherten. Die Patientenquittung als eine reine Übersicht der Leistungen und Kosten ist nur ein erster Schritt. So wäre es denkbar, die vorhandenen Leistungs-, Diagnose- und Kostendaten auch für eine zielgerichtete Übermittlung zusätzlicher Informationen und Empfehlungen zu nutzen, um das Verhalten der Versicherten im positiven Sinne zu ändern oder die Einschreibung in spezielle Gesundheitsprogramme zu fördern. Die Patientenquittung wird dadurch zu einem interaktiven und personalisierten Kommunikationsinstrument für Krankenkassen.

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Patientenquittung einen richtigen Weg vorgegeben. Bis zu einer weitreichenden Akzeptanz ist es jedoch vermutlich noch ein weiter Weg. Nun liegt es an der gestalterischen Funktion des Marktes, um nach Lösungen für eine Verbreitung der Patientenquittung zu suchen und das Verbesserungspotential einer Leistungs- und Kostenübersicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu nutzen.

## Fußnoten

- 1 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2005): Endgültige Rech-  
nungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Sta-  
tistik KJ 1 – 2004.
- 2 Die Verwaltungs-Praxis ging davon aus, dass vor der Auskunft eine  
Regelung in den Bundesmantelverträgen erforderlich sei, die jedoch  
mangels Interesse auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungser-  
bringer nie getroffen wurde.
- 3 Vgl. MEYE, Maria Rita, KOCH, Heinz (2003): „Patientenquittung“  
zeigt, was Ärzte leisten, in: Deutsches Ärzteblatt, vom 4. Juli 2003,  
S. 1846-1848.
- 4 Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundes-  
republik Deutschland (2003): Modellversuch: Ausgabe einer vertrags-  
ärztlichen Leistungs- und Kosteninformation in der Kassenärztlichen  
Vereinigung Rheinhausen. Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Be-  
gleitung (Evaluation), S. 28.
- 5 o. V. (2005): „Kein Interesse an Patientenquittung“, in: Ärzte Zeitung,  
vom 11. Januar 2005.
- 6 Vgl. SCHNACK, Dirk (2005): Falsche Beträge auf Patientenquittungen  
sorgen für Ärger, in: Ärzte Zeitung, vom 5. Oktober 2005.
- 7 Vgl. o. V. (2005): Der Patient führt die Krankenakte, in: Medical Tribu-  
ne, 28. Januar 2005; o. V. (2003): BKK FAHR Vorreiter im Südwesten,  
Quittung per E-Mail, in: Südwest Presse, vom 10. Dezember 2003.
- 8 Im Gegensatz zu einer elektronischen Patientenakte (ePA) nach § 291a  
Abs. 3 Nr. 4, die eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumen-  
tation über den Patienten ermöglicht, unterstützt eine elektronische  
Gesundheitsakte (eGA) nach § 68 SGB V das persönliche Gesund-  
heitsmanagement des Patienten mit einer Reihe von Mehrwertdien-  
sten, die in einer Patientenakte nicht enthalten sein können (z. B. Er-  
innerungsfunktionen). Die Verknüpfung einer eGA mit Teilen einer  
ePA ist grundsätzlich möglich.
- 9 Zum Datenschutz bei persönlichen elektronischen Gesundheitsakten  
vgl. SCHNEIDER, Uwe K. (2004): Datenschutz in der vernetzten Me-  
dizin, in: Vernetzte Medizin, hrsg. von Philipp Grätzel von Grätz, 1.  
Auflage, Hannover 2004, S. 136-162.
- 10 Vgl. Continentale Krankenversicherung a.G. (2005), Pressemitteilung  
vom 4. Oktober 2005.
- 11 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit [http://www.die-  
gesundheitsreform.de/glossar/patientenquittung.html], (Verfügbar-  
keitsdatum: 24.11.2005).
- 12 Vgl. BESKE, Fritz (2003): Die Patientenquittung in der Diskussion,  
in: Gesundheitswesen, 2003, 65, S. 133-134.

- 13 Vgl. MEYE, Maria Rita, KOCH, Heinz (2003). Ausführungen zu früheren Modellversuchen finden sich auch in: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2003), S. 6-7.
- 14 Vgl. BESKE, Fritz (2003).
- 15 Vgl. SCHNACK, Dirk (2005): Kosten senken im Gesundheitswesen durch Selbstbehalttarife für GKV-Versicherte?, in: Ärzte Zeitung, vom 15. September 2005.
- 16 Vgl. DAHLKAMP, Jürgen, FRÖHLINGS DORF, Michael, LUDWIG, Udo (2004): Blindes Vertrauen, in: Der Spiegel, 2004, Nr. 37; sowie Angaben unter [www.die-gesundheitskarte.de](http://www.die-gesundheitskarte.de).
- 17 Vgl.: SCHULTZE, H-C, WITT, Gregor (2004): Abrechnungsfälle. Vereint gegen betrügerische Ärzte, [[http://www.daserste.de/plusminus/beitrag\\_archiv.asp?aid=273](http://www.daserste.de/plusminus/beitrag_archiv.asp?aid=273)], (Erstelldatum: 07.12.2004; Verfügbarkeitsdatum: 06.10.2005).
- 18 Vgl. DAHLKAMP, Jürgen u. a. (2004).
- 19 Vgl. Transparency International – Deutschland e.V. (2004), Pressemitteilung vom 12. November 2004.
- 20 Vgl. FLINTROP, Jens (2004): Aufgebauchte Vorverurteilungen, in: Deutsches Ärzteblatt, vom 13. August 2004, S. 2213-2214.
- 21 Vgl. o.V. (2005): Grassierender Optiker-Betrug in Niedersachsen, in: Handelsblatt, vom 28. Juli 2005.
- 22 Vgl. SCHULTZE, H-C, WITT, Gregor (2004).
- 23 Vgl. o.V. (2005): Krankenkassen im Saarland arbeiten mit Polizei zusammen, in: Ärzte Zeitung, vom 14. Juli 2005.
- 24 Vgl. Bertelmann Stiftung (2004), Pressemitteilung vom 7. Dezember 2004.
- 25 Vgl. § 305 Abs. 2 SGB V.
- 26 Vgl. § 305 Abs. 2 S. 3 SGB V.
- 27 Umkehrschluss aus § 305 Abs. 2 S. 3 SGB V sowie gemäß Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 16. September 2004.
- 28 siehe Ausführungen unter <http://www.facharztverband.de>, (Verfügbarkeitsdatum: 27.11.2005).
- 29 Vgl. OTT, Friederike (2005): Was haben Sie mir da berechnet, Frau Doktor?, in: Hamburger Abendblatt, vom 6. Mai 2005.
- 30 gemäß Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 16. September 2004.
- 31 Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (2004), Mitteilung vom 1. Oktober 2004, [<http://www.dkgv.de>].

Das gesamte Nomos Programm ► suchen ► finden ► bestellen unter [www.nomos.de](http://www.nomos.de)



## Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte

### Das Selbstbehaltmodell der Techniker Krankenkasse

Von Prof. Dr. rer. pol. Stefan Felder, Universität Magdeburg  
und Dr. Andreas Werblow

2006, 159 S., brosch., 24,- €, ISBN 3-8329-1537-0

(Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 11)

Das TK-Programm 240 gewährt freiwillig versicherten Mitgliedern einen jährlichen Beitragsnachlass von 240 € für die Pflicht, die ersten 300 € Krankheitskosten pro Jahr selbst zu zahlen. Auf diesen Selbstbehalt werden auch die Leistungen der erwachsenen beitragsfrei Mitversicherten angerechnet.

Die Arbeit untersucht die Anreizwirkung dieses Programms für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen über einen Vergleich der rund 12.000 Programmteilnehmer mit einer repräsentativen Kontrollgruppe. Neben Kassendaten stehen Daten von drei Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung.

Die Arbeit zeigt, dass sich die Mitglieder mit hoher Rationalität für oder gegen den Selbstbehalt entscheiden. Trotzdem ergeben sich eindeutige Steuerungswirkungen. Auch die Kosten für Arzneimittel und Krankenhausaufenthalt werden reduziert. Vorsorgeuntersuchungen, die nicht unter den Selbstbehalt fallen, bleiben dagegen konstant.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei:  
Nomos Verlagsgesellschaft | 76520 Baden-Baden  
Tel. 0 72 21/21 04-37 | Fax -43 | [vertrieb@nomos.de](mailto:vertrieb@nomos.de)



**Nomos**