

## Die elektronische Patientenquittung: Erfolgreiche eHealth-Anwendung in der careon-Gesundheitsakte

Guido W. Weber, careon GmbH

Die elektronische Patientenquittung (EPQ) ist die erste praktikable Lösung, die die politisch gewollte Transparenz auf der Ebene der Versicherten flächendeckend ermöglicht. Über eine Schnittstelle zum BKK InfoNet erhalten die Versicherten einen nahezu vollständigen Überblick, welche Leistungen für sie abgerechnet wurden und was diese Leistungen kosten. Der Zugriff auf die EPQ erfolgt über den Internetauftritt der Krankenkasse in einer persönlichen Gesundheitsakte nach § 68 SGB V. Zwölf Betriebskrankenkassen mit zusammen einer Million Versicherte bieten diesen Service bereits an. Erste positive Rückmeldungen liegen sowohl von den Versicherten als auch von den beteiligten Krankenkassen vor.

### Leistungs- und Abrechnungstransparenz in der GKV

Das Gesundheitswesen gehört zu einem der größten volkswirtschaftlichen Bereiche Deutschlands. Allein die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betragen pro Jahr rund 150 Milliarden Euro. Trotz verschiedener politischer Initiativen gibt es für gesetzlich Versicherte bislang jedoch kaum Transparenz über die Art und die Höhe der einzelnen Abrechnungspeditionen. Eine systematische Rechnungsprüfung durch die Versicherten ist nicht möglich, ein Gefühl für den hohen Wert der medizinischen Versorgung und ein Kostenbewusstsein existieren nicht.

Eine Gruppe von Betriebskrankenkassen setzt sich seit mehreren Jahren dafür ein, die Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern. Als erste Krankenkasse in Deutschland hat die BKK PricewaterhouseCoopers im Jahr 2003 eine Internet-gestützte, elektronische Patientenquittung eingeführt. Mitte 2008 bieten zwölf BKKn, die zusammen rund eine Millionen Menschen versichern, diesen Service an.

### Rechtliche Grundlagen

Grundlage für die elektronische Patientenquittung ist der Auskunftsanspruch der Versicherten gegenüber der Krankenkasse. Nach § 305 Abs. 1 SGB V ist jede Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten auf Antrag über die im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten (Versicherungsauskunft). 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. Dieser sieht 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 Papier-Quittung erfolgt jedoch nur auf Verlangen des Patienten.

### Geringe Akzeptanz der „Papier-Quittung“

Trotz der rechtlichen Grundlagen gehen bei den Krankenkassen bislang kaum Anfragen nach § 305 Abs. 1 SGB V ein. Die Ausstellung einer schriftlichen Patientenquittung in Arztpraxen und Krankenhäusern findet ebenfalls nur selten statt.[1]

Das scheinbare Desinteresse der Versicherten ist keine neue Erkenntnis. Schon der 2002/2003 durchgeführte Modellversuch „Patientenquittung“ in Rheinhessen kam zu ähnlichen Ergebnissen:[2] Nur

15 Prozent der Patienten ließen sich während des einjährigen Versuchszeitraums eine Quittung von ihrem Arzt ausstellen. Das Interesse an einer Leistungs- und Kostenaufstellung ließ im Zeitverlauf zudem deutlich nach. Die geringe Inanspruchnahme der Patientenquittung und die mit der Ausstellung verbundenen organisatorischen und finanziellen Aufwendungen stellten den Sinn einer von Ärzten ausgestellten Leistungs- und Abrechnungsauskunft in Frage. Schätzungen zufolge würde allein die flächendeckende Einführung einer Quartalsquittung über 1,5 Milliarden Euro pro Jahr kosten.[3] Als Fazit des 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.

Die Bemühungen des Gesetzgebers, die Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Einführung einer Papier-Quittung zu verbessern, konnten bislang nicht überzeugen. [4] So ist die Ausstellung einer Quittung durch Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser nicht nur teuer, sie bildet auch immer nur einen Teil des Leistungsgeschehens ab. Die Ausgabe einer Kostenübersicht durch Leistungserbringer belastet zudem das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Als Patient fragt man seinen Arzt in der Regel nicht, was dieser an einer Behandlung verdient. Patienten, die diese Auskunft dennoch wünschen, müssen die Ausstellung einer Patientenquittung nach jedem Arztbesuch bzw. jedes Quartal erneut beantragen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, setzen sich bislang weder Leistungserbringer noch Krankenkassen dafür ein, die Versicherten über die bestehenden Auskunftsmöglich-

Autor: Guido W. Weber

Titel: Die elektronische Patientenquittung: Erfolgreiche eHealth-Anwendung in der careon-Gesundheitsakte

In: Jäckel (Hrsg.) Telemedizinführer Deutschland, Bad Nauheim, Ausgabe 2009

Seite: 347-350



keiten zu informieren. Die Gründe dafür liegen vor allem in den finanziellen und organisatorischen Aufwendungen. Es ist anzunehmen, dass nur wenige Versicherte von ihrem Auskunftsanspruch wissen.

Die flächendeckende Einführung einer Leistungs- und Abrechnungsauskunft in der GKV setzt voraus, dass der damit verbundene Aufwand und der Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Auf die Frage, welche positiven Effekte eine Verbesserung der Leistungs- und Abrechnungstransparenz haben kann, gibt es mehrere Antworten.

## Ziele einer Leistungs- und Kostenauskunft

Bei der Einführung der schriftlichen, von Leistungserbringern ausgestellten Patientenquittung im Jahr 2004 stand für den Gesetzgeber im Vordergrund, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu fördern. Die These, dass ein verbessertes Kostenbewusstsein zu einer rationalen und Kosten dämpfenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führt, konnte bislang nicht empirisch bestätigt werden. Schon Siegfried Häussler stellte 1968 fest, „dass Kostenkenntnis keine signifikante Veränderung in der Inanspruchnahme der Ärzte durch die Versicherten hervorruft“.[5] Die im Modellversuch in Rheinhessen gewonnenen Erkenntnisse stützen diese Aussage.[6]

Auch wenn die Ausgabe einer Kostenübersicht das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten nicht beeinflusst, kann eine Verbesserung der Leistungs- und Abrechnungstransparenz dennoch dazu beitragen,

- die Wertschätzung und Zufriedenheit der Versicherten zu erhöhen,
- Falschabrechnungen der Leistungserbringer aufzudecken und vorzubeugen

sowie

- die Akzeptanz von Wahlтарifen zu steigern.

In der neueren Zufriedenheitsforschung geht man davon aus, dass die Preiszufriedenheit eines Kunden nicht nur von der Höhe eines Preises oder dem Preis-Leistungsverhältnis abhängt.[7] Auch die so genannten Preisnebenleistungen spielen bei der Beur-

teilung von Preisen und der Kundenzufriedenheit eine Rolle. Dazu zählen z. B. die Preisberatung, die Preistransparenz oder die empfundene Preisfairness eines Anbieters. Überträgt man die in anderen Dienstleistungsbranchen gewonnenen Erkenntnisse auf die gesetzliche Krankenversicherung, so lässt sich die These aufstellen, dass die Wertschätzung und die Zufriedenheit der Versicherten höher sind, wenn die Versicherten die Kosten der übernommenen Leistungen kennen. Der Unmut über steigende Kassenbeiträge und eventuelle Zusatzprämien könnte gemildert werden, wenn in der Bevölkerung allgemein bekannt wäre, was z. B. ein Krankenhausaufenthalt kostet oder wie hoch die jährlichen Arzneimittelausgaben eines Versicherten sind.

Die Verbesserung der Leistungs- und Abrechnungstransparenz kann gleichzeitig dazu beitragen, Falschabrechnungen von Leistungserbringern aufzudecken und Abrechnungsbetrug vorzubeugen. Zwar lassen sich einzelne Betrugsfälle auch durch Plausibilitätsprüfungen und stichprobenartige Untersuchungen aufdecken, nicht kontrollierte oder unauffällige Abrechnungspositionen können jedoch nur durch Hinweise von Patienten als falsch erkannt werden. Die Bereitschaft der Versicherten, ihre Kasse bei der Aufdeckung von Missbrauchsfällen zu unterstützen, scheint grundsätzlich gegeben. In einer Untersuchung der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2004 sprachen sich immerhin 83 Prozent der Befragten für eine Patientenquittung aus, um ihre Krankenkasse über Unstimmigkeiten zu informieren.[8]

Mit der Umsetzung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) gewinnen seit 2007 Wahlтарifen als Marketing-Instrument von Krankenkassen an Bedeutung.[9] Krankenkassen können die Entscheidung ihrer Mitglieder für den Abschluss eines Wahlтарifs unterstützen, indem sie die bei ihnen vorliegenden Abrechnungsdaten zur Verfügung stellen. Das subjektiv empfundene Risiko beim Abschluss eines Wahlтарifs könnte auf diese Weise verringert werden. Nach einem Modell von Werblow und Felder hängt die Schätzung der zukünftigen Leistungsausgaben u. a. von der Inanspruchnahme der Vorperioden ab.[10] Ob sich z. B. ein Selbstbehaltтарif für einen Versicherten lohnt, lässt sich auf Basis der vergangenen Abrechnungen einfach ermit-

teln. Kaum ein Versicherter in Deutschland weiß jedoch, was ein Arztbesuch kostet oder wie hoch seine durchschnittlichen Arzneimittelausgaben sind. An Selbstbehalten interessierte Mitglieder werden sich daher fragen, welcher Leistungsumfang durch einen Eigenanteil von z. B. 200, 400 oder 600 Euro abgedeckt ist. Fehlt einem Versicherten diese Information, wird er vermutlich bei seinem bisherigen risikofreien „Vollkaskotarif“ bleiben.

Die These, dass eine Verbesserung der Abrechnungstransparenz die Akzeptanz von Wahlтарifen fördert, lässt sich auch aus einer 2007 durchgeführten Untersuchung zur Wahrnehmung von Kosten im Gesundheitswesen ableiten. Der Großteil der befragten Versicherten schätzte dabei die Kosten einzelner medizinischer Leistungen deutlich zu hoch ein.[11] So wurden zum Beispiel die Kosten einer Blutuntersuchung nach einem Zeckenbiss im Durchschnitt auf 165,88 Euro geschätzt. Die tatsächlichen Kosten liegen mit 7,70 Euro weit unter diesem Betrag. Das Beispiel liefert eine Erklärung dafür, warum vor allem Selbstbehaltтарifen von den Versicherten bislang kaum angenommen werden.

Die Bereitstellung einer Leistungs- und Kostenübersicht für gesetzlich Versicherte kann also durchaus positive Effekte haben. Für eine flächendeckende Einführung bedarf es jedoch einer kostengünstigen Lösung, die einen möglichst vollständigen und automatisierten Zugriff auf die Abrechnungsdaten der Versicherten außerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses erlaubt. Die im BKK-System eingeführte elektronische Patientenquittung (EPQ) ist die erste praktikable Lösung, die diese Anforderungen erfüllt.

## Das BKK InfoNet als Datenquelle

Schon seit 2003 werden über die elektronische Patientenquittung die Abrechnungsdaten von Krankenhausbehandlungen, Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und sonstigen Leistungen (z. B. Fahrkosten) in eine persönliche elektronische Gesundheitsakte nach § 68 SGB V übertragen. Die Zusammenstellung und Übermittlung der Daten erfolgte in der ersten Version der EPQ durch einen Mitarbeiter der Krankenkasse. Das dahinterliegende Datenschutzkonzept wurde u. a. mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt.

Gesundheitsakte von Max Mustermann

Elektronische Patientenquittung

Alle Leistungsbereiche				
Datum von bis	Kurzbeschreibung der Leistung	Betrag	Zuzahlung	Details
09.07.2007	ARZNEI- UND HILFSMITTEL (APOTHEKE)	16,35 €	0,00 €	
	1 x CLINDAMYCIN RATIO 600MG Apotheker: Olickauf-Apotheker Eikehard Hoch, Dinslaken Verordnender Arzt: +Winzen, Rita			
11.12.2006 - 12.12.2006	AMBULANTE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN	46,87 €		
	+Vollbrandt, Ulrich Orthopäde			
09.08.2006 - 10.08.2006	KRANKENHAUSLEISTUNGEN	706,35 €	20,00 €	
	Augusta-Kranken-Anstalt Ev.-Krankenhaus			
03.05.2006	ARZNEI- UND HILFSMITTEL (APOTHEKE)	20,30 €	5,00 €	
	1 x DECODERM TRI Apotheker: Die Malteser-Apotheker Dieter Reise, Dinslaken Verordnender Arzt: +Winzen, Rita			
27.04.2006	HILFSMITTEL	119,52 €	11,96 €	
	1.00 x Weichpolstereinlagen 2.00 x Formabdruck in eigener Werkstatt, incl. Postiv 1.00 x Weichpolstereinlagen Benger Thomas Verordnender Arzt: +Peterke, Peter			

Abbildung 1: Die elektronische Patientenquittung in der careon-Gesundheitsakte (Beispielansicht)

Seit Ende 2007 verfügt die zweite Version der elektronischen Patientenquittung (EPQ 2.0) über eine direkte Verbindung zum Rechenzentrum des BKK Bundesverbands. Die Datenabfrage ist nun nicht mehr manuell durch die Krankenkasse auszuführen; die Einstellung der Leistungs- und Abrechnungsdaten erfolgt über eine automatisierte Schnittstelle zwischen der persönlichen Gesundheitsakte des Versicherten und dem BKK InfoNet.

Das BKK InfoNet enthält als Datawarehouse des BKK Systems nahezu alle Daten, die für eine umfangreiche Auskunft der Versicherten benötigt werden. Über eine spezielle Schnittstelle lassen sich diese Daten an Drittsysteme, wie z. B. die Gesundheitsakte, übermitteln.

## Einfacher Zugriff für die Versicherten

Der Zugriff auf die elektronische Patientenquittung ist für die Versicherten sehr einfach: Die Versicherten öffnen über den Internetauftritt der Krankenkasse zunächst ihre persönliche elektronische Gesundheitsakte. Über ein Dialogverfahren werden dann auf Wunsch alle verfügbaren Leistungs- und Abrechnungsdaten tagesaktuell aus dem BKK InfoNet in das Patientenquittungs-Modul der Gesundheitsakte verschlüsselt übertragen (siehe Abbildung 1).

Gegenüber der ersten Version der elektronischen Patientenquittung ermöglicht die Anbindung an das BKK InfoNet eine ausführlichere Darstellung der Abrechnungsdaten. Auch die Übertragung der ambulanten, vertragsärztlichen Daten ist neuerdings möglich.

## Punktwertedatenbank zur Bestimmung der ambulanten ärztlichen Leistungen nach dem EBM

Die in der elektronischen Patientenquittung dargestellten Leistungsausgaben werden als Euro-Beträge aus dem BKK InfoNet übernommen. Eine Ausnahme bilden die ambulanten ärztlichen Leistungen. Hier verfügen Krankenkassen nur über die Fallpunkte sowie einzelne Fallkosten, wie z. B. Portoausgaben. Um den Versicherten ein Gefühl dafür zu geben, welche Ausgaben bei einem Arztbesuch anfallen, hat die careon GmbH eine bundesweit einmalige Datenbank für die elektronische Patientenquittung erstellt. Die Datenbank enthält mehrere Tausend Punktwerte, unterteilt nach den Kassenärztlichen Vereinigungen, den unterschiedlichen Facharztgruppen und Abrechnungsquartalen. Über diese Datenbank lassen sich die Kosten der ambulanten ärztlichen Leistungen näherungsweise bestimmen.

## Positive Rückmeldungen von Kassen und Versicherten

Ein im Dezember 2007 von der careon GmbH und dem Lehrstuhl für Medizinische Informatik der Universität Erlangen-Nürnberg (Prof. Prokosch) durchgeführtes Forschungsprojekt zum Verhalten von Nutzern einer von BKKn angebotenen persönlichen elektronischen Gesundheitsakte zeigte eine hohe Akzeptanz der elektronischen Patientenquittung. Im Rahmen des Projektes wurden über 12.000 Nutzer einer elektronischen Gesundheitsakte angeschrieben, von denen rund 2.000 an der Befragung teilnahmen. Fast 95 Prozent dieser Versicherten sahen in der Möglichkeit, die Leistungs- und Abrechnungsdaten über den Internetauftritt ihrer Krankenkasse abzurufen, einen Nutzen. Nahezu jeder Zweite gab an, auf das in der Gesundheitsakte eingebundene Patientenquittungs-Modul abhängig von den zuvor in Anspruch genommenen Leistungen regelmäßig zuzugreifen.

Zu den Erfahrungen mit der zweiten Version der elektronischen Patientenquittung und dem Zugriff der Versicherten auf die im BKK InfoNet hinterlegten Abrechnungsdaten liegen auch von den beteiligten Krankenkassen erste Rückmeldungen vor: „Der Grund für die BKK ESSANELLE die Patientenquittung als Pilotkasse einzuführen, war die Möglichkeit der umfassenden Kostentransparenz. Wir wollten als eine der ersten Krankenkassen in Deutschland unseren Versicherten einen nahezu vollständigen Zugriff auf ihre Abrechnungsdaten ermöglichen.“, so Jürgen Hahn, Vorstandsvorsitzender der BKK ESSANELLE. „Das Feedback der Nutzer ist positiv. Tatsächlich bestehen häufig Diskrepanzen zwischen den tatsächlichen Kosten einer Behandlung und deren Einschätzung durch die Versicherten. Die Patientenquittung ermöglicht den Blick hinter den Kostenschleier. Die Patientenquittung dient den Versicherten aber unter anderem auch bei der Einschätzung eines für sie passenden Selbstbehalt-Wahltarifes.“

Die Bertelsmann BKK ist eine weitere Krankenkasse, die seit einigen Jahren mehr Transparenz im Gesundheitswesen schafft. Schon seit 2004 gehören die Gesundheitsakte und die elektronische Patientenquittung zum Service-Angebot für die Versicherten. Als mit der Ende 2007 implementierten





Schnittstelle zum BKK InfoNet auch die Daten der ambulanten, ärztlichen Leistungen erstmalig für die Versicherten verfügbar wurden, entschied die Bertelsmann BKK, zunächst einen Pretest mit einer Gruppe von Versicherten durchzuführen. Man wollte prüfen, wie die EPQ 2.0 mit ihren detaillierten Angaben von den Versicherten angenommen wird. „Wir waren positiv von den Rückmeldungen unserer Testnutzer überrascht“, sagt Thomas Johannwille, Vorstandsmitglied der Bertelsmann BKK. „Die Nutzer fanden die Anwendung leicht zu bedienen und waren durchweg von den zusätzlichen Informationen angetan. Mit den nun auch integrierten Abrechnungsdaten für ambulante ärztliche Behandlungen haben wir eine attraktive Lösung für die oft von Versicherten und auch Verwaltungsräten geforderte Transparenz im Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung.“

Dabei spielt es anscheinend keine Rolle, dass die Daten erst mit Verzögerung bei der Krankenkasse und somit auch in der elektronischen Patientenquittung vorliegen. Auf die Frage, ob es durch diese Verzögerung zu Rückfragen der Versicherten kommt, antwortet Markus Koch, stellvertretender Vorstand der BKK PricewaterhouseCoopers: „Auf den Zeitverzug, mit dem die Daten in der elektronischen Patientenquittung erscheinen, weisen wir an mehreren Stellen hin. Seit der Einführung der EPQ bei unserer Krankenkasse vor fünf Jahren gab es diesbezüglich nur wenige Rückfragen. Die Umstellung auf die Version 2.0 und die damit verbundene Schnittstelle zum BKK InfoNet haben die Auskunftsmöglichkeiten deutlich verbessert. Wie lange es dauert, bis die Abrechnungen der Leistungserbringer bei uns eingehen, können wir dagegen nicht beeinflussen. Uns ist es jedoch lieber, unsere Versicherten sehen ihre Daten nach einigen Wochen oder Monaten, als gar nicht.“

## Ausblick

Mit der Gesundheitsreform von 2004 verband der Gesetzgeber explizit das Ziel, die Transparenz im Gesundheitswesen zu verbessern. Die elektronische Patientenquittung mit der Anbindung an das BKK InfoNet trägt dazu bei, diesem Ziel ein Stück näher zu kommen. Mitte 2008 haben sich zwölf Betriebskrankenkassen für den Einsatz einer elektronischen Patien-

tenquittung entschieden. Von den etwa 70 Millionen gesetzlich Versicherten können schon heute rund eine Million Versicherte ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten per Knopfdruck über den Internetauftritt ihrer Krankenkasse abrufen.

Unter den Bedingungen des Morbi-RSA wird es für Krankenkassen zukünftig wichtiger, die Versorgung der Versicherten aktiv zu begleiten. Prozesse und Mehrwertdienste, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bzw. der Telematikinfrastruktur aufsetzen und Daten aus den Systemen der Leistungserbringer einbeziehen, werden nach heutigem Stand erst in einigen Jahren flächendeckend zur Verfügung stehen. [12] Bis dahin können Krankenkassen die bei ihnen vorliegenden Leistungs- und Abrechnungsdaten nutzen. Die Anzeige dieser Daten für die Versicherten ist dabei nur ein erster Schritt. Perspektivisch lässt sich eine elektronische Übersicht der in Anspruch genommenen Leistungen mit zusätzlichen Informationen der Krankenkasse verknüpfen. In Verbindung mit einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte nach § 68 SGB V eröffnet die elektronische Patientenquittung einen zusätzlichen Kommunikationskanal, um den Versicherten zielgenaue Informationen, z. B. zu Krankheitsbildern, Arzneimittelwechselwirkungen, Verhaltensregeln oder besonderen Versorgungsformen, zu übermitteln. Das persönliche Gesundheitsmanagement der Versicherten wird auf diese Weise sinnvoll unterstützt.

## Quellen und Literaturverzeichnis

- 1 Vgl. SCHNACK, Dirk (2005): Falsche Beträge auf Patientenquittungen sorgen für Ärger, in: *Ärzte Zeitung*, vom 5. Oktober 2005; o.V. (2005): „Kein Interesse an Patientenquittung“, in: *Ärzte Zeitung*, vom 11. Januar 2005.
- 2 Vgl. MEYE, Maria Rita, KOCH, Heinz (2003): „Patientenquittung“ zeigt, was Ärzte leisten, in: *Deutsches Ärzteblatt*, vom 4. Juli 2003, S. 1846-1848.
- 3 Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2003): Modellversuch: Ausgabe einer vertragsärztlichen Leistungs- und Kosteninformation in der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhausen. Ergebnisbericht der wis-

senchaftlichen Begleitung (Evaluation), S. 28.

- 4 Vgl. WEBER, Guido W. (2006): Die Patientenquittung - Ein ungenutztes Marketing-Instrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung?, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 60. Jahrgang (2006), Heft 1/2, S.30-37.
- 5 Vgl. BESKE, Fritz (2003): Die Patientenquittung in der Diskussion, in: *Gesundheitswesen*, 2003, 65, S. 133-134.
- 6 Vgl. MEYE, Maria Rita, KOCH, Heinz (2003).
- 7 Vgl. DILLER, Hermann (2000): Preiszufriedenheit bei Dienstleistungen, in: *Die Betriebswirtschaft*, 60, Nr. 5, 570-587.
- 8 Vgl. Bertelmann Stiftung (2004), Pressemitteilung vom 7. Dezember 2004.
- 9 Vgl. WEBER, Guido W. (2007): Kundenbindung durch Wahltarife - Neue Möglichkeiten im Krankenkassen-Marketing, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 61. Jahrgang (2007), Heft 7/8, S.54-63.
- 10 Vgl. WERBLOW, Andreas (2002): Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbsthalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, hrsg. vom DIW Berlin, Jg. 71 (2002), Heft 4, S.427-436.
- 11 Vgl. DRABINSKI, Thomas, SCHRÖDER, Carsten (2007): Zur Wahrnehmung von Kosten im Gesundheitswesen, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 11, August 2007.
- 12 Vgl. SCHNEIDER, Uwe K. (2007): Kommentierung zu § 291a SGB V, Randnummern 38 f., 56 f., in: *Krauskopf (Hrsg.)*, *Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung*, 59. Ergänzungslieferung Oktober 2007.

## Kontakt

**Guido W. Weber**  
**careon GmbH**  
**Österbergstraße 9**  
**D-72074 Tübingen**  
**Tel.: +49 (0) 70 71 / 9 20 57 - 0**  
**Fax: +49 (0) 70 71 / 9 20 57 - 22**  
**weber@careon.de**  
**www.careon.de**  
**www.gesundheitsakte.de**  
**www.versichertenauskunft.de**