



ZENTRALINSTITUT
für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland

Höninger Weg 115 - 50969 Köln (Zollstock), Tel. 0221/4005-125 - Fax: 0221/40 80 55

Modellversuch:

Ausgabe einer vertragsärztlichen Leistungs- und Kosteninformation in der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhausen

Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitung (Evaluation)

Köln, den 12. Mai 2003

Modellversuch:

Ausgabe einer vertragsärztlichen Leistungs- und Kosteninformation ("LKİ")
in der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhessen

Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitung (Evaluation)

Die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitforschung

durch das Zentralinstitut erfolgte im Auftrag folgender Institutionen/Körperschaften:

Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen
Kassenärztliche Bundesvereinigung
AOK-Landesverband Rheinland-Pfalz
BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland
IKK Rheinland-Pfalz
LKK Rheinland-Pfalz
VdAK/AEV-Landesvertretung Rheinland-Pfalz
Bundesknappschaft
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz

Projektleitung im Zentralinstitut:

Herr Dr. Heinz Koch, Frau Maria Rita Mey

Mitglieder des Projektausschusses „LKİ“

Herr Dr. Günter Gerhardt, Frau Daniela Maass, Herr Ludger Rode, *KV Rheinhessen*
Herr Dr. Dominik Graf von Stillfried, *Kassenärztliche Bundesvereinigung*
Herr Walter Bockemühl, *AOK-Landesverband Rheinland-Pfalz*
Herr Axel Benz, *BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland*
Herr Hans-Josef Klöckner, *IKK Rheinland-Pfalz.*
Herr Karl-Ludwig Schreier, *LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland*
Herr Willi H. Wagner, *VdAK/AEV-Landesvertretung Rheinland-Pfalz*
Frau Doris Bartelmes, Frau Birgit Belz,
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Höninger Weg 115 - 50969 Köln (Zollstock), Tel. 0221/4005-125 - Fax: 0221/408055



INHALT

1	Ausgangssituation und Zielsetzungen des Modellversuchs	5
2	Organisationsrahmen und Projektbeteiligte	11
3	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse des Modellversuchs	13
3.1	Praktikabilität	14
3.2	Akzeptanz der Patientenquittung	16
3.2.1	Zur Akzeptanz der Quittung auf Seiten der Patienten	16
3.2.2	Akzeptanz der Patientenquittung auf Seiten der Ärzte	21
3.2.3	Fazit zur Frage der Akzeptanz	25
3.3	Tages- und Quartalsquittungsausgabe im Vergleich	26
3.4	Zur Patienten- und Versichertenrolle	27
3.5	Zu den Gesamtkosten einer bundesweiten Einführung	28
3.6	Abschließendes Fazit	28
4	Zielsetzungen der Begleitforschung	30
5	Erhebungen im Rahmen des Modellversuchs	32
5.1	Modellversuchsteilnahme: Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhessen (II – IV/2002)	32
5.2	Gruppendiskussionen mit Ärzten und Patienten	37
5.2.1	Gruppendiskussionen im 1. Quartal 2002	37
5.2.2	Gruppendiskussionen im 4. Quartal 2002	39
5.3	Schriftliche Ärzte-Befragungen	42
5.3.1	Ergebnisse der schriftlichen Ärztebefragung zu Beginn des Modellversuchs	42
5.3.2	Ergebnisse der schriftlichen Ärztebefragung zum Abschluss des Modellversuchs	68

5.4	Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchs- quartal.....	92
5.5	Hotline der KV und Quittungsüberprüfungen.....	111
6	Quartalsübergreifende Analysen.....	112
6.1	„Quittungsausgabe“ nach Patienten-Altersgruppen in den Quartalen II, III und IV/2002.....	112
6.2	Unterschiedliche Teilnahmeraten in den Praxen: Ursachen- analyse.....	118
6.3	Modellrechnung zur bundesweiten Einführung einer Patienten- quittung.....	125
7	Versicherten-Interesse versus Patienten-Bedürfnis: ein Rollenkonflikt.....	129
7.1	Zum Informationsbedürfnis von Versicherten.....	129
7.2	Ein Kranker als „kritischer Kunde“ ?	133
7.3	Transparenz als langfristige Aufgabe	135
7.4	Fazit.....	137

Anhang

- Literaturverzeichnis
- Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen
- Empfehlung des Zentralinstituts an die Projektträger
- Diskussionsleitfäden
- Hotline-Dokumentationsbogen
- Fragebogen
- **Nachtrag:** Inanspruchnahmestatistik
im vierten Modellversuchsquartal (I/03)

1 Ausgangssituation und Zielsetzungen des Modellversuchs

Anders als im Kostenerstattungssystem der privaten Krankenversicherung leisten die gesetzlich Versicherten keine Zahlungen an den Arzt.

Das Sachleistungssystem gewährt den Versicherten kostenfreie Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

Die niedergelassenen Ärzte rechnen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Diese ist für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung verantwortlich und erhält von Krankenkassen hierfür eine pauschalierte Zahlung (Gesamtvergütung). Folglich sind die gesetzlich Versicherten in der Regel nicht über die Leistungen und Kosten informiert, die ihr Arzt abrechnet.

Immer mehr Versicherte empfinden dies aber als Nachteil.

Ebenso wünschen immer mehr Ärzte, ihren Versicherten das Leistungsgeschehen transparent machen zu können. § 305 SGB V eröffnet zwar theoretisch den Patienten die Möglichkeit, sich über die Kosten veranlasster Leistungen zu informieren, was aber praktisch zum jetzigen Zeitpunkt ausgesprochen schwer zu realisieren ist.

Die Frage der Intransparenz des Sachleistungssystems hat in letzter Zeit zunehmend öffentliche Aufmerksamkeit erfahren, nachdem die in den 80er Jahren initiierten Transparenzprojekte letztendlich im Sande verlaufen waren. Das Ziel „Transparenz erhöhen“, u.a. im Hinblick auf Preise für Gesundheitsdienstleistungen, hat z.B. Eingang in die Initiative „Gesundheitsziele für Deutschland“ gefunden.¹

¹ Hölling, G. et al.: Gesundheitsziel zur Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz von Bürgern und Patienten, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 46(2003)2, 128ff

Modellversuch der BKK Carl Zeiss und der KV Nord-Württemberg

Rund 5.900 Versicherte der BKK hatten vom vierten Quartal 1962 bis zum ersten Quartal 1967 laufend vierteljährlich eine Zusammenstellung der durch sie und ihre Angehörigen verursachten Kosten für ärztliches Honorar, Arzneimittel, Krankenhaus und Krankentagegeld erhalten. Bei der Analyse dieser Kostenkenntnis-Aktion ergab sich keine statistisch signifikante Veränderung in der Inanspruchnahme der Ärzte durch die Versicherten der BKK Carl Zeiss. Die Ärzte konnten auch keine Änderung im Arzt-Patientenverhältnis feststellen. Die Mehrzahl hielt die Aktion für wirkungslos, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in Bezug auf erwünschte pädagogische Effekte, z.B. Aktivierung des Gesundheitswillens und der Mitverantwortung.²

Modellversuch der Bundesknappschaft

Von 1986 an hat die Bundesknappschaft ihre Versicherten über deren in Anspruch genommene Leistungen und die damit verbundenen Kosten unterrichtet, zum Teil von Amts wegen, zum Teil auf Antrag. Das Verfahren der von Amts wegen erteilten Kostenauskünfte wurde Anfang der 90er Jahre wieder abgeschafft, da die Versicherten sich kontrolliert fühlten oder die Bescheide als Rechnung missverstanden. Vor dem Hintergrund regelmäßiger Aufklärungskampagnen stieg die Zahl der Anträge auf Kosteninformation zunächst, fiel aber wieder, als die Kostenauskunft aus verschiedenen Gründen ab 1999 nicht mehr offensiv angeboten wurde. Insgesamt war die Beteiligung gemessen an der Gesamtversichertenzahl verschwindend gering³.

² Häussler, S.: Kostenkenntnis für Sozialversicherte, Köln 1968, S. 69, 83f

³ Schriftliche Mitteilung der Bundesknappschaft, Bochum, 17.9.2002

Modell der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen⁴

Auch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) in Hessen bot und bietet allen Patienten, die es wissen wollen, einen Überblick über die von ihrem behandelnden Arzt für sie erbrachten Leistungen an. Patienten müssen dazu eine Postkarte an die KV senden. Auch hier hatten die Patienten nur wenig Interesse, 1988 lagen die Anforderungen im Pro-Mille-Bereich⁵. Da die KV in den letzten Jahren keine „Werbung“ mehr dafür betrieben hat, wird das Transparenzmodell zur Zeit in Hessen nur in einem ganz geringen Umfang in Anspruch genommen⁶.

Modellversuch der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhessen

Vor diesem Hintergrund hat die KV Rheinhessen im Rahmen eines Modellversuchs zum 1.4.2002 eine „Service-Kampagne“ gestartet: Den teilnehmenden Arztpraxen wurde die Möglichkeit gegeben, den Versicherten, die dies wünschen, eine sog. „Patientenquittung“⁷ zu erstellen.

In dieser schriftlichen Kosten- und Leistungsinformation wurden die medizinischen Leistungen, die der Arzt für sie persönlich erbracht hat, einschl. der dadurch verursachten Kosten⁸ aufgelistet (vgl. Abb.1)⁹. Erstmalig wurde damit den Patienten eine zeitnahe und verständliche Abrechnungsinformation geboten.

⁴ „Das machen Ärzte besser“, selecta 11.Jg., 14. März 1988

⁵ Plausibilität kassenärztlicher Abrechnung: Das machen die Ärzte besser, in: selecta 11, 14. März 1988

⁶ Schriftliche Mitteilung der KV Hessen vom 19.3.2002

⁷ Der Begriff Patientenquittung ist nicht ganz zutreffend. Etwas „quittieren“ muss der Patient dabei nicht.

⁸ Da die ärztlichen Honorare erst nach dem gesamten Abrechnungsprozess in dem der Punktwert ermittelt wird, feststehen, sind die auf der Quittung vermerkten Kosten nur Annäherungswerte.

⁹ Quelle: KV Rheinhessen, siehe unter <http://www.kv-rheinhessen.de>

Abb. 1: Patientenquittung – Muster - Vorderseite

Herrn Hans Testmann Testweg 5 55555 Teststadt	Dr. med. Mustermann Arzt für Allgemeinmedizin Hinter den Hügeln 12 55137 Mainz Tel.: 06131/654321
--	---

(Testkasse, Versicherten-Nr. 000 000 000)	Datum: 01.07.2002
---	-------------------

Behandlungszeitraum: April bis Juni 2002 (2. Quartal 2002)

Tag	GNR	Kurzbeschreibung	Punkte	Honorar in EUR
02.04.2002	1	Gebühr für die ärztliche Inanspruchnahme *	265	11,26
	10	Hausärztliches Gespräch, Dauer mind. 10 Min	300	12,75
	603	EKG, mind. 12 Ableitungen	250	10,63
	8066	Hausärztliche Vergütung, je Behandlungsfall *	90	3,83
16.05.2002	2	Gebühr für die ärztliche Inanspruchnahme	50	2,13
	378	Ultraschalluntersuchung der Bauch- und/oder Brustorgane	520	22,10
20.06.2002	2	Gebühr für die ärztliche Inanspruchnahme	50	2,13
	10	Hausärztliches Gespräch, Dauer mind. 10 Min	300	12,75
<u>Honorar für ärztliche Leistungen</u>				77,58

Die mit „**“ gekennzeichnete Leistung darf nur einmal pro Quartal berechnet werden.

Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

Abb. 1: Patientenquittung – Muster - Rückseite

Patienteninformation über ärztliche Leistungen und Behandlungskosten

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen eines Modellprojektes möchten wir unsere ärztlichen Leistungen und damit Ihre Behandlung für Sie übersichtlich und nachvollziehbar machen. Als neuen Service erhalten Sie heute eine Aufstellung über die Leistungen, die wir für Sie erbracht haben. Die voraussichtliche Vergütung, die wir über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Rheinhessen von Ihrer Krankenkasse erhalten, können Sie ebenfalls ablesen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Das Projekt "Ausgabe einer Leistungs- und Kosten-Information" wird in Rheinhessen von mehr als 100 Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen für den Zeitraum von einem Jahr erprobt. Träger sind die KV Rheinhessen, die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) wird das Modellvorhaben wissenschaftlich begleiten. Hierfür brauchen wir Ihre Unterstützung. Wir möchten gerne wissen, wie Sie als Patientin/Patient diese Leistungs- und Kostentransparenz beurteilen. Deshalb kann es sein, dass Sie von Ihrer Arztpraxis einen Fragebogen erhalten. Bitte unterstützen Sie uns dann mit Ihrer aktiven Mitarbeit. Denn nur so können wir herausfinden, ob dieser Service bundesweit eingeführt werden soll.

Die Kostenaufstellung enthält Ihre vertraulichen Patientendaten und wird Ihnen deshalb persönlich übergeben bzw. auf dem Postweg an Sie persönlich übersandt. Wenn Sie Rückfragen zu dieser Leistungs- und Kosteninformation haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam oder die kostenlose Hotline der KV Rheinhessen unter der Telefonnummer 08 00 – 1 01 36 43.

Einige Erläuterungen zur Kostenaufstellung bereits vorab:

- Die Gebührenordnung für ärztliche Leistungen ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Darin sind die Gebührenordnungsnummern (GNR) bundeseinheitlich festgelegt. Für jede GNR können wir eine bestimmte Anzahl Punkte, die Vergütungseinheit der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, abrechnen. Manchmal sind den GNR auch feste EUR-Beträge zugeordnet.
- Die Höhe unseres ärztlichen Honorars errechnet sich aus der Summe aller abgerechneten Punkte, die mit einem bestimmten Punktwert multipliziert wird. Dieser Punktwert wird einmal im Quartal von der KV ermittelt und errechnet sich aus der Zahl aller abgerechneten Punkte von allen Ärztinnen/Ärzten in Rheinhessen und dem Betrag, den die Krankenkassen für die ambulante Versorgung an die KV bezahlen. Die KV bezahlt davon die Ärztinnen/Ärzte. Im letzten Jahr ergab sich ein durchschnittlicher Punktwert von 0,0425 EUR. Die Punktwerte, die wir für einzelne Leistungen erhalten, können davon um bis zu 20 % abweichen. Unterschiede ergeben sich aufgrund der Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt bzw. als Fachärztin/Facharzt sowie geltender Begrenzungs-Regelungen, die sich je nach Leistungsspektrum der einzelnen Praxis auswirken können.
- Bitte beachten Sie: Aus dem Honorar müssen wir auch die Kosten des Praxisbetriebes decken.

Hinweis

Wir bemühen uns, das Modellprojekt im täglichen Praxisstress als Service für Sie zusätzlich anzubieten. Es kann allerdings in der Hektik vorkommen, dass - vor allem in der Anfangszeit - Fehler auftreten. Sie sollten auch wissen, dass Laborleistungen erst dann berechnet werden können, wenn wir die Rechnung vom Labor haben. Das kann manchmal einige Tage dauern.

Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

Inzwischen ist es bereits erklärter politischer Wille, die Beteiligungschancen der Patienten im Gesundheitswesen zu erhöhen: Der Koalitionsvertrag vom 16.10.02 sieht vor, Patientenschutz und Patientenrechte auszubauen: „Patienten haben Anspruch auf vollständige Informationen. Deshalb werden wir eine Patientenquittung einführen, mit der die Behandlungen nachvollzogen werden können“.¹⁰ Dieser Punkt wurde unter der Überschrift „Mehr Qualität und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ entsprechend ins Regierungsprogramm aufgenommen.

Die Patientenquittung wurde ein Jahr lang als freiwillige und zusätzliche Leistung der Ärzte im Rahmen eines Modellversuchs erprobt, um die **Praktikabilität**, die **Akzeptanz** und - soweit möglich - auch die **Auswirkungen** des Verfahrens auf Einstellungen und Handlungen von Ärzten und Patienten zu ermitteln.

Ziel ist es, mit diesem neuen Service-Angebot ein größeres Interesse zu wecken, als es mit den bisherigen Modellversuchen realisiert werden konnte.

¹⁰ Ulla Schmidt auf neuer Fahrt mit altem Kurs, in: Ärzte-Zeitung vom 17.10.02;vgl. SPD -/Bündnis 90/Die Grünen, Hrsg., „Koalitionsvertrag 2002-2006: Erneuerung - Gerechtigkeit - Nachhaltigkeit“, Berlin, 16.10.2002, S.56

2 Organisationsrahmen und Projektbeteiligte

Die Patientenquittung bzw. „Leistungs- und Kosteninformation (LKI)“ wurde vom **1.4.2002 bis 31.3.2003** modellhaft für den Zeitraum von einem Jahr in 67 rheinhessischen Arztpraxen erprobt. Träger sind die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Rheinhessen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

An der Durchführung des Projektes sind im Einzelnen beteiligt:

- ***Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen, Mainz,***
- ***Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln***
- ***AOK – Gesundheitskasse in Rheinland Pfalz, Eisenberg***
- ***BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz,***
- ***IKK Rheinland-Pfalz, Mainz,***
- ***LKK Rheinland-Pfalz, Mainz,***
- ***VdAK / AEV-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz,***
- ***Bundesknappschaft Bochum,***
- ***Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, Mainz***

und für die wissenschaftliche Begleitung das

- ***Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln¹¹.***

¹¹ Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist eine Forschungseinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Geschäftsstellen in Köln und Berlin

Die Vertragspartner haben einen Projektausschuss eingerichtet und der KV Rheinhessen die Geschäftsführung übertragen.

Der Modellversuch sollte auch Auskunft darüber geben, welche Form der Patientenquittung sich als sinnvoll erweist. In 21 Arztpraxen wurde der Beleg den interessierten Versicherten jeweils unmittelbar im Anschluss an den Arztkontakt übergeben („**Tagesquittung**“), in 46 Arztpraxen erhielten die Versicherten auf Wunsch den Leistungs- und Kostenüberblick am Quartalsende per Post („**Quartalsquittung**“).

Mit den drei größten Softwarehäusern der Region wurden Verfahren zur automatisierten Erstellung der Quittung vereinbart. Damit das Formular auch für Laien verständlich ist, hat die KBV eine Textdatei generiert, die jeder vom Arzt angegebenen Gebührennummer einen allgemeinverständlichen Kurztext zuordnet.

*Bei Bedarf konnten sich die Versicherten per **Hotline der KV** über das Abrechnungssystem ärztlicher Leistungen informieren. Im Zweifelsfall konnten sie auch ihre Quittung durch die KV überprüfen lassen.*

Für die Ausstellung einer Patientenquittung wurden die am Modellversuch teilnehmenden Ärzte gesondert honoriert, sie erhielten 1,50 € für die „Tages-“ und 2,25 € für die „Quartalsquittung“.

3 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse des Modellversuchs

Das Angebot, sich per **Hotline der KV** über das Abrechnungssystem ärztlicher Leistungen zu informieren, haben insgesamt acht Versicherte genutzt. Von der Möglichkeit, ihre Quittung durch die KV **überprüfen** lassen, haben insgesamt 19 Patienten Gebrauch gemacht, wobei in 18 Fällen keine Abweichungen festgestellt wurden. In dem anderen Fall ergab sich eine irrtümliche Abrechnung, die entsprechend korrigiert wurde.

Die **wissenschaftliche Begleitforschung** (Evaluation) durch das Zentralinstitut richtete sich primär auf die technische Praktikabilität, den Aufwand sowie die Akzeptanz auf Seiten der Ärzte und Patienten und wurde prozessbegleitend durchgeführt. Hinzu kam die Ermittlung von Erfahrungen, Handlungsweisen und subjektiven Einschätzungen der Konsequenzen, die mit der Einführung des Informationsverfahrens verbunden waren und wesentliche Einflüsse auf die Akzeptanz hatten.

Instrumente der wissenschaftlichen Begleitung waren – neben den Abrechnungsstatistiken der KV - standardisierte Ärzte- und Patienten-Befragungen (per postalisch versandte Fragebogen, ergänzt um Telefon-Interviews), Fokus-Gruppen und Befragungen der am Projekt beteiligten Organisatoren.

Im Rahmen des einjährigen Modellversuchs wurden die Patienten einmal und die teilnehmenden Praxen zweimal befragt, hinzu kamen insgesamt sechs Gruppendiskussionen mit Ärzten und Patienten im ersten und im vierten Quartal 2002.

Bei der Interpretation der Zahlen aus der Ärztebefragung ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine kleine Studie mit 67 Teilnehmern handelt. Bei dieser **geringen Fallzahl** kann die Meinungsänderung eines einzigen Befragten bereits zu deutlichen Unterschieden in den Prozentsätzen führen. Deshalb sollten kleinere Änderungen in den Antworthäufigkeiten **nicht überinterpretiert** werden.

Von Patienten, die im zweiten Modellversuchsquartal in Rheinhessen zusammen mit der Tages- oder „Quartalsquittung“ einen Fragebogen erhalten haben, sandten etwa 14 % einen ausgefüllten Fragebogen an das Zentralinstitut zurück. Die Ergebnisse der Patientenbefragung repräsentieren **überwiegend Patienten, welche die „Quittung“ als Angebot nützlich finden.**

3.1 Praktikabilität

Der **durchschnittliche Zeitaufwand** für die **Erstellung** einer „Tagesquittung“ (**TQ**) lag im vierten Modellversuchsquartal (I/03) unter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch - organisatorischen Abläufe bei jeweils rund 2 Minuten für Arzt und Praxispersonal. Bei der bzw. „Quartalsquittung“ (**QQ**) waren es rund 2 Minuten für den Arzt und gut 3 Minuten für das Praxispersonal. Der Erstellungsaufwand für die Praxen mit „Tagesquittungen“ (**TQ**) lag insgesamt bei **knapp 4 Minuten (QQ: gut 5 Minuten)**. Diese Ergebnisse sind mit denjenigen der ersten Befragung nahezu identisch.

Während die Ausgabezeiten für die „Quittung“ annähernd gleich geblieben sind, hat sich der **Zeitaufwand** der Praxis **für Erläuterungen und Rückfragen** zur „Tagesquittung“ bzw. zu Quittungsinhalten **reduziert**, was direkt auf den Rückgang der ausgegebenen Quittungen zurückgeht. Hinzu kommt auch

ein „Gewöhnungseffekt“, denn für Patienten, welche die „Quittung“ zum zweiten oder dritten Mal bekommen, erübrigt sich oft ein Rückfragen.

Im ersten Modellversuchsquartal (II/02) wurden für Erläuterungen im Durchschnitt **99 Minuten (QQ: 73 Minuten)** pro Woche angesetzt. Im letzten Modellversuchsquartal (I/03) sind es im Mittel nur noch **69 Minuten (QQ: 48 Minuten)** pro Woche.

Der höhere Zeitaufwand des Praxispersonals in der "QQ-Gruppe" ist darauf zurückzuführen, dass „Quartalsquittungen“ zusätzlich **versandt** werden müssen. Andererseits ist in dieser Gruppe der Erläuterungsaufwand geringer, weil die Möglichkeit des spontanen Nachfragens entfällt.

Im Laufe des Modellversuchs haben sich also die **Ausgabe- und Bearbeitungszeiten** pro „Quittung“ nicht verändert. Die zeitliche Beanspruchung durch **Rückfragen** zur „Quittung“ in der Arztpraxis hat sich – vor allem bedingt durch das abnehmende Patienteninteresse – im letzten Modellversuchsquartal gegenüber dem ersten erkennbar reduziert.

Mit **technisch-organisatorischen** Problemen hatten zu Anfang 60 % der „Tagesquittungspraxen“ und 43 % der Quartalsquittungspraxen zu kämpfen, die Softwareprobleme konnten aber im Quartalsverlauf überwiegend gelöst werden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass beide Verfahren zur Patientenquittung in der Praxis technisch machbar, allerdings mit entsprechendem Aufwand verbunden sind.

3.2 Akzeptanz der Patientenquittung

3.2.1 Zur Akzeptanz der Patientenquittung auf Seiten der Patienten

Die Akzeptanz von Seiten der Patienten drückt sich aus in der Inanspruchnahme, der Beurteilung des Quittungs-Formulars und in der Wertschätzung des Angebots.

3.2.1.1 Inanspruchnahme

Im Vergleich zu früheren Modellversuchen war das Interesse an der Quittung beachtlich.

Insgesamt wurden von den am Modellversuch teilnehmenden Praxen im ersten Modellversuchsquartal (II/02) für 16.954 Patienten Leistungs- und Kosteninformationen über vertragsärztliche Leistungen ausgestellt. Im zweiten (III/02) waren es noch 11.659 und im dritten Modellversuchsquartal (IV/02) waren es noch 10.956 Patienten.¹²

Bezogen auf die Gesamtfallzahl der jeweiligen Quartale (II/02: 82.252; III/02: 79.709; IV/02: 80.415) entspricht das einer sinkenden **Inanspruchnahmequote** von:

- **21,9 %** in II/02,
- **15,2 %** in III/02 und
- **14,0 %** in IV/02.

¹² Die Werte zum vierten Modellversuchsquartal sind als Anlage angefügt, da sie zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vorlagen.

In der Modellgruppe „**Tagesquittung**“ haben absolut und anteilmäßig mehr Patienten das Angebot einer Kosten- und Leistungsinformation angenommen als in der Modellgruppe „Quartalsquittung“.

Ersatzkassenversicherte nahmen am häufigsten, AOK-Versicherte am seltensten eine Quittung.

Unter den Quittungspatienten dominierten **30 bis 50jährige Patienten** und **Kinder** unter 7 Jahren (bzw. deren Eltern). Jugendlichen, junge Erwachsene sowie (sehr) alte Patienten (70 Jahre und älter) waren unter den Quittungsempfängern unterrepräsentiert. Der Inanspruchnahme-Rückgang fiel bei älteren Patienten deutlicher aus als bei jüngeren.

Auch in der **Längsschnittbetrachtung** wurde deutlich, dass das Interesse der Patienten an einer Quittung auf Dauer zurückgeht: Gerade ein Viertel der Patienten, die im ersten Modell-Quartal eine Quittung mitgenommen haben, taten dies auch im zweiten. Wiederum die Hälfte davon war im dritten Quartal noch interessiert.

Die Gründe für diese **begrenzte Nachfrage** bzw. den Nachfrage-**Rückgang** ergeben sich aus den verschiedenen Teilstudien.

In der Abschlussbefragung erklärten die Praxen den Rückgang der Quittungsausgabe überwiegend mit dem „Sättigungseffekt nach anfänglichem Interesse seitens des Patienten“ und dessen zunehmendes Desinteresse. Zum Teil hat darunter auch die Motivation der Praxis gelitten.

In allen Teiluntersuchungen wurde übereinstimmend - auch von den Patienten selber - bestätigt, dass Patienten **Desinteresse** zeigen bzw. dass sie trotz Praxis-Plakat und Flyer **nicht von sich aus** nach der Quittung fragen.

Die Gründe für die Ablehnung des Quittungsangebotes können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Vertrauen in den Arzt / fehlendes Kontrollbedürfnis,
- fehlende finanzielle Konsequenzen,
- Angst, den Arzt zu kritisieren,
- Angst vor evtl. mit der Quittungsannahme verbundenen Pflichten,
- unnützer Verwaltungsaufwand / unnütze Kosten,
- Verständnisprobleme älterer Menschen,
- Desinteresse bei Jugendlichen,
- Eine Quittung im 1. Quartal ausreichend, vor allem bei gleich bleibenden Behandlungsleistungen.

Während im Durchschnitt mehr als drei Viertel der Patienten die Praxis ohne Quittung verlassen haben, realisierten einige Praxen höhere Ausgabequoten (bis etwa 80 %). Offensichtlich gibt es **Merkmale** bzw. **Rahmenbedingungen, die die Quittungsausgabe fördern können**. Genannt wurden:

- Großes persönliches Engagement,
- Überzeugungskraft des Arztes,
- Regelmäßige Ausgabe der Quittung als „selbstverständliche“ Information,
- Kapazitätsfreiräume in der Praxisorganisation.

Daraus ist nicht der Umkehrschluss zu ziehen, dass Ärzte mit niedrigen, Inanspruchnahmequoten kein Engagement gezeigt haben. Es ist von einem Zusammentreffen verschiedener Faktoren auszugehen, z.B. auch von ungünstigen Rahmenbedingungen in der Praxis (*nur ein zentraler Drucker verfügbar, Patient muss auf den Ausdruck warten etc.*).¹³

¹³ Weitere ungünstige Rahmenbedingungen sind in Kapitel 6.2. aufgeführt.

Blickt man auf die **Nachfrageseite**, so zeichnen sich interessierte Patienten überwiegend durch ein höheres Bildungsniveau aus, sie sind jünger und haben in der Regel leichtere Erkrankungen. Das erklärt nach Einschätzung der Ärzte auch den hohen Anteil von Ersatzkassenpatienten mit Quittung.

Ausgehend von den Werten der Inanspruchnahme lässt sich feststellen, dass die Patientenquittung nur bei einem Teil der Zielgruppe Akzeptanz findet, wobei die „Tagesquittung“ etwas besser abschneidet.

3.2.1.2 Verständlichkeit des Formulars und Rückfragen

In diese Hinsicht waren sich Patienten aus der „Tages-„ und „Quartalsquittungsgruppe“ weitgehend einig: 86 bzw. 87 % der Befragten hatten nach Durchlesen der Quittung keine Fragen. Die restlichen 14 bzw. 13 % der Befragten mit **Aufklärungsbedarf** stellten über die Hälfte (52 bzw. 55 %) Fragen nach den aufgeführten Leistungen und zu deutlich mehr als einem Drittel (38 bzw. 43 %) auch Fragen zum Sinn und Zweck des Verfahrens.

Fast alle Befragten (96 bzw. 97%) fanden die Quittung **verständlich** und 82 % meinten, dass sie nicht mehr verbessert werden kann. Das korrespondiert mit dem relativ geringen Anteil von Patienten mit Rückfragen. Auch in der Gruppendiskussion wurde diese Einschätzung von den Patienten geteilt.

Patienten (18 %), welche Verbesserungsvorschläge notierten, ging es vor allem um die Verständlichkeit der Texte zu den Gebührennummern. Man sollte hier *„für Laien verständlichere Bezeichnungen wählen“*. Auch wurde vorgeschlagen, durch einen entsprechenden Aufdruck die Verwechslungsgefahr mit einer Rechnung zu vermeiden.

Insgesamt meldeten die Patienten also nur geringe Probleme mit der Verständlichkeit der Quittungsinhalte.

Dies wurde von den **Ärzten** anders wahrgenommen, wie die erste Befragung zeigt: Auf die Frage, ob Patienten die Quittung ansprechend und verständlich finden, antworteten 46 % der Befragten aus der „Tagesquittungsgruppe“ und 50 % aus der „Quartalsquittungsgruppe“ mit „nein“. Diese **Diskrepanz** wird zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass an der Befragung vor allem Patienten teilgenommen haben, die an der Patientenquittung besonders interessiert sind und die nach der Wahrnehmung der Praxen überwiegend ein höheres Bildungsniveau aufweisen. Solchen Patienten dürfte der Umgang mit Formularen keine Probleme bereiten. Sicher kommt darin auch zum Ausdruck, dass Ärzte negative Reaktionen verstärkt wahrgenommen haben.

3.2.1.3 Wertschätzung des Angebotes durch die Patienten

Bezüglich der These, dass Patienten es wichtig finden, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können, waren die **ärztlichen Meinungen** sehr geteilt und außerdem im Lauf des Modellversuchs einem deutlichen Wandel unterzogen. In der „Tagesquittungsgruppe“ fiel die Zustimmung von 53 % auf 21 %, in der „Quartalsquittungsgruppe“ stieg sie von 21 auf 27 %. Somit sieht nur rund ein Viertel der Ärzte bei den Patienten ein wesentliches Interesse an der Quittung.

Die Patienten, die den Fragebogen ausgefüllt haben, zeichnen sich dadurch aus, dass sie es zu einem hohen Prozentsatz wichtig finden, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können: 81 % in der „Tagesquittungs-“, und 84 % in der „Quartalsquittungsgruppe“. Sie waren auch mehrheitlich der Meinung, dass sie durch die Quittung die Leistung ihrer Ärzte besser einschätzen können: 64 bzw. 71 %. Für mehr als die Hälfte der Patienten sind die Preise der ärztlichen Leistung niedriger als sie dachten. Durch die Kenntnis der Preise für ärztliche Leistungen sah sich kaum ein Patient zu einer Verhaltensanpassung – zu einer vermehrten oder verminderten Zahl von Arztbesuchen – veranlasst. Dass die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert, glaub-

ten 35 bzw. 42 %. Allerdings waren weniger als 3 % der Antworter bereit, für die Quittung einen begrenzten Betrag selber zu zahlen.

Das Angebot der kostenlosen Patientenquittung ist also für ein Viertel begrenzten Teil der Patienten inhaltlich interessant.

3.2.2 Zur Akzeptanz der Patientenquittung auf Seiten der Ärzte

In den drei Modellversuchsquartalen, für die zum Berichtszeitpunkt bereits Zahlen vorlagen, variierten die Beteiligungsquoten nach Praxen sehr. Grundsätzlich lag die Inanspruchnahmequote in Facharztpraxen höher als in Hausarztpraxen.

Bezüglich der Akzeptanz von Seiten der Ärzte wurden die Einflussfaktoren Aufwand, Honorierung und Imagegewinn bzw. Arzt-Patient-Beziehung untersucht.

3.2.2.1 Aufwand

Dass die Quittungserstellung mit **geringem Aufwand** verbunden“ sei, sagten zum Schluss nur rund ein Drittel der Befragten, wobei die „Tagesquittungsgruppe“ ihre Zustimmung zu dieser Aussage gesenkt und die „Quartalsquittungsgruppe“ sie erhöht hat. Diese Aussage wurde vor allem von Praxen mit hohem Quittungsvolumen verneint. In den Focus-Gruppen und freitextlich auf den Fragebögen berichteten einige Ärzte von beträchtlichen Störungen der Praxisroutine durch die Quittungsausgabe. In der zweiten Focus-Gruppe mit Ärzten, die „Quartalsquittungen“ ausstellten, wurde sogar wegen der damit verbundenen „übergroßen Belastung“ für einen vorzeitigen Abschluss des Modellversuchs, allerdings auch für eine Ausweitung des Modells unter anderen Rahmenbedingungen plädiert.

Sicherlich ist in diesem Zusammenhang auch die Inanspruchnahmequote als ein Indiz ärztlicher Akzeptanz anzusehen, z.B. in den Fällen, wo sich größere Störungen im Praxisablauf ergaben.

Nur ein Drittel der Praxen kann die Patientenquittung mit wenig Aufwand integrieren, für die übrigen Praxen dürfte der Aufwand ein Akzeptanzhemmnis darstellen.

3.2.2.2 Honorierung und Abrechnung

52 % der Praxen hielten das Entgelt für die Erstellung einer „Tagesquittung“ von 1,50 Euro für kostendeckend. Für 48 % müsste es höher ausfallen, wobei sich die praxiseigene Kalkulation zwischen 1,86 und 5,00 Euro bewegte und im Mittel rund 3,00 Euro betrug.

Demgegenüber wurde das Entgelt von 2,25 Euro für das Ausstellen einer „**Quartalsquittung**“ nur von 34 % der Praxen für kostendeckend gehalten. Entsprechend müsste es für 66 % höher ausfallen, kalkuliert wurden Werte zwischen 2,5 und 15 Euro, der Mittelwert betrug 4,38 Euro. Wenn man die zusätzlichen Versandarbeiten berücksichtigt, lässt sich die größere Unzufriedenheit nachvollziehen.

Das Gefühl, kostendeckend zu arbeiten, hatte also nur die Hälfte (bei der „Tagesquittung“) bzw. ein Drittel (bei der „Quartalsquittung“) der Modellteilnehmer.

Der Mensch, der den Arzt aufsucht, tut dies in erster Linie als „Patient“, also zur Linderung oder Heilung eines Leidens und nicht zur Kontrolle des Arztes. Von der Seite der Patienten ist diese **Kontrollfunktion** – nach Ansicht vieler Ärzte – aus diesem Grund nicht zu erwarten. Dass die obligatorische Einführung der Patientenquittung zu einer insgesamt **korrekteren Abrechnung** führen würde, erwarten ein Drittel („Tagesquittungsgruppe“) bzw. knapp die Hälfte („Quartalsquittungsgruppe“) der Modellteilnehmer.

3.2.2.3 Imagegewinn / Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung

Der These „die Quittung verbessert das **Image** der Ärzteschaft“ stimmten im dritten Versuchsquartal noch 49 % der Praxen aus der „Tagesquittungsgruppe“ zu, während es zu Beginn 58 % waren. In der „Quartalsquittungsgruppe“ blieb die Zustimmung in etwa gleich (von 43 auf 41 %). Weniger als die Hälfte der Modellteilnehmer sah also auf dieser Ebene einen Nutzen.

Im Vergleich dazu: Die Patienten sahen zu 48 % („Tagesquittungsgruppe“) bzw. zu 56 % („Quartalsquittungsgruppe“) den Imagegewinn.

Ein akzeptanzsteigernder Gewinn für die Ärzte könnte in einer **besseren Arzt-Patient-Beziehung** liegen. Dass die Quittung dazu beiträgt, meinten in der Abschlussbefragung nur 3 % (zu Beginn 17 %) der Praxen aus der „Tagesquittungsgruppe“ und 16 % (vorher 13 %) aus der „Quartalsquittungsgruppe“.

Im Vergleich dazu: Die Patienten sahen zu 35 % („Tagesquittungsgruppe“) bzw. zu 56 % („Quartalsquittungsgruppe“) eine Beziehungsverbesserung.

Ein weiterer Vorteil der Quittungsausgabe könnte darin liegen, dass Rückfragen der Patienten zur **Complianceförderung** genutzt werden können. Dem stimmten letztlich 45 % der Praxen aus der „Tagesquittungsgruppe“ (anfangs waren es 42 %) und 32 % (vorher 22 %) aus der „Quartalsquittungsgruppe“ zu. Etwas häufiger wurden Ansatzmöglichkeiten zu **Förderung des Kostenbewusstseins** gesehen: in der „Tagesquittungsgruppe“ zu 48 % (vorher 53 %) und in der „Quartalsquittungsgruppe“ zu 38 % (vorher 37 %).

Von Vorteil für die Beziehung ist es sicherlich, wenn Ärzte **Patientenbedürfnisse** befriedigen, die über die übliche medizinische Versorgung hinausgehen. Den Patientenwunsch, „ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können“, nahmen aber letztlich nur rund ein Viertel der Ärzte bei ihren Patienten wahr. Wenn aber die Zielgruppe das Angebot nicht ausreichend zu schätzen weiß, leidet die Motivation der Anbieter zwangsläufig.

Das mit der Quittung implizierte „**Reden über Geld**“ scheint keine allzu große Gefahr für die Akzeptanz darzustellen: Nur 20 % in der „Tagesquittungsgruppe“ meinten, dies würde „das Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit“ schmälern

(zu Beginn waren es 22 % gewesen), in der „Quartalsquittungsgruppe“ stimmten dem 28 % zu (vorher 39 %).

Der einzige Vorteil, der zumindest in der „Tagesquittungsgruppe“ deutlich mehrheitlich (82 %, vorher 80 %) gesehen wurde, liegt darin, dass die Patientenquittung „zu einer **sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung** seitens der Patienten“ führt. Die Praxen aus „Quartalsquittungsgruppe“ stimmten dem zu 46 % (vorher 58 %) zu.

Im Vergleich dazu: Die Patienten waren zu 64 % der Meinung, dass sie durch die Quittung „die Leistung ihrer Ärzte besser einschätzen“ können.

In diesen Zusammenhang passt auch das Ergebnis, dass die **Preise** für ärztliche Leistungen **niedriger** sind, als die Mehrheit der Patienten dachte.

In der „Tagesquittungsgruppe“ äußerten dies 60 % und in der Quartalsgruppe 54 %.

Der einzige häufig genannte Vorteil der Patientenquittung aus Arztsicht ist also, dass sie zu einer sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung seitens der Patienten führt. Imagegewinn und Möglichkeiten der Förderung von Compliance und Kostenbewusstsein werden nur von Teilgruppen der Modellteilnehmer als Vorteil wahrgenommen, eine bessere Arzt-Patient-Beziehung spielt nur eine untergeordnete Rolle.

3.2.2.4 Leistungsnachfrageverhalten der Patienten

Eine mögliche Erwartung an die Patientenquittung ist die, dass sich Patienten aufgrund der Kostenkenntnis **kostenbewusster** verhalten. Die Ärzte aus beiden Gruppen schlossen aber fast komplett zu beiden Befragungszeitpunkten aus, dass „die Kenntnis der Kostensituation die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen reduziert“.

Allerdings wurde in Einzelfällen der Eindruck geäußert, dass Patienten mit geringen Quittungssummen verstärkt medizinische Leistungen nachfragen: Dies taten 5 % der Praxen aus der „Tagesquittungsgruppe“ (vorher 0 %) sowie 11 % aus der „Quartalsquittungsgruppe“ (vorher 8 %).

Auch auf der Ebene der „Erziehung“ von Patienten zu mehr kostenbewusstem Verhalten nahmen die Ärzte keine Erfolge wahr, einige sahen sogar den gegenteiligen Effekt.

3.2.2.5 Favorisierte Form der Quittungsausgabe

Die Mehrzahl der am Modellversuch teilnehmenden Praxen wünscht eine **optionale** Quittungseinführung, wobei das jeweils praktizierte Verfahren favorisiert wird („Tagesquittungsgruppe“: 33 %, „Quartalsquittungsgruppe“: 55 %). Für „**keine Quittung**“ stimmten 24 bzw. 18 %.

3.2.3 Fazit zur Frage der Akzeptanz

Die Entwicklung der Inanspruchnahmequote zeigt, dass die Patientenquittung nur bei einem Teil der **Patienten** Akzeptanz fand, wobei die „Tagesquittung“ – genau wie nach Urteil der teilnehmenden Praxen - etwas besser abschnitt als die Quartalsquittung.

Mit der Verständlichkeit der Quittungsinhalte gab es auf Patientenseite nur geringe Probleme.

Das Angebot der Patientenquittung ist für einen begrenzten Teil der Patienten inhaltlich interessant, solange es kostenlos verfügbar ist.

Auch wenn die Befragung der **Patienten** keinen direkten Aufschluss darüber gibt, welche Quittungsart Patienten bevorzugen, schneidet die „Quartalsquittung“ insgesamt etwas schlechter ab, da Rückfragen durch den Zeitverzug umständlicher sind und häufiger vergessen werden.

Nur ein Drittel der **Praxen** konnte die Patientenquittung mit wenig Aufwand integrieren. Dem gegenüber sahen die Ärzte nur einen Vorteil häufig, nämlich dass die Quittung zu einer sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung seitens der Patienten führt. Auch auf der Ebene der „Erziehung“ von Patienten zu mehr kostenbewusstem Verhalten nahmen die Ärzte keine Erfolge wahr.

Für eine **optionale** Quittungsausgabe haben sich ausdrücklich ein Drittel („Tagesquittungsgruppe“) bzw. gut die Hälfte („Quartalsquittungsgruppe“) der am Modellversuch teilnehmenden **Praxen** ausgesprochen.

Positive Auswirkungen auf den Punktwert bei einer **obligatorischen** Quittungsausgabe wurden allerdings von einem Drittel bzw. knapp der Hälfte der Befragten erwartet.

Den Untersuchungsergebnissen zufolge liegen die Haupthemmnisse bezüglich der Akzeptanz im begrenzten Patienteninteresse. Dies gilt sowohl aus Arzt- als auch aus Patientensicht. Daneben spielt der Arbeitsaufwand für die Praxen eine Rolle, solange die Ärzte keine angemessene Kosten-Nutzen-Relation für die Patientenquittung erkennen.

3.3 Tages- und Quartalsquittungsausgabe im Vergleich

In der Modellgruppe „**Tagesquittung**“ haben absolut und anteilmäßig **mehr Patienten** das Angebot einer Kosten- und Leistungsinformation angenommen als in der Modellgruppe „Quartalsquittung“.

In der „Quartalsquittungsgruppe“ war ein höherer **Zeitaufwand** des Praxispersonals zu verzeichnen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass „Quartalsquittungen“ zusätzlich versandt werden müssen. Andererseits ist in dieser Gruppe der Erläuterungsaufwand geringer, weil die Möglichkeit des spontanen Nachfragens entfällt.

Aus Sicht der Ärzte wurden in der Eingangsbefragung die **Vorteile** der „Tagesquittung“ deutlicher gesehen als diejenigen der Quartalsquittung, deren Bewertung kritischer ausfiel. Die Einschätzung des Verfahrens hat sich im Verlauf des Modellversuchs nur in wenigen Punkten geändert und sie ist in beiden Gruppen ähnlicher geworden. Viele Punkte wurden durch die Praxen mit „Tagesquittungen“ auch in der Abschlussbefragung noch etwas **optimistischer** gesehen, was man besonders an der fast durchgängigen Bejahung der Aussage, *„dass die Quittung zu einer sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung durch den Patienten führt“*, festmachen kann.

Auf die Frage nach der möglichen Form einer bundesweiten Einführung der Patientenquittung **zogen die Ärzte eindeutig die „Quartalsquittung“ vor**: Für die „Tagesquittung“ (optional und obligatorisch) votierten 52 % aus der Tagesquittungs- und 2 % aus der „Quartalsquittungsgruppe“, während 80 % aus der „Quartalsquittungsgruppe“ und 24 % aus der „Tagesquittungsgruppe“ die „Quartalsquittung“ vorziehen würden.

Die Patienten haben die „Tagesquittung“ häufiger in Anspruch genommen als die „Quartalsquittung“ und die Ärzte aus der „Tagesquittungsgruppe“ sehen die Vorteile der Patientenquittung deutlicher. Dem steht gegenüber, dass die Ärzte im Falle einer bundesweiten Einführung mehrheitlich die „Quartalsquittung“ vorziehen würden. Zum einen stellt die „Tagesquittung“ das offensichtlich aufwendigere Verfahren dar, weshalb sich auch weniger Praxen für diese Modellvariante entschieden hatten. Zum anderen votierten selbst diese Teilnehmer am Ende zu fast einem Viertel für die Quartalsquittung.

3.4 Zur Patienten- und Versichertenrolle

Im Gesundheitswesen kann der Patient nur **begrenzt** eine **Rolle als „kritischer Kunde“** ausüben. Die ungleiche Informationsverteilung, seine Abhängigkeit sowie die Tatsache, dass im Sachleistungssystem der Patient die Kosten seiner Nachfrage nicht tragen muss, wirken sich hemmend aus.

Andererseits ist es wichtig, den gestiegenen Bedürfnissen der Patienten nach mehr sachlichen und transparenten Informationen und nach intensiverer Beratung Rechnung zu tragen, um die geforderte stärkere Eigenverantwortung von Patienten zu unterstützen. Sinnvoll wahrgenommene **Eigenverantwortung** setzt **Wissen** und **Information** voraus – nicht nur über ambulante Leistungen. Interessierte Patienten wertschätzen die Transparenz über das Leistungsgeschehen sehr, daran sollte man anknüpfen.

3.5 Zu den Gesamtkosten einer bundesweiten Einführung

Bei einer bundesweiten Einführung der Patientenquittung ist mit 500 Mio. Fällen pro Jahr zu rechnen. Geht man von der Ausgabe nur einer „Tagesquittung“ pro Quartal aus, würden an Personal- und Papierkosten mindestens 784,8 Mio. € anfallen. Bei Einführung der „Quartalsquittung“ entstünden einschließlich Porto insgesamt 1.557,7 Mio. € Kosten. Je „Tagesquittung“ wären das 1,57 € bzw. 3,11 € je Quartalsquittung. Auf eine Praxis würden für die Ausgabe der „Tagesquittung“ Kosten in Höhe von rd. 8.000 € entfallen, für die „Quartalsquittung“ entstünden je Praxis Kosten in doppelter Höhe.

3.6 Abschließendes Fazit

Beide Verfahren zur Patientenquittung sind in der Praxis technisch machbar, allerdings mit entsprechendem Aufwand verbunden. Gemessen an der Inanspruchnahme bzw. an der Zahl aller Patienten, welche die teilnehmenden Praxen im Modellversuchszeitraum aufgesucht haben, findet die Patientenquittung nur bei einem Teil der Zielgruppe Akzeptanz, wobei die „Tagesquittung“ etwas besser abschneidet.

Für die interessierten Patienten ist es mit überwiegender Mehrheit wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können, wobei nur wenige Patienten (2-3 %) ggf. bereit wären, einen begrenzten Betrag für diese Serviceleistung zu bezahlen.

Nur ein Drittel der Praxen kann die Patientenquittung mit wenig Aufwand integrieren, für die übrigen Praxen dürfte der Aufwand ein Akzeptanzhemmnis darstellen. Das Gefühl, kostendeckend zu arbeiten, hatte nur die Hälfte (bei der Tagesquittung) bzw. ein Drittel (bei der Quartalsquittung) der Modellteilnehmer.

Der einzige häufig genannte Vorteil der Patientenquittung aus Arztsicht ist, dass sie zu einer sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung seitens der Patienten führt. Die Preise für ärztliche Leistungen sind niedriger, als die Mehrheit der Patienten dachte. Imagegewinn und Möglichkeiten der Förderung von Compliance und Kostenbewusstsein werden nur von Teilgruppen der ärztlichen Modellteilnehmer als Vorteil wahrgenommen, eine bessere Arzt-Patient-Beziehung spielt nur eine untergeordnete Rolle.

Trotzdem ist es wichtig, den gestiegenen Bedürfnissen der Patienten nach mehr sachlichen und transparenten Informationen und nach intensiverer Beratung Rechnung zu tragen. Sinnvoll wahrgenommene Eigenverantwortung setzt Wissen und Information voraus – nicht nur über ambulante Leistungen. Interessierte Patienten schätzen auch die Transparenz über das Leistungsgeschehen sehr und finden es gut, ärztliches Handeln nachvollziehen zu können.

Von der Patientenseite werden die Vorteile einer Leistungs- und Kosteninformation deutlicher gesehen, allerdings muss man bei den Antwortenden von einem hohen Interesse an der Quittung ausgehen.

Will man über die Transparenz hinaus Kostensenkungen erreichen, sind allerdings Modalitäten notwendig, mit denen man zum einen breite Bevölkerungsschichten erreicht und zum anderen einen persönlichen Nutzen an der Informationswahrnehmung vermittelt.

Für die entscheidende Kosten-Nutzen-Abwägung kommt es darauf an, welcher Nutzen im Vergleich zu dem nicht unerheblichen Aufwand aus dem Verfahren gezogen werden kann, wobei es Aufgabe der Entscheidungsträger ist, diesen Nutzen zu definieren (z.B. Transparenz, Kostensenkung, Aktivierung des Gesundheitswillens, Mitverantwortung des Patienten) und entsprechende Wertungen vorzunehmen.

4 Zielsetzungen der Begleitforschung

Die wissenschaftliche Begleitforschung (Evaluation) richtete sich primär auf die technische Praktikabilität, den Aufwand sowie die Akzeptanz auf Seiten der Ärzte und Patienten. Sie wurde prozessbegleitend durchgeführt, um frühzeitig auf unvorhergesehene Ereignisse reagieren zu können. In diesem Sinne übernahm sie eine beratende Funktion.

Hinzu kam die Ermittlung von Erfahrungen, Handlungsweisen und subjektiven Einschätzungen der Konsequenzen, die mit der Einführung des Informationsverfahrens verbunden waren und wesentliche Einflüsse auf die Akzeptanz hatten.

Im wesentlichen bedeutete dies die **Untersuchung folgender Fragestellungen:**

- **Praktikabilität:**

- Funktioniert der Ausdruck der „Quittung“ in technischer Hinsicht?
- Wie hoch ist der damit zusammenhängende zeitliche und organisatorische Aufwand?
- Wieviel zusätzliche Beratungszeit wird beim Arzt induziert, weil Patienten um Erläuterungen zu ihrer „Quittung“ bitten?

- **Akzeptanz:**

- Finden Patienten die Aufstellung ansprechend und verständlich?
- Wie wichtig finden Patienten es, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können?
- In welchem Ausmaß fühlen Ärzte sich durch die Quittungs-Erstellung beeinträchtigt?
- Sehen Ärzte ihre Leistungen durch Patientenreaktionen gewürdigt?
- Welche Vorteile / Nachteile können Ärzte/Patienten aus dem Informations-Verfahren ziehen?

- **Konsequenzen:**

- Beeinflusst die Kenntnis der Kosten die Einstellung des Patienten gegenüber dem Arzt?
- Ändert der Patient seine Einstellung gegenüber seinem Krankenkassenbeitrag im Sinne einer Kosten-Nutzen-Abwägung?
- Sehen sich Patienten mit geringen Quittungs-Summen zu verstärkter Nachfrage nach medizinischen Leistungen veranlasst?
- Gelingt es Ärzten, die Rückfragen der Patienten konstruktiv zu nutzen, z.B. zur Complianceförderung?
- Haben Ärzte das Gefühl, aufgrund der Erläuterungsgespräche zur „Quittung“ ihre Beziehung zum Patienten verbessern zu können?

5 Erhebungen im Rahmen des Modellversuchs

Instrumente der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs durch das Zentralinstitut waren – neben den KV-Abrechnungsstatistiken - standardisierte Ärzte- und Patientenbefragungen (per postalisch versandter Fragebogen, ergänzt um Telefon-Interviews), Fokus-Gruppen und Befragungen der am Projekt beteiligten Organisatoren¹⁴.

Im Rahmen des einjährigen Modellversuchs wurden die Patienten einmal und die teilnehmenden Praxen zweimal befragt, hinzu kamen insgesamt sechs Gruppendiskussionen mit Ärzten und Patienten im ersten und im vierten Quartal 2002.

Die Vorbereitung aller Befragungen erfolgte in enger Abstimmung und mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung - unter anderem im Rahmen einer KV-Arbeitsgruppe, der auch ärztliche Modellversuchsteilnehmer angehörten.

5.1 Modellversuchsteilnahme: Statistik der KV Rheinhessen (II – IV/2002)

Die **KV Rheinhessen** hat für **alle** am Modellversuch teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte **im Rahmen der Abrechnungsstatistik** die im 2., 3. und 4. Quartal 2002 abgerechneten Quittungen ausgezahlt.¹⁵

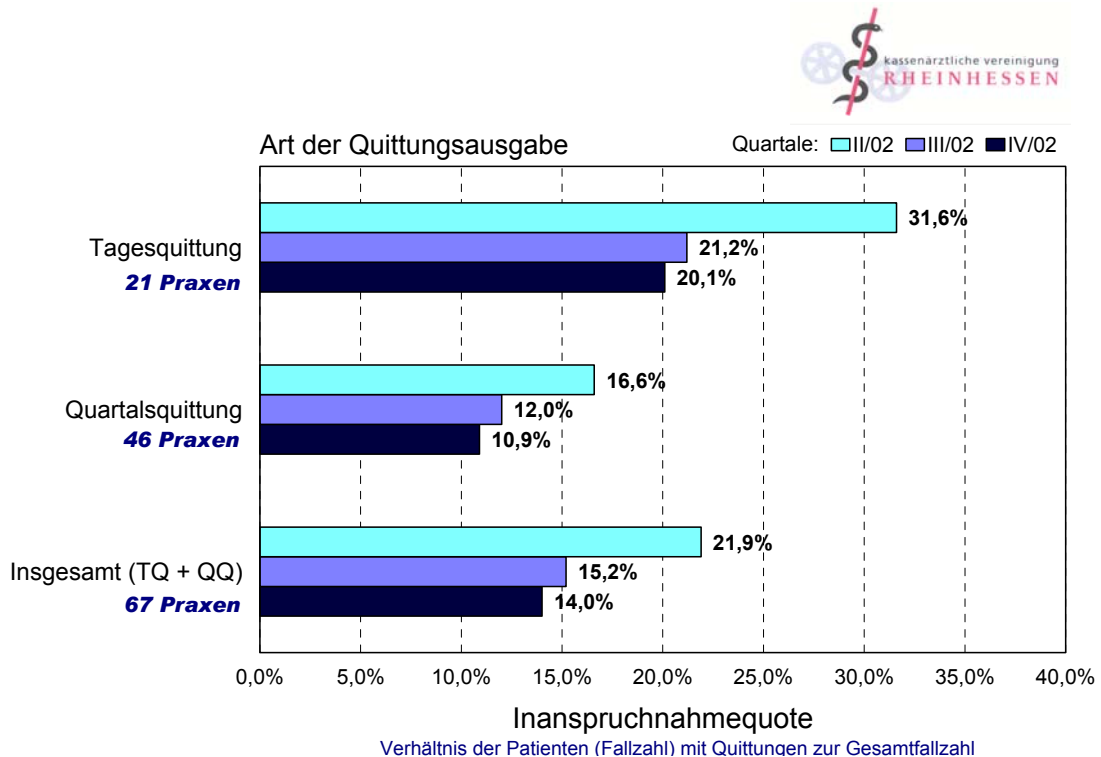
Im vierten Quartal 2002 waren das **67 Praxen**.

Im 4. Quartal 2002 wurden für ca. 11.000 Patienten Patientenquittungen ausgestellt bei einer Gesamtfallzahl rund 78.400. Das entspricht einer **Inanspruchnahmequote** von 14,0 %. Im Vorquartal (III/02) lag diese Quote bei 15,2 % und im ersten Modellversuchsquartal (II/02) bei 21,9 %.

¹⁴ Letzteres erfolgte im Projektausschuss des Modellversuchs.

¹⁵ Die Werte zum vierten Modellversuchsquartal sind als Anlage angefügt, da sie zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vorlagen.

Abb. 2: Quittungsausgabe in den Quartalen II, III und IV/2002

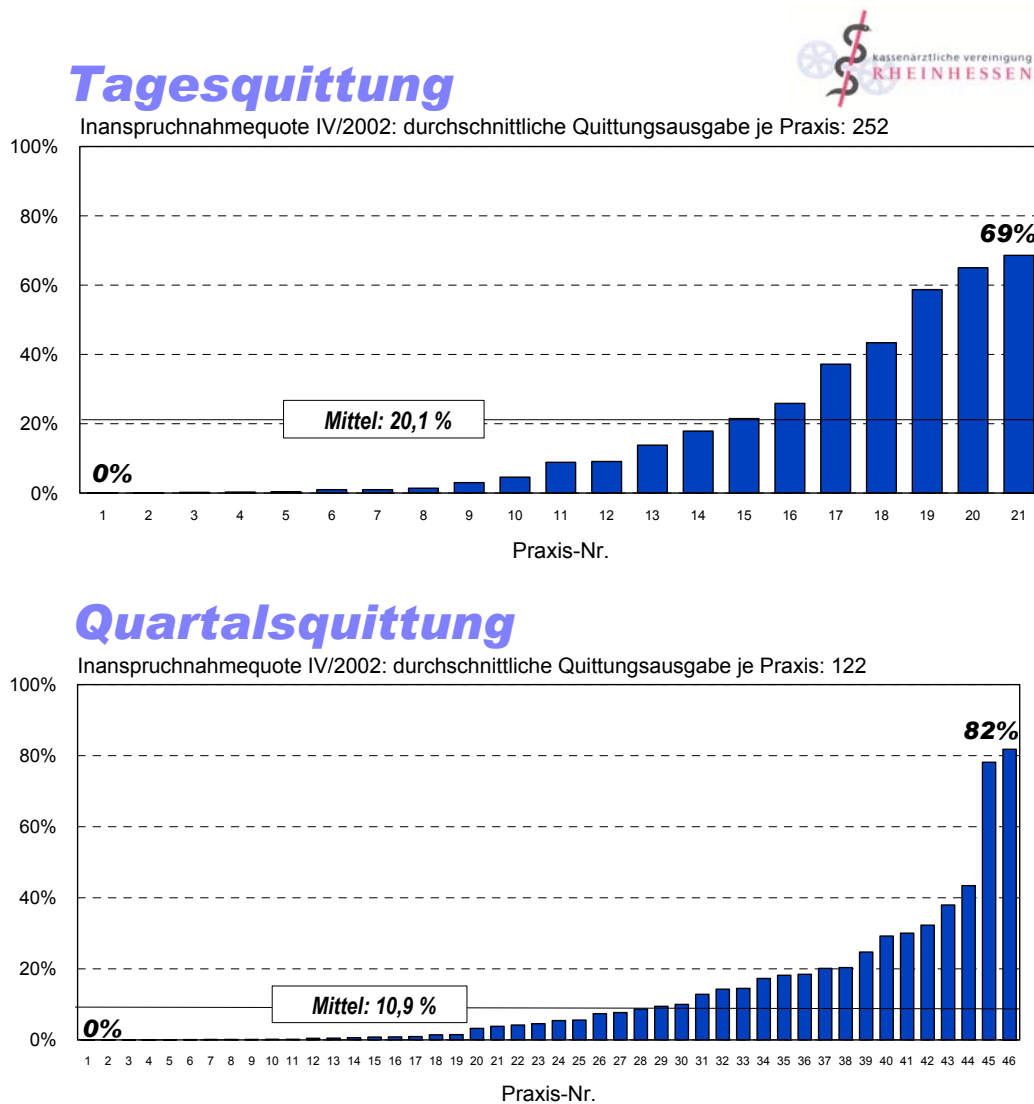


Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

In den 21 Praxen mit Tagesquittungsausgabe lag die Inanspruchnahmequote in allen drei Modellversuchsquartalen (*Quartal II/02: 31,6 %*, *Quartal III/02: 21,2 %*, *Quartal IV/02: 20,1 %*) höher als in den 46 Praxen mit Quartalsquittungsausgabe (*Quartal II/02: 16,6 %*, *Quartal III/02: 12,0 %*, *Quartal IV/02: 10,9 %*).

Von den Praxen mit Tagesquittungsausgabe wurden im ersten Modellversuchsquartal durchschnittlich 1,4 Quittungen je Patient ausgegeben, wobei sich diese Ausgabequote im Modellversuchsverlauf nur geringfügig verringerte – auf 1,3 im Quartal IV/02.

Abb. 3: Inanspruchnahmequoten nach Praxen im Quartal IV/2002



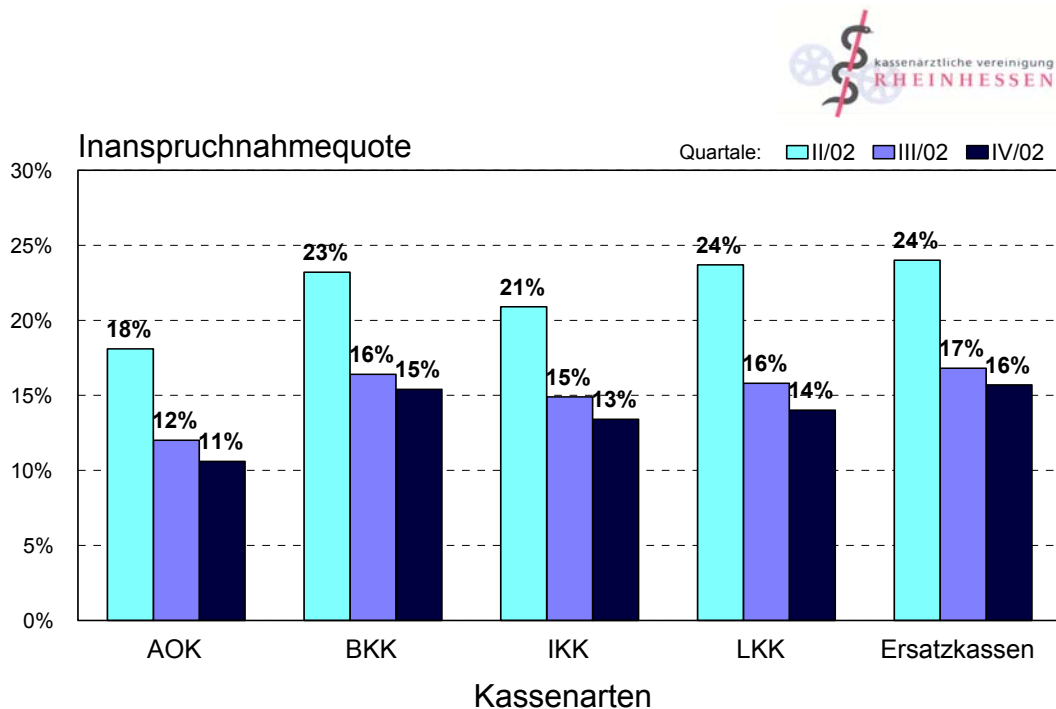
Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

Bereits in den ersten beiden Modellversuchsquartalen (II/02 u. III/02) variierten die **Beteiligungsquoten nach Praxen** in beiden Gruppen sehr. Wie Abbildung 3 oben zeigt, ist dies auch im dritten Modellversuchsquartal festzustellen, wobei die Quoten bezogen auf die Gesamtfallzahl der einzelnen Praxis von unter 1% bis über 80 % reichen. Je Praxis wurden in diesem

Quartal (IV/02) für 252 Patienten „Tagesquittungen“ und für 122 Patienten „Quartalsquittungen“ ausgestellt.

Von einigen Praxen wurde im dritten Modellversuchsquartal keine einzige „Quittung“ ausgestellt - auf gezielte Nachfrage seitens der KV wegen mangelndem Patienteninteresse. Das Maximum lag in einer Praxis mit über 1.300 Patienten, für die in diesem Quartal „Tagesquittungen“ erstellt wurden.

Abb. 4: Inanspruchnahmekquoten nach Kassenarten in den Quartalen II, III und IV/2002



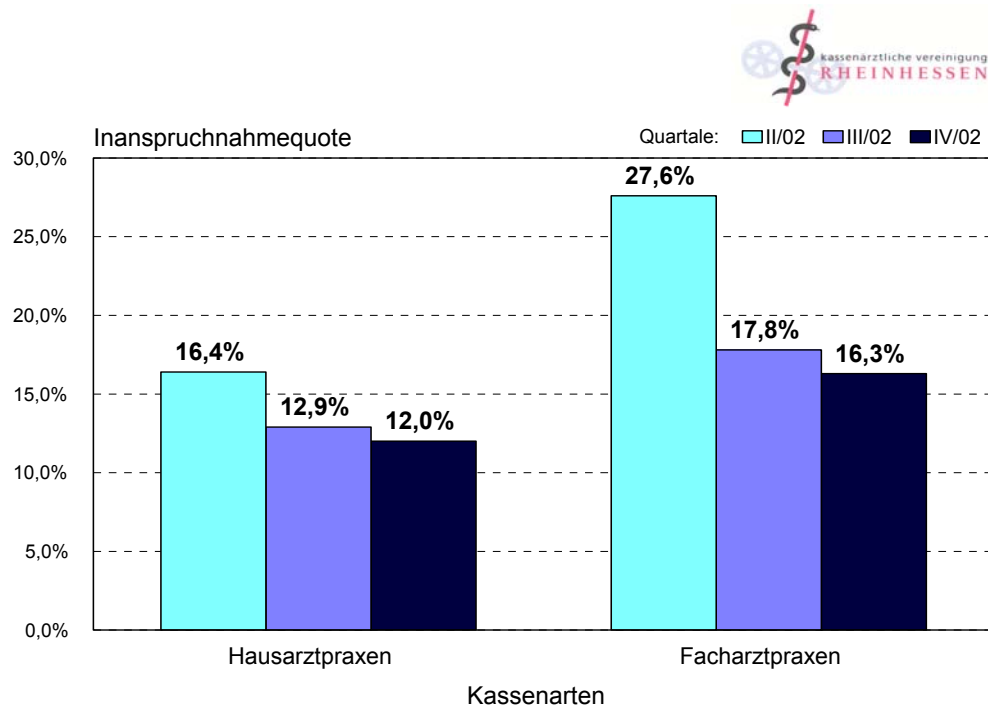
Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

Die **Inanspruchnahme nach Kassenzugehörigkeit** zeigt über alle drei Modellversuchsquartale einen eindeutigen Trend: Ersatzkassen-Versicherte (Quartal II/02 24 %; Quartal III/02: 17 %, Quartal IV/02: 16 %) erhalten deutlich häufiger eine „Quittung“ (TQ + QQ) als AOK-Versicherte (Quartal II/02: 18 %; Quartal III/02: 12 %, Quartal IV/02: 11 %), deren Inanspruchnahme-

quoten auch noch deutlich unter denjenigen von BKK-, LKK- und IKK-Versicherten bleiben (vgl. Abb. 4 oben).

Unterschiedlich ist auch die **Inanspruchnahme nach Versorgungsbereichen** bzw. in Haus- und Facharztpraxen¹⁶. Diese ist im Verhältnis zur Gesamtfallzahl in Hausarztpraxen (Quartal II/02: 16,4 %; Quartal III/02: 12,9 %, Quartal IV/02: 12,0 %) über die ersten drei Quartalen jeweils deutlich niedriger als in Facharztpraxen (Quartal II/02: 27,6 %; Quartal III/02: 17,8 %, Quartal IV/02: 16,3 %). Wobei der Rückgang vom ersten auf das zweite Modellversuchsquartal bei letzteren allerdings wesentlich deutlicher ausfällt als bei Hausarztpraxen (Abb. 5).

Abb. 5: Inanspruchnahmequoten nach Versorgungsbereichen in den Quartalen II, III und IV/2002



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

¹⁶ Auch diese Analyse ist auf die Summe beider Quittungsvarianten (TQ+QQ) bezogen.

5.2 Gruppendiskussionen mit Ärzten und Patienten

Im ersten Schritt der Begleitforschung sowie ein halbes Jahr später wurden **Gruppendiskussion** mit **PatientInnen** und **ÄrztInnen** durchgeführt.

Bei der Gruppendiskussion handelt es sich um ein qualitatives Verfahren, das zu ganz verschiedenen Zwecken eingesetzt werden kann. Sie liefert ein **Spektrum** von Fakten und Einstellungen, wobei die Diskussion ein gegenseitiges Stimulieren von Ideen bewirkt. Sie dient dazu, Einblicke in die verschiedenen Dimensionen eines Themenbereichs zu gewinnen, um das **Untersuchungsfeld besser strukturieren** zu können. Konkret bedeutet das, im Vorfeld der geplanten schriftlichen Befragungen praxisrelevante Informationen zu sammeln, so dass die **Fragen-** bzw. **Antwortkategorien** der schriftlichen Befragung möglichst **zielgenau** und **problemgerecht** formuliert werden können.

Im Rahmen von drei maximal zweistündigen Focus-Gruppen wurde mit Patienten, Haus- und Fachärzten darüber diskutiert, **was diese von dem Ansatz halten bzw. welche Erfahrungen sie damit gemacht haben**, Patienten eine strukturierte Information über ärztliche Leistungen zu geben.

5.2.1 Gruppendiskussionen im 1. Quartal 2002

Patienten-Fokusgruppe am 22.1.02

Ausnahmslos alle neun DiskussionsteilnehmerInnen **begrüßten** das Projekt außerordentlich. Es wurde eine **zeitnahe** Quittung (max. monatlich) präferiert. Man zeigte sich auch grundsätzlich nicht abgeneigt, die Quittung gelegentlich als IGEL-Leistung (z.B. für 1 Euro 50) in Anspruch zu nehmen.

Die Bezeichnung des Projektes Patientenquittung weckte in den PatientInnen die Erwartung, sie müssten dem Arzt die Leistungsaufstellung **unterschreiben**, bevor dieser sie bei der Kasse einreicht.

Allgemeinärzte-Fokusgruppe am 6.3.02

Die sechs AllgemeinärztInnen äußerten teilweise **Skepsis** an der Sinnhaftigkeit des Modellversuchs, sie fürchteten, dass Geld und Zeit unsinnig vergeudet werden. Dem wurde das Argument gegenübergestellt, dass angesichts des politischen Drucks ein offensives Vorgehen der Ärzteschaft notwendig sei. Für das Projekt wurde angeführt, dass es **Transparenz** schafft und eine **positive Selbstdarstellung** der Ärzteschaft ermöglicht.

Außerdem kam der Aspekt zur Sprache, dass die Patientenquittung als „Quittung auf Wunsch“ auch als IGEL-Leistung denkbar sei, damit die zunehmende Anspruchshaltung der Patienten nicht ausufert. Als Nebenwirkung würde die Einführung der Quittung zur Entmythologisierung des Arztberufes beitragen.

Fachärzte-Fokusgruppe am 13.3.02

Auch bei den neun FachärztInnen wurde die Hoffnung formuliert, dass die Patientenquittung letztendlich nicht eingeführt wird, da sie weder Transparenz schaffen noch die Bevölkerung vom Bild der Ärzte als „Betrüger“ abbringen könne.

Im Gegensatz dazu wurde auch im Rahmen dieser Runde die politische Notwendigkeit des Modellversuchs betont, mit dem man vielfältige **Transparenz** schaffen würde. Außerdem wertete die Mehrheit der TeilnehmerInnen die Patientenquittung als Ansatzpunkt für eine **Imageverbesserung**. Als besonderer Vorteil wurde betont, dass das Projekt dringend notwendige Diskussionen mit den Patienten in Gang setzen und eine Chance zum Einstieg in die **Kostenerstattung** bieten würde.

Ein Teil des Gruppengesprächs drehte sich darum, dass angesichts aktueller Entwicklungen vor allem im Bereich der Disease-Management-Programme Kostenstrukturanalysen in jeder Arztpraxis unbedingt notwendig seien.

5.2.2 Gruppendiskussionen im 4. Quartal 2002

Patienten-Fokusgruppe am 14.10.02

9 der 11 TeilnehmerInnen **befürworteten** die Patientenquittung aus folgenden Gründen:

- persönliches Interesse,
- Kostentransparenz,
- Kontrollinstrument,
- Ansatz für mehr Bürgerbeteiligung,
- Hilfreiches Dokumentationsinstrument für die persönliche Krankengeschichte.

Die TeilnehmerInnen sahen die **unterschiedlichen Beteiligungsraten** der Patienten in Abhängigkeit von

- Unterschiedlichen Ausgabemethoden in den mitwirkenden Praxen,
- jeweiliger Motivation der Patienten:
 - Vertrauen in den Arzt,
 - Angst, den Arzt zu kritisieren,
 - Gleichgültigkeit,
 - Unbehagen wegen Verunsicherung darüber, was die Quittung soll,
 - Desinteresse bei Jugendlichen.

Nach Meinung der Anwesenden ist es der **aufgeklärte** Patient, der sich für die Quittung interessiert, unabhängig davon, ob er chronisch oder akut krank ist.

Die Patientenquittung scheint das **Verständnis** für die ärztliche Situation in ökonomischer Hinsicht und damit für seine Zwänge im Praxisalltag zu weaken bzw. zu verstärken

Verbesserungsvorschläge:

- Quittung umgangssprachlicher formulieren,
- Quittung um Diagnose ergänzen,
- intensivere Information über die öffentlichen Medien und über die persönliche Ansprache in der Praxis.

Ärzte-Fokusgruppe – „Tagesquittung“ am 16.10.02

Nach Meinung der sieben Anwesenden reichten Plakate und Flyer nicht, Quittung muss aktiv beworben werden.

Für die unterschiedlichen **Ausgabequoten** in den Praxen wurden verschiedene mögliche Einflussfaktoren benannt:

- die Rahmenbedingungen im Praxisablauf,
- die Art der Ansprache durch die Ärzte/die Arzthelferinnen sowie
- das Interesse der Patienten.

Das **Interesse** der Patienten schien hauptsächlich von der intellektuellen Struktur abhängig zu sein, aus ärztlicher Erfahrung war das Desinteresse in den fehlenden Konsequenzen für den Patienten und in dessen fehlendem Kontrollbedürfnis begründet.

Vor allem bei gleich bleibenden Behandlungsleistungen haben die Ärzte im Zeitverlauf ein abnehmendes Interesse an der Quittung beobachtet.

Obwohl in der Diskussionsrunde grundsätzlich die Entscheidung für die „Tagesquittung“ beibehalten wurde, bestand der Wunsch, die Quittung zu einem **selbst bestimmten Zeitpunkt auszustellen**: z.B. als Quittung zum Behandlungsabschluss oder zum Monatsende. Neben der Arbeitserleichterung hätte dies den Vorteil, dass der Kumulativausdruck der Tagesleistungen öfter entfallen würde. Patienten hatten sich nämlich häufiger verwirrt gezeigt, wenn sie beim zweiten Arztbesuch im Quartal erneut die Leistungen vom ersten Arztkontakt auf der Quittung sahen.

Ärzte-Fokusgruppe – „Quartalsquittung“ am 30.10.02

Der Modellversuch wurde von allen sieben GesprächsteilnehmerInnen als interessant erlebt. Wegen der damit verbundenen übergroßen Belastung wurde allerdings für einen **vorzeitigen Abschluss** zum Jahresende votiert.

Zwei Diskussionsteilnehmer sprachen sich aus Kosten-Nutzen-Erwägungen gegen eine grundsätzliche Einführung der Quittung aus. Die übrigen wünschten im Hinblick auf die damit verbundene Transparenz eine **Ausweitung** des Modells auf **alle Ärzte und Patienten**, ggf. zunächst im Rahmen eines erweiterten Modellversuchs und auf jeden Fall unter Beachtung von Datenschutzrichtlinien. Dann könnte das aufwendige Ermitteln des Patienteninteresses entfallen. Ein Arzt zog die Variante vor, dass nur die Patienten eine Quittung bekommen sollten, die sie auch haben möchten.

Auch in dieser Runde war man der Meinung, dass Plakate und Flyer nicht ausreichen, sondern dass die Quittung aktiv beworben werden muss.

Für die unterschiedlichen **Ausgabequoten** in den Praxen wurden die gleichen Einflussfaktoren für relevant erachtet, die auch in der vorangegangenen Focus-Gruppe genannt worden waren:

- die Rahmenbedingungen im Praxisablauf,
- die Art der Ansprache durch die Ärzte/die Arzthelferinnen sowie
- das Interesse der Patienten.

Wie in der Runde mit Teilnehmern aus der „Tagesquittungsgruppe“ hatte man den Eindruck, dass das (Des-)Interesse der Patienten von verschiedenen Faktoren abhängig zu sein schien, hauptsächlich vom fehlenden Kontrollbedürfnis. Vor allem bei gleich bleibenden Behandlungsleistungen wurde auch in der „Quartalsquittungsgruppe“ erlebt, dass das Interesse an der Quittung im Zeitverlauf abnahm.

5.3 Schriftliche Ärzte-Befragungen

5.3.1 Ergebnisse der schriftlichen Ärzte-Befragung zu Beginn des Modellversuchs

Am 28.6.02 versandte das Zentralinstitut **69 Arztfragebogen** (siehe Anlage) an die zu dieser Zeit von der KV Rheinhessen als Teilnehmer gemeldeten Praxen zusammen mit jeweils **100 Patientenfragebogen** zur entsprechenden Weitergabe.

14 Tage später folgte eine **telefonische Erinnerungsaktion**, wobei die Arzthelferin bzw. der Arzt/die Ärztin gleich nach einem Minimum an Informationen gefragt wurden (leitfadengestützte Kurzbefragung).

Am 16.7.02 erhielten alle diejenigen ärztlichen Teilnehmer, von denen bis dato kein Fragebogen vorlag, noch mal einen Arztfragebogen zugesandt.

Eine Praxis aus der Gruppe „Tagesquittung“ sowie zwei Praxen aus der Gruppe „Quartalsquittung“ konnten aufgrund von Softwareproblemen keine Quittung abrechnen. Im ersten Fall erübrigte sich dadurch ein Ausfüllen des Fragebogens. Zwei Praxen aus der Gruppe „Quartalsquittung“ hatten zwischenzeitlich Ihre Teilnahme eingestellt.

Zum 26.8.2002 lagen von 21 Praxen aus der **Gruppe „Tagesquittung“ 20 Fragebögen** und von 44 Praxen aus der **Gruppe „Quartalsquittung“ 42 Fragebogen** (Rücklaufquote jeweils 95%¹⁷) vor und konnten ausgewertet werden.

Die Ergebnisse werden für die Teilnehmergruppen mit Tages- und „Quartalsquittungen“ getrennt dargelegt.

¹⁷ Die 3 Fragebogen wurden später noch übermittelt, haben auf das hier dargelegte Gesamtergebnis jedoch keine ergebnisverändernde Wirkung.

Da in den einbezogenen Arztpraxen unterschiedlich viele Ärzte beschäftigt sind und die Fallzahlen z.T. erheblich von einander abweichen, werden die ärztlichen Aussagen im folgenden fallweise auf die von den Teilnehmern mitgeteilte Gesamtfallzahl und die Quittungsfallzahl bezogen.

5.3.1.1 Befragungsergebnisse für die Gruppe „Tagesquittung“ (TQ)

Die Ergebnisdarstellung richtet sich im folgenden auf die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, welche ihren Patienten „Tagesquittungen“ ausstellen.

Tagesquittungsausgabe

Von dieser Gruppe (20 von 21 Teilnehmern) erhielten nach eigener Einschätzung im ersten Modellversuchsquartal 8.879 Patienten eine Quittung, was etwas über der exakten Zahl in der KV-Statistik (8.712) liegt¹⁸. Die ebenfalls abgefragte Gesamtfallzahl liegt mit 24.057 dagegen unter der KV-Zahl (27.532)¹⁹.

In der Befragung ergab sich danach ein Prozentsatz von 37 % (statt 32 %) an behandelten Patienten, für die im ersten Modellversuchsquartal eine Quittung ausgestellt wurde.

Dieser auf Schätzung basierende Wert stimmt also größenordnungsmäßig in etwa mit der exakten Zahl in der KV-Statistik (32%) überein, wobei die Quittungsausgabe bezogen auf die genannte Gesamtfallzahl in der Befragung genauso stark streut wie in der KV-Statistik.²⁰

Gewichtet mit der geschätzten Zahl der Patienten, für die Quittungen erstellt wurden (n=8.879), haben die Praxen mehrheitlich **eine** Quittung ausgegeben. Darauf entfielen 53 % des Quittungsvolumens, 42 % waren es für **zwei**

¹⁸ Auch im Hinblick darauf, dass die KV-Statistik eine Praxis mehr enthält, die an der Befragung bisher nicht teilgenommen hat.

¹⁹ Wobei diese Angabe vermutlich genauer ist, da die Werte einer Praxis fehlen (vgl. Fußnote 11).

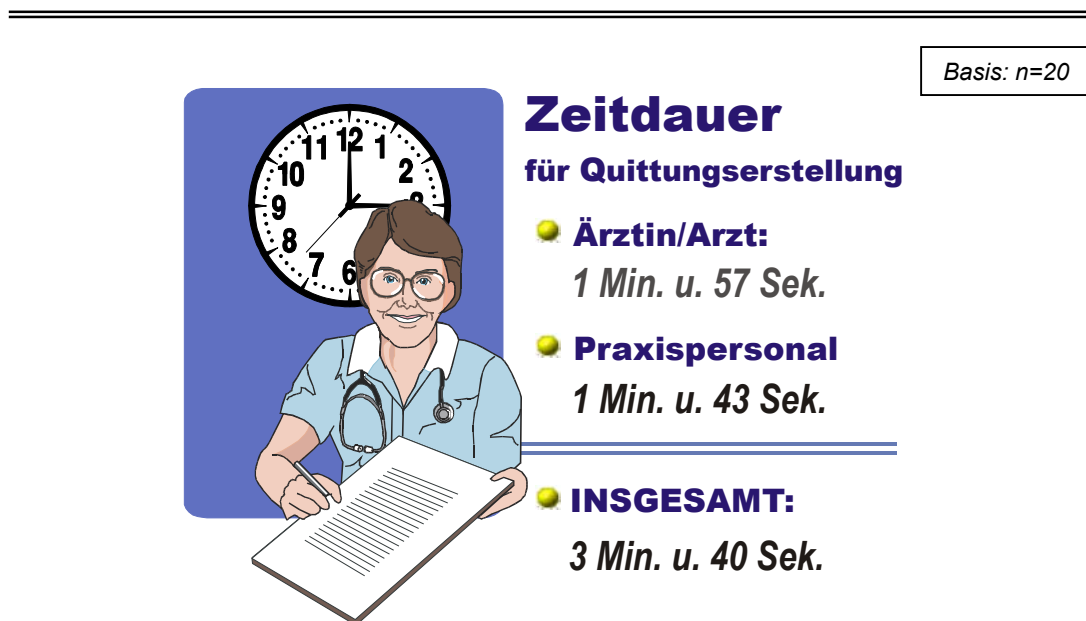
bis drei Quittungen und 4 % entfielen auf 4 und mehr Quittungen je behandeltem Patienten. Auch dieses Befragungsergebnis korrespondierte mit der exakten Zahl von 1,4 Quittungen je Patient aus der KV-Statistik (s.o.).

Zeitaufwand für Tagesquittungsausgabe

Der **durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung einer Quittung** lag für Arzt und Praxispersonal unter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch-organisatorischen Abläufe jeweils bei knapp 2 Minuten und zusammen **unter 4 Minuten²¹**.

Abb. 6: Zeitaufwand für Tagesquittungsausgabe im Quartal II/2002

(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

²⁰ Die KV Rheinhessen hat die Ursachen für diese relativ starke Streuung per Faxbefragung der teilnehmenden Praxen eruiert, vgl. Kap. 6.2.

²¹ Gewichtet mit dem jeweiligen Quittungsvolumen.

Ablehnung der Tages-Quittung seitens der Patienten

Ausnahmslos alle Ärztinnen bzw. Ärzte haben es erlebt, dass Patienten die Quittung **ablehnten**.

13 der 20 Antworter (65%) erlebten dies sogar „eher **häufig**“. Diese 13 Praxen wiesen insgesamt eine Fallzahl von 13.119 auf, das sind 55 % aller in der „TQ-Gruppe“ behandelten Patienten.

Es verwundert nicht, dass diese Praxen eine unterdurchschnittliche „Quittungsquote“²² von 18 % haben. Ihre Quittungsfälle machen 27 % aller ausgestellten „Tagesquittungen“ aus.

Probleme mit der Tagesquittungserstellung

Aus 12 von 20 Praxen (60%) wurden technisch-organisatorische Probleme²³ mit der Quittungserstellung berichtet. Diese 12 Praxen standen für 17.687 Fälle, das waren 74 % aller Fälle in der „TQ-Gruppe“, ihre durchschnittliche Quittungsquote betrug 39 %, sie vereinten 78 % aller „Tagesquittungen“ auf sich.

Dabei handelte es sich um Probleme:

- mit der Software: **7 Praxen** (5 Medistar, 2 DocExp.),
- mit dem Drucker: **2 Praxen**,
- mit den Quittungsformularen: **1 Praxis**,
- in anderen technischen Bereichen: **2 Praxen**,
- bei Quittungsausgabe: **2 Praxen**,
- durch Patientenrückfragen/-reaktionen: **4 Praxen**,
- in anderen organisatorischen Bereichen: **3 Praxen**.

²² Das ist das Verhältnis von Patienten (Fällen) mit Quittungen zur Gesamtfallzahl.

²³ Insgesamt drei Praxen (eine in der „TQ-Gruppe“) hatten Ihre Teilnahme wegen Software-Problemen zurückgestellt.

Die freitextlich genannten Probleme können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- **Softwareprobleme:**

- Unterlagen, Software war erst 1 Monat nach Projektbeginn einsatzbereit,
- Zuordnung eines falschen Datums,
- Fehler im Betriebssystem (Windows im Novell-Netzwerk).

- **Problem mit Drucker:**

- Zusatzdrucker erforderlich,
- neuer Druckeranschluss am PC fehlt,
- Neu-Einstellung der Zentraldruck-Vernetzung nötig,
- Einrichten eines Netzwerkdruckers war erforderlich.

- **Probleme mit den Quittungsformularen:**

- Zeilenabstand und Druckformat zu groß,
- bereits ab 2. Kontakt mehrere Blätter notwendig,
- Bei Text über zwei Seiten wäre Anforderung „Bitte 2. Blatt einlegen“ hilfreich.

- **Probleme mit Patientenreaktionen:**

- Problem „Laborziffer“/ Anmerkung auf Quittung störend, wenn kein Labor vorhanden,
- Pat. hielten Modell für überflüssig,
- Patienten wollten oft nicht auf den Ausdruck warten, bes. bei 2. u. 3. Kontakt.

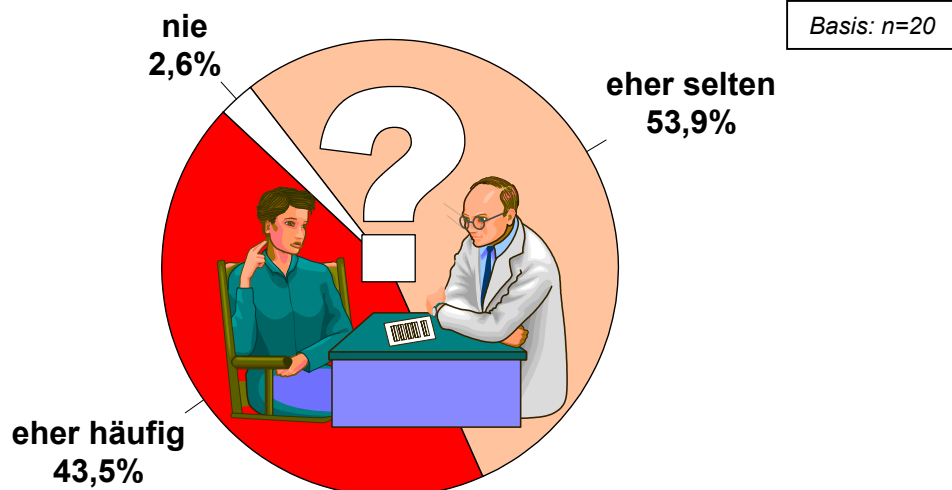
Die Softwareprobleme konnten im Quartalsverlauf überwiegend gelöst werden.

Erläuterungswünsche der Patienten

Bezogen auf die geschätzte Zahl der Patienten, für die Quittungen erstellt wurden (n=8.879), waren 44 % mit „eher häufigen“ Nachfragen bzw. Erläuterungswünschen verbunden.

Abb. 7: Häufigkeit von Erläuterungswünschen zur Ausstellung von „Tagesquittungen“ im Quartal II/2002

(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Beim überwiegenden Teil (54%) waren Nachfragen selten. Bei rund 3 % der Quittungsfälle gab es gar keine Rückfragen.

Im Einzelnen handelte es sich um folgende Erklärungswünsche²⁴:

- Allgemeine Informationswünsche: **30%,**
- Sinn und Zweck des Verfahrens: **93%,**
- Erläuterung von Quittungsinhalten: **6%,**
- Sonstiges: **34%.**

²⁴ Mehrfachnennungen möglich. Bezugsbasis: 8879 Patienten mit Quittungen.

Die Freitexte zum sonstigen Erklärungsbedarf bezogen sich auch hauptsächlich auf Sinn und Zweck des Verfahrens:

- die Quittung wird als Rechnung missverstanden und
- Patienten fragen, wozu soll das gut sein, da Vertrauen zum Arzt besteht

Zeitaufwand für Erläuterungen zur Tagesquittung

Der durchschnittliche Zeitaufwand für Erläuterungen von einer Stunde und 39 Minuten pro Woche **variierte mit der Zahl ausgegebener Quittungen** beträchtlich, was kaum verwundern dürfte (Tab. 1).

Tab. 1: Zeitaufwand für Erläuterungen der Tagesquittung im Quartal II/2002

(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)

Quittungs- ausgabe II/2002	Praxen	Patienten mit Quittungen	Erläuterungen in Minuten pro Woche je Praxis
bis 100	8	354	15
101-500	7	2339	94
501 und mehr	5	6186	240
GESAMT	20	8879	99

In Praxen, die bis 100 Quittungen im Quartal ausgegeben haben, lag er bei einer Viertelstunde in der Woche. Bei Praxen mit 100 bis 500 Quittungen lag er bei eineinhalb und bei Praxen mit höherem Ausgabevolumen bei genau vier Stunden.

Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Tagesquittungs-Verfahrens

Um Anhaltspunkte zu gewinnen, ob und wenn ja welche **Auswirkungen/Konsequenzen** der Quittungs-Ausgabe zu bemerken sind, wurde den Ärzten eine Reihe von Aussagen vorgelegt mit der Bitte, diese ihren jüngsten Erfahrungen folgend zu bejahen oder zu verneinen.²⁵

Gewichtet mit der geschätzten Zahl der Patienten, für die Quittungen erstellt wurden²⁶, ergab sich eine **mehrheitliche Zustimmung** dafür, dass

- die LKI-Erstellung zu einer sachlicheren Beurteilung ärztlicher Leistungen führt,
- sie mit geringem Aufwand verbunden ist,
- die Quittung das Ärzte-Image verbessert,
- Patientenrückfragen der Förderung des Kostenbewusstseins nützen und
- dass Patienten das Nachvollziehen ärztlicher Leistungen wichtig finden.

Überwiegend keine Zustimmung fand dagegen die Aussage, dass Patienten die Quittung ansprechend und verständlich finden.

Verhaltensänderungen bezüglich der Nachfrage nach medizinischen Leistungen wurden in keinem Fall beobachtet: das heißt, die Aussagen, „*dass die Kenntnis der Kostensituation die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen reduziert*“ und „*dass Patienten mit geringen Quittungssummen verstärkt medizinische Leistungen nachfragen*“, wurde – unabhängig von der Zahl ausgegebener Quittungen – von allen Ärzten verneint.

Ebenso fanden die Aussagen, „*dass das Reden über Geld das Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit schmälert*“ (22%) und „*die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert*“ (17%) nur geringe Zustimmung.

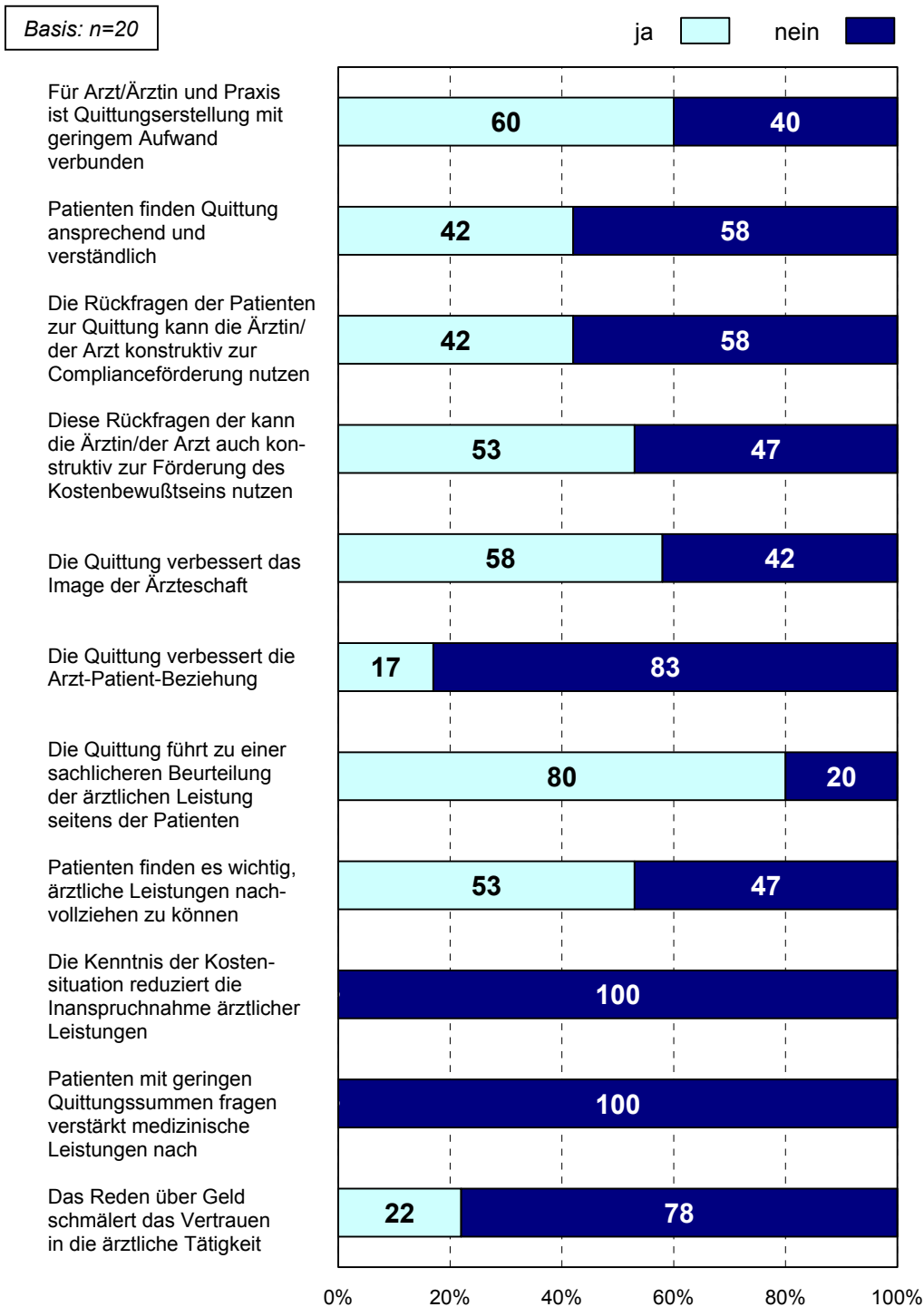
Lediglich bei der Aussage, „*dass Rückfragen der Patienten zur Quittung konstruktiv zur Complianceförderung genutzt werden können*“, war die Zustimmung größer (42 %).

²⁵ Anhand einer Skala „ja“, „eher ja“, „eher nein“ und „nein“, wobei diese Kategorien in der Auswertung auf zwei („ja“/„nein“) zusammengefasst wurden.

²⁶ Womit die Anwendungserfahrung entsprechend berücksichtigt ist.

Abb. 8: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen der Tagesquittungsausgabe im Quartal II/2002

(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)



Verfahrensvorteile der Tagesquittung

Freitextlich wurden in 9 Fragebogen (die jeweiligen Praxen haben 44 % aller Quittungen ausgestellt) weitere Vorteile der Quittungserstellung formuliert, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

- **Positiver Schritt in Richtung Kostenerstattung**
- **Interesse der Patienten wird geweckt**
- **Transparenz: Nachweis der Leistungen und der Finanzen**
 - der Öffentlichkeit zeigen, dass Ärzte bei der Abrechnung nichts zu verbergen haben,
 - Patienten wundern sich über unerwartet geringe Honorierung ärztlicher Leistungen,
 - Kritische Einstellung der Patienten wird versachlicht.
- **Schwarze Schafe bremsen**

Verfahrensnachteile der Tagesquittung

12 Praxen²⁷ (die 74 % aller Quittungen ausgestellt haben) notierten freitextlich weitere Nachteile der Quittungserstellung, welche zusammengefasst folgendes ergeben:

- **Zeit- und Erklärungsaufwand**
 - relativ hoher zeitlicher / technischer Aufwand (6 Nennungen),
 - besonders bei Problembearbeitung/ psychotherapeut. Beratung extrem störend,
 - kaum tolerierbare Belastung des Personals, weil innerhalb von kurzer Zeit die kompletten Daten in Computer eingegeben sein müssen, dadurch starke Störung des Praxisablaufs,
 - unsinnige Bürokratisierung.

²⁷ 9 dieser Praxen hatten auch Vorteile genannt. 3 notierten dagegen nur Verfahrensnachteile. 8 Praxen machten keine Freitextangaben zu weiteren Vor- oder Nachteilen des Verfahrens. Ausschließlich (weitere) Vorteile notierte keine Praxis.

- **Desinteresse / Ablehnung von Patientenseite**

- Patienten überwiegend desinteressiert (5 Nennungen):
 - wollen Leistung ohne Rücksicht auf Kosten,
 - weil die Kasse ohnehin zahlt,
 - Tagesquittung wird zeitweise am Behandlungsende vergessen.
- Volles Vertrauen in Arzt macht Quittung überflüssig (2 Nennungen).

- **Erfolg fraglich**

- bringt keine Verbesserung des Images von Ärzten, die Publicity ist nach wie vor gegen uns.

- **Verunsicherung der Patienten**

- Ausländer haben trotz Aufklärung Angst davor,
- 30% verstehen die Information nicht.

- **Gefährdung des Datenschutzes**

- Ein erster Schritt zu der Zusammenführung von Patienten- und Arzt-bezogenen Daten,
- kein Patient, der Datenabgleich mit KV oder Kasse wünscht (will das nur Politik/Presse?).

- **Sonstige Verfahrensnachteile**

- Ein Überdenken der abzurechnenden Ziffern ist nicht möglich, da sonst Aussage der „Tagesquittung“ verfälscht,
- der Lautstärkepegel ist erheblich gestiegen

Weitere Anregungen und Bemerkungen zur Tagesquittung

9 Fragebogen (die jeweiligen Praxen haben 45 % aller Quittungen ausgestellt) enthielten weitere Anregungen und Bemerkungen, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

- **Quittungsbezogene Änderungs-/Ergänzungswünsche**
 - Erklärungen auf Türkisch, Russisch fehlen,
 - Bei „Tagesquittung“ sollten die Daten der früheren Behandlungstage nicht jedes Mal wieder mit ausgedruckt werden, stiftet oft Verwirrung,
 - ich habe kein Labor, also die Anmerkung auf Quittung nicht nötig,
 - Honorarabzüge durch Budgetierung offen legen,
 - Plakat und Flyer vermitteln den Eindruck einer staatlichen Maßnahme, um Ärzte zu regulieren.
- **Vorschläge zu den Rahmenbedingungen**
 - Bessere Vorabklärung der Patienten durch die Medien,
 - bundesweite Einführung nur auf freiwilliger Basis und entsprechender Kostenerstattung (incl. Hardware) außerhalb des Budgets,
 - Pat./Eltern sollten Quittung erhalten, wenn sie das vor Beginn der 1. Behandlung wünschen; wenn sie auf Plakat und Flyer nicht reagieren, dann eben nicht. Es soll kein zusätzlicher Beratungsaufwand entstehen.
- **Sonstige Bemerkungen**
 - zu geringe Patientenbeteiligung,
 - öffentliche Kritik der Medien für das Projekt sehr belastend,

5.3.1.2 Befragungsergebnisse für die Gruppe „Quartalsquittung“ (QQ)

Die Ergebnisdarstellung richtet sich nun auf die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, welche ihren Patienten „Quartalsquittungen“ ausstellen.

Quartals-Quittungsausgabe

Von dieser Gruppe (42 von 44 Teilnehmern) erhielten nach eigener Einschätzung im ersten Modellversuchsquartal 6.510 Patienten eine Quittung, was unter der exakten Zahl in der KV-Statistik (8332) für 44 Praxen liegt.

Dazu passt, dass die abgefragte Gesamtfallzahl der 42 Teilnehmer an der Befragung mit 44.286 ebenfalls niedriger als die KV-Zahl (49.715) ausfällt.

In der Befragung ergab sich danach ein Prozentsatz von 15 % (statt 17 %) an behandelten Patienten, für die im ersten Modellversuchsquartal eine Quittung ausgestellt wurde.

Dieser auf Schätzung basierende Wert stimmt ebenso wie in der „TQ-Gruppe“ größenordnungsmäßig in etwa mit der exakten Zahl in der KV-Statistik (17%) überein, wobei die Quittungsausgabe bezogen auf die genannte Gesamtfallzahl in der Befragung genauso stark streute wie in der KV-Statistik.²⁸

Zeitaufwand für Quartalsquittungsausgabe

Der **durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung einer Quittung** wird für die Ärztin/den Arzt mit etwas über 2 und für das Praxispersonal mit knapp 4 Minuten angegeben. Zusammen sind das **unter 6 Minuten**²⁹ und zwar un-

²⁸ In diesem Punkt unterscheiden sich die Praxen mit Tages- und „Quartalsquittung“ nicht.

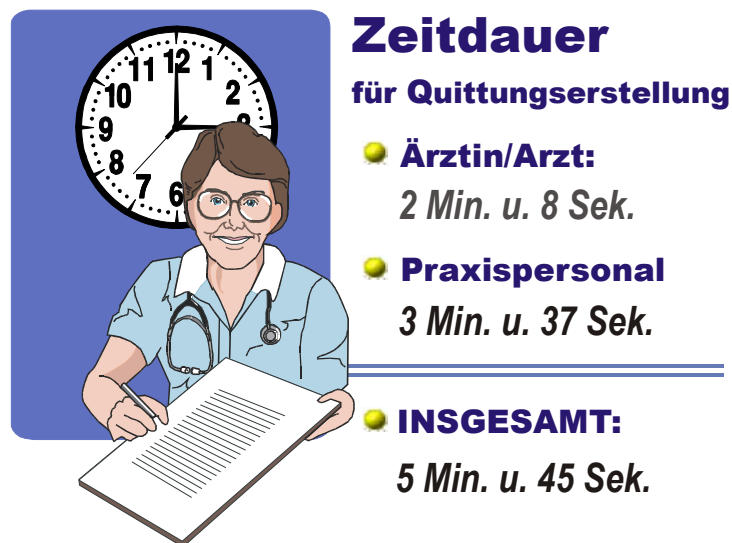
²⁹ Gewichtet mit dem jeweiligen Quittungsvolumen.

ter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch-organisatorischen Abläufe.

Der doppelt so hohe Zeitaufwand des Praxispersonals in dieser Gruppe ist darauf zurückzuführen, dass „Quartalsquittungen“ nicht - wie „Tagesquittungen“ - lediglich ausgedruckt und ausgehändigt, sondern in der Regel auch noch versendet werden müssen.

Abb. 9: Zeitaufwand für Quartalsquittungsausgabe im Quartal II/2002

(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Ablehnung der „Quartalsquittung“ seitens der Patienten

Ausnahmslos alle Ärztinnen bzw. Ärzte haben es erlebt, dass Patienten die „Quartalsquittung“ **ablehnten**.

33 der 42 Antwortter (79%) erlebten dies sogar „eher **häufig**“. Diese 33 Praxen wiesen insgesamt eine Fallzahl von 37.223 auf, das sind 84 % aller in der „QQ-Gruppe“ behandelten Patienten.

Die Praxen haben eine unterdurchschnittliche „Quittungsquote“³⁰ von 12 %. Ihre Quittungsfälle machten 70 % aller ausgestellten „Quartalsquittungen“ aus.

Da im Verhältnis zur Anzahl der Praxen absolut und relativ deutlich weniger „Quartals-“, als „Tagesquittungen“ ausgegeben wurden, ist diese relativ hohe Ablehnung auch ein Indiz für eine geringere Akzeptanz der Quartalsquittung, was im nächsten Punkt noch deutlicher wird.

Probleme mit der Quartalsquittungserstellung

Aus 18 von 42 Praxen (43 %) wurden technisch-organisatorische Probleme³¹ mit der Quittungserstellung berichtet. Diese 18 Praxen standen für 21.060 Fälle, das waren 48 % aller Fälle in der „QQ-Gruppe“, ihre durchschnittliche Quittungsquote betrug 23 %, sie vereinten 73 % aller „Quartalsquittungen“ auf sich.)

Dabei handelte es sich um Probleme:

- mit der Software: **14 Praxen** (11 Medistar, 3 DocExp.),
- mit dem Drucker: **2 Praxen**,
- mit den Quittungsformularen: **2 Praxis**,
- in anderen technischen Bereichen: **0 Praxen**,
- bei Quittungsausgabe: **0 Praxen**,
- durch Patientenrückfragen/-reaktionen: **9 Praxen**,
- in anderen organisatorischen Bereichen: **2 Praxen**.

³⁰ Das ist das Verhältnis von Patienten (Fällen) mit Quittungen zur Gesamtfallzahl.

³¹ Insgesamt drei Praxen (zwei in der „QQ-Gruppe“) hatten Ihre Teilnahme wegen Software-Problemen zurückgestellt.

Die freitextlich genannten Probleme können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- **Softwareprobleme:**

- die ersten Versionen hatten Fehler,
- Software, bes. die Druckausgaberoutine, ist umständlich, bietet wenig Einstellkomfort,
- Angaben zu Quittungserstellung waren nicht ganz vollständig,
- Mehrfache Rückfragen bei Installation erforderlich, kein Programm für Listenausgeber vorhanden.

- **Problem mit Drucker:**

- Probleme beim Ausdruck mit Endlospapier.

- **Probleme mit Patientenreaktionen:**

- Zu hohe Praxisbelastungen, gestörter Praxis- u. Sprechstundenablauf durch PC-Aufwand,
- Patientenaufklärung,
- Rückfragen betr. Bedeutung der Quittung
(ob „Rechnung“, Vorlage bei Kassen? „wo zu bezahlen? usw...),
- Missverständnisse Quittung / Rechnung³²:
 - Patienten wollten „Rechnung“ bezahlen (wurde mehrfach genannt),
 - Patienten rufen erbost an, dass sie das nicht bezahlen wollen,
 - andere gingen zur Krankenkasse, die uns dann anruft zu klären, dass wir keine Rechnungen schreiben dürfen (BKK Boehringer, IKK Rheinhessen).
- Patienten konnten mit der Punktwertung der EBM-Leistung nichts anfangen. Euro-Angaben geringer.
- Trotz Plakat und Flyer haben uns kaum Patienten auf die Quittung angesprochen. Auch auf Ansprechen der Patienten bestand nur wenig Interesse. Grund: die Patienten wollen ihrem Hausarzt keine zusätzliche Arbeit zumuten, Patient hat Vertrauen zum Hausarzt.

Die Softwareprobleme konnten im Quartalsverlauf überwiegend gelöst werden.

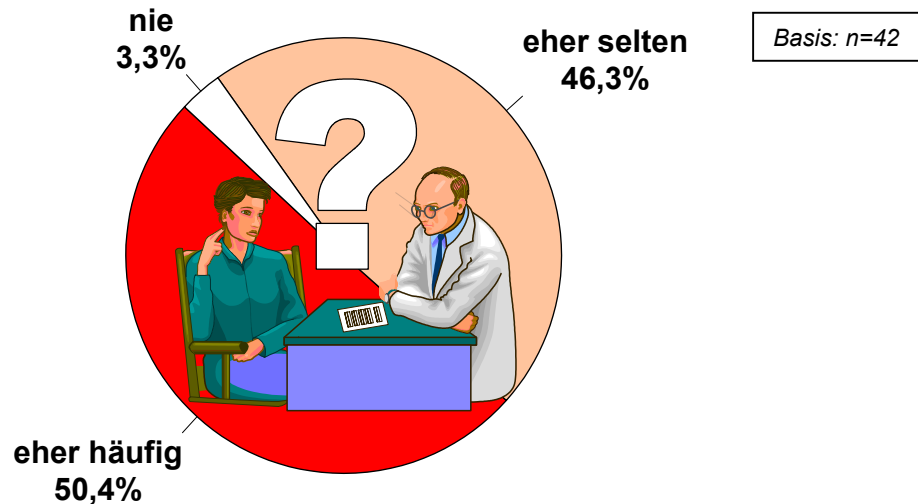
³² Wie bereits eingangs bemerkt, hängt das mit der missverständlichen Wortwahl Patientenquittung zusammen.

Erläuterungswünsche der Patienten zur Quartalsquittung

Bezogen auf die geschätzte Zahl der Patienten, für die Quittungen erstellt wurden (n=6.510), waren 50 % mit häufigen Nachfragen bzw. Erläuterungswünschen verbunden.

Abb. 10: Häufigkeit von Erläuterungswünschen zur Ausstellung von „Quartalsquittungen“ im Quartal II/2002

(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Bei rund 46 % der Quittungsfälle gab es wenige und bei 3 % keine Rückfragen. Im Einzelnen handelte es sich um folgende Erklärungswünsche³³:

- Allgemeine Informationswünsche: **35%,**
- Sinn und Zweck des Verfahrens: **94%,**
- Erläuterung von Quittungsinhalten: **40%,**
- Sonstiges: **15%.**

³³ Mehrfachnennungen möglich. Bezugsbasis: 6.510 Patienten mit „Quartalsquittungen“.

Freitextlich wurde der Erklärungsbedarf folgendermaßen beschrieben:

- **Sinn und Zweck des Verfahrens**

- „Bringt mir das einen finanziellen Vorteil z.B. Rückerstattung durch Steuer, wenn nicht: unterinteressant“
- „muss ich das jetzt bezahlen?“

- **Sonstiges**

- Häufig wurde die Vergütungshöhe für die ärztliche Leistung und Beratung als gering empfunden.
- Es fehlt der Hinweis auf Budgetierung, auf nochmaliger Änderung der Euro-Beträge und
- die Quittung wird als Rechnung missverstanden.

Zeitaufwand für Erläuterungen zur Quartalsquittung

Der durchschnittliche Zeitaufwand für Erläuterungen von einer Stunde und 13 Minuten pro Woche **variierte mit der Zahl ausgegebener „Quartalsquittungen“** genauso wie in der „TQ-Gruppe“ (Tabelle 2).

In Praxen, die bis 100 Quittungen im Quartal ausgegeben hatten, lag er unter einer Wochenstunde. Bei Praxen mit 100 bis 500 Quittungen lag er bei ein- einhalb und bei Praxen mit höherem Ausgabevolumen bei knapp vier Wochenstunden.

Die Erläuterungsdauer in Praxen der „QQ-Gruppe“ mit bis zu 100 ausgegebenen Quittungen (50 Minuten pro Woche) war deutlich höher als in Praxen der entsprechenden „TQ-Gruppe“ (mit durchschnittlich 15 Minuten pro Woche). In den beiden übrigen Gruppen glichen sich die Ergebnisse.

Tab. 2: Zeitaufwand für Erläuterungen im Quartal II/2002
(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)

Quittungs- ausgabe II/2002	Praxen	Patienten mit Quittungen	Erläuterungen in Minuten pro Woche je Praxis
bis 100	30	958	50
101-500	8	1699	91
501 und mehr	4	3853	211
GESAMT	42	6510	73

Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Quartalsquittungs-Verfahrens

Auch den Ärzten aus der Gruppe „Quartalsquittung“ wurden eine Reihe von Aussagen vorgelegt mit der Bitte, diese ihren jüngsten Erfahrungen folgend zu bejahen oder zu verneinen.³⁴

Gewichtet mit der geschätzten Zahl der Patienten, für die Quittungen erstellt wurden, ergab sich in dieser Gruppe lediglich zu einer Aussage eine **mehrheitliche Zustimmung** und zwar dafür, dass

- die **LKI-Erstellung zu einer sachlicheren Beurteilung ärztlicher Leistungen** führt.

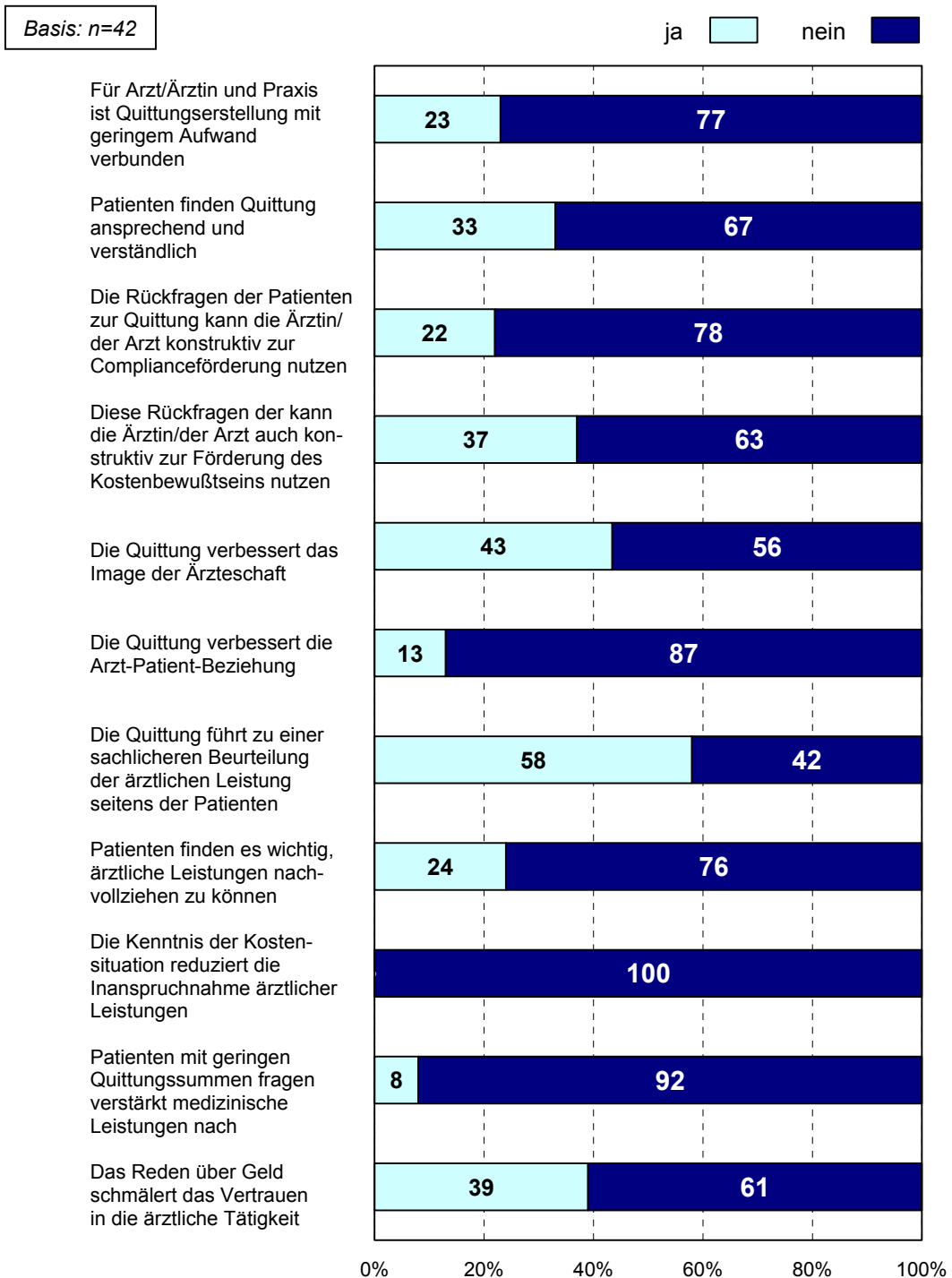
Diese Aussage erfuhr auch in der „TQ-Gruppe“ die größte Zustimmung.

Alle übrigen Aussagen wurden mehrheitlich abgelehnt (Abb. 11).

³⁴ Anhand einer Skala „ja“, „eher ja“, „eher nein“ und „nein“, wobei diese Kategorien in der Auswertung auf zwei („ja“/„nein“) zusammengefasst wurden.

Abb. 11: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen der Quartalsquittungsausgabe im Quartal II/2002

(Schriftliche Arztbefragung zu Beginn des Modellversuchs)



„Dass die Kenntnis der Kostensituation die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen reduziert“, hatte auch in dieser Gruppe niemand feststellen können.

Ähnlich groß (92 %) war die Ablehnung der Aussage, *„dass Patienten mit geringen Quittungssummen verstärkt medizinische Leistungen nachfragen“*.

„Dass die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert“, wurde ebenfalls überwiegend bestritten (87 %).

„Dass Rückfragen der Patienten zur Quittung konstruktiv zur Complianceförderung genutzt werden können“, wurde deutlicher verneint (78%) als in der „TQ-Gruppe“.

Am deutlichsten war der Unterschied bei der Aussage, *„dass die Quittungserstellung mit geringem Aufwand verbunden sei“*. Das fanden in der „QQ-Gruppe“ nur 23 % - in der „TQ-Gruppe“ waren es 60 %. Das deckt sich mit den übrigen Angaben zur zeitlichen Beanspruchung der Praxen beider Gruppen.

Auch sehr deutlich war der Unterschied bei der Aussage, *„dass Patienten es wichtig finden, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können“*: QQ: 24 % ; TQ: 53 %.

„Dass Patienten die Quittung ansprechend und verständlich finden“, sahen die Praxen mit **„Quartalsquittungen“** noch seltener (33 %) als Praxen mit **„Tagesquittungen“** (42 %).

Den Aussagen, *„dass Rückfragen der Patienten zur Förderung des Kostenbewusstseins genutzt werden können“* (QQ: 37 %; TQ: 53 %) oder *„die Quittung das Image der Ärzteschaft verbessert“* (QQ: 43 %; TQ: 58 %), stimmten die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen mit „Quartalsquittungen“ seltener zu als ihre Kolleginnen und Kollegen in den Praxen mit „Tagesquittung“.

Lediglich bei der Aussage, „*dass das Reden über Geld das Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit schmälert*“, war die Zustimmung in der „QQ-Gruppe“ größer (QQ: 39 %; TQ: 22 %).

Das folgt der Linie einer insgesamt negativeren Verfahrensbeurteilung, was sich in der folgenden Darlegung der Verfahrensvor- und Nachteile, die von dieser Gruppe genannt werden, nochmals bestätigt.

Verfahrensvorteile der Quartalsquittung

Freitextlich wurden in 16 Fragebogen (die jeweiligen Praxen haben 62 % aller Quittungen ausgestellt) weitere Vorteile der Quittungserstellung formuliert, die sich folgendermaßen darstellen:

- **Schaffung der Infrastruktur zur Einführung der Kostenerstattung**
- **Transparenz**
 - Objektivierung der erbrachten Leistungen, Klärung und Zurechtrücken des Bildes vom „Arzt als überdimensioniertem Großverdiener“ – Erstauen von Patienten über das niedrige Honorar (7 Nennungen),
 - Notwendige (Kosten-) Transparenz wird geschaffen (3 Nennungen),
 - Gespräch über Kosten der Behandlung, Sensibilisieren,
 - Das Misstrauen, was Krankenkassen u. Politik gegen Ärzte aussprechen, kann widerlegt werden.

Verfahrensnachteile der Quartalsquittung

Außerdem wurden von 29 Antwortern³⁵ (die 85 % aller Quittungen ausgestellt haben) Nachteile der LKI beschrieben:

³⁵ 15 dieser Praxen hatten auch Vorteile genannt. 14 notierten dagegen nur Verfahrensnachteile. 12 Praxen machten keine Freitextangaben zu weiteren Vor- oder Nachteilen des Verfahrens. Anschließend (weitere) Vorteile notierte eine Praxis.

- **Zeit- und Erklärungsaufwand**

- Hoher Beratungsaufwand - trotz Aufklärung und Information im Wartezimmer, Fernsehen und Radio:
 - Inhalte werden nicht verstanden,
 - Fragen, was der Patient nun mit dieser Quittung machen soll!,
 - sind erbost, dass sie jetzt zahlen müssten (fällt weg, wenn Verfahren Standard ist),
- Großer Zeitaufwand für die Praxis (7 Nennungen),
- Z.T. hohe Arbeitsbelastung des Personals, Störung des Praxis- u. Arbeitsablaufs,
- weitere Bürokratie,
- Geldaufwand.

- **Verunsicherung der Patienten**

- die meisten Patienten reagieren eher irritiert, unentschieden, z.T. verunsichert, Pat. hat die Vorstellung, mit seiner Versicherung bei der Krankenkasse sei alles erledigt,
- Gerade ältere Menschen verstehen Sinn und Zweck der Maßnahme nicht,
- Bedenken bzgl. des Datenschutzes und der anderweitigen Nutzung der Daten,
- Viele Patienten empfinden Quittung als Kontrolle des Arztes und als belastend für das Arzt-Patient-Verhältnis.

- **Desinteresse**

- geringes Interesse der Patienten (6 Nennungen). Gründe für Ablehnung :
 - unnützer Verwaltungsaufwand,
 - erzeugt unnütze Kosten,
 - wird vom Patienten über Beiträge bezahlt,
 - bringt keine Transparenz,
 - "ich vertraue meinem Arzt",
 - „interessiert mich nicht“,
 - Kassenbeiträge werden dadurch nicht günstiger,
 - Eine Quittung im 1. Quartal reicht,
 - Angst vor evtl. damit verbundenen Pflichten,

- Patienten lehnen ab:
 - Beträge zu wissen,
 - finanzielle Verantwortung zu übernehmen.
- Patienten empfinden Projekt als Vertrauensinfragestellung ihres Arztes,
- Aufwand zur Erstellung von Quittungen im Vergleich zum realen Patienteninteresse ungerechtfertigt hoch (2 Nennungen).
- **Keine Transparenz bzgl. finanzieller Risiken des Arztes**
 - Praxisbudget wird nicht berücksichtigt (4 Nennungen):
 - Patient glaubt, dass die ausgedruckte Summe an den Arzt ausbezahlt wird,
 - die Quittungen mit ihren „quasi-Summen“ werden weder vom Arzt, noch vom Pat. ernst genommen,
 - der Patient erfährt fast nichts über die Gratisleistungen der Hausärzte, über das tatsächliche Honorar, über die Kürzungen,
 - Finanzielle Risiken des Arztes in anderen Bereichen, (z.B. Arznei-/Heilmittel, Praxisunkosten, Kammerbeiträge, KV Verwaltungskosten, Steuerlast).
- **Sonstige Verfahrensnachteile**
 - Beteiligung nur der Ärzte, die sowieso ehrlich abrechnen
 - der Vergleich mit den Kosten für stationäre Behandlung fehlt (z.B. was kostet ein unnötiger Krankenhausaufenthalt; eine ambulante „auf Wunsch-Behandlung“ in der Uni-Poliklinik),
 - Patienten in eher höheren Berufspositionen hätten die Arzthonorare höher geschätzt, diesen Patienten war die Patientenquittung peinlich,
 - Patienten mit eher niedrigem Bildungsniveau glauben, dass ihr Arzt für eine „so hohe Rechnung“ mehr leisten könnte und verlangen höheren Zeitaufwand für Beratung und Erläuterung der Therapien, dies beeinträchtigt die Compliance,
 - kein Einspareffekt zu erwarten,

Weitere Anregungen und Bemerkungen zur Quartalsquittung

22 Fragebogen (die jeweiligen Praxen haben 52 % aller Quittungen ausgestellt) enthielten weitere Anregungen und Bemerkungen, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

- **Quittungsbezogene Änderungs-/Ergänzungswünsche**

- Das Layout sollte die Verwechslungsmöglichkeit mit einer Rechnung möglichst ausschließen (5 Nennungen),
- zusätzlicher Vermerk, dass die Krankenkasse auch die sonstigen Kosten (Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhaus) zu übernehmen hat,
- eventuell noch die Diagnosen ausdrucken,
- Praxisunkosten sollten hervorgehoben werden (Anteil bei chirurgischer Praxis über 70%),
- Praxis-Absender in Briefkopf,
- Versenden der Quittungen mit exakten Beträgen erst zum Zeitpunkt der Bezahlung des Arztes durch die KV.

- **Anregungen zu den Rahmenbedingungen**

- mehr Öffentlichkeitsarbeit durch kompetente Leute (Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten, Kinderärzte, Fachärzte, KV-Vertreter, fachliche Politiker, KK-Vertreter, Patienten, chron. Kranke), z.B. in den Regionalprogrammen des Fernsehens
- Die Krankenkassen sind schlecht informiert.
- Komfortable Software gewünscht.
- Abrechnungsverfahren vereinfachen!

- **Sonstige Bemerkungen**

- Plakate erwecken kein Interesse. Pat. wurden persönlich auf Pat.-Quittung angesprochen, trotzdem haben sich nur wenige für Quittung entschieden (3 Nennungen), da z.B. nur unnötige Arbeit und Geldausgabe.
- Die Gelder für dieses Projekt könnten wesentlich sinnvoller im Sinne der Patienten ausgegeben werden, z.B. Krankenkassenbeträge, Zuzahlungen etc.,

- Patientenquittungen sollten nicht als Kontrolle des Arztes, sondern als Information verstanden werden. Pat. die ihren Arzt vertrauen, wollen ja diese nicht misstrauisch kontrollieren (so die Gespräche mit Pat.)
- Aufgabe des Projekts,
- Patientenbewusstsein wird geweckt, wenn der Pat. eine richtige Rechnung bekommt und finanziell in Vorlage treten muss.

5.3.1.3 Fazit der ersten Befragung teilnehmender Ärztinnen und Ärzte am Modellversuch Patientenquittung

In der Teilnehmergruppe „Tagesquittung“ haben absolut und anteilmäßig deutlich mehr Patienten von dem Angebot einer Leistungs- und Kosteninformation Gebrauch gemacht als in der Teilnehmergruppe „Quartalsquittung“.

Aus Sicht der Ärzte wurden die **Vorteile der „Tagesquittung“** deutlicher gesehen als die der „Quartalsquittung“. Deren Beurteilung fiel deutlich kritischer aus.

Dass die Teilnehmer in der „QQ-Gruppe“ die Quittungserstellung überwiegend für zeitaufwendiger und die Verständlichkeit der Quittungsinhalte für die Patienten insgesamt geringer einstufen als die Teilnehmer der „TQ-Gruppe“ ist verfahrensbedingt erklärbar: Rückfragen und Missverständnisse (Die Information ist keine Quittung und erst recht keine Rechnung) konnten bei der Quittungsübergabe in der „TQ-Gruppe“ sofort ausgeräumt werden. Dass dies nach einer – zudem zeitaufwendigeren – Versendung in der „QQ-Gruppe“ umständlicher und zeitraubender war, liegt auf der Hand.

5.3.2 Ergebnisse der schriftlichen Ärztebefragung zum Abschluss des Modellversuchs

Am 13.2.03 versendete das Zentralinstitut **65 Arztfragebogen**³⁶ (Bogen - siehe Anlage) an die Modellversuchspraxen.

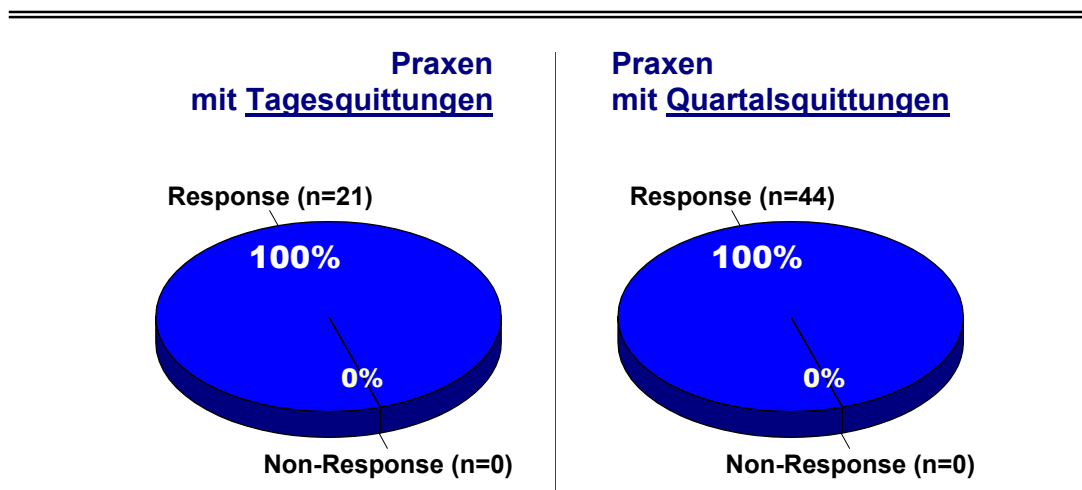
12 Tage später folgte die erste und wiederum eine Woche später die zweite **telefonische Erinnerungsaktion**.

Am 14.3.03 erhielten alle diejenigen ärztlichen Teilnehmer, von denen bis dato kein Fragebogen vorlag, nochmals einen Arztfragebogen zugesandt.

Am 20.3.2003 lagen dem Zentralinstitut von allen 65 Praxen Fragebogen vor. **21 Bogen aus Praxen mit „Tagesquittung“** und von **44 Bogen aus Praxen mit „Quartalsquittung“**. Das entspricht einer **Rücklaufquote von 100 %** (Abb. 12).

Abb. 12: Fragebogen-Rücklauf nach Art der Quittungsausgabe

Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

³⁶ Zwei Praxen, die im ersten Modellversuchsquartal noch nicht teilgenommen hatten, blieben unberücksichtigt.

Die Ergebnisse werden für die Teilnehmergruppen mit Tages- und „Quartalsquittungen“ getrennt dargelegt.

Da die Zahl der ausgegebenen „Quittungen“ in den einbezogenen Arztpraxen zum Teil erheblich von einander abweichen (*einige Teilnehmer haben im vierten Quartal überhaupt keine Quittungen ausgestellt*), werden die ärztlichen Aussagen damit im folgenden fallweise gewichtet.

5.3.2.1 Befragungsergebnisse für die Gruppe „Tagesquittung“ (TQ)

Die Ergebnisdarstellung richtet sich in diesem Abschnitt auf die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte, welche ihren Patienten „Tagesquittungen“ ausstellen.

Favorisierte Form der „Quittungsausgabe“

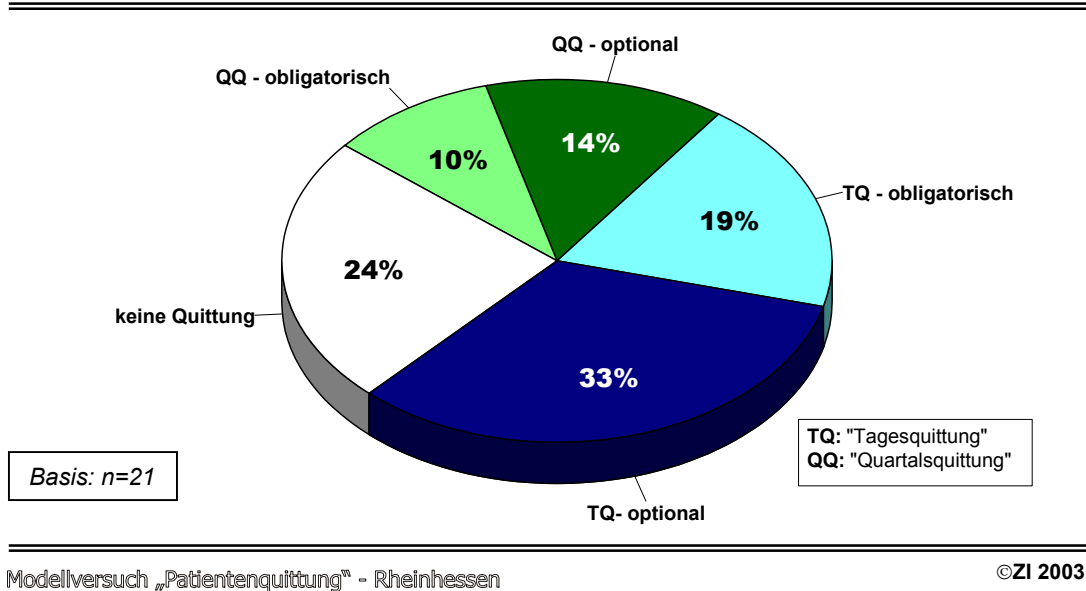
Hinsichtlich der geplanten bundesweiten Einführung wird von dieser Gruppe die „Tagesquittung“ als **optionales** Angebot für den Patienten favorisiert. Insgesamt 33 % stimmen für die Möglichkeit, auf Wunsch des Patienten eine „Quittung“ bei jedem Arzt-Praxis-Kontakt auszugeben (Abb. 13).

Für eine obligatorische Einführung - Ausgabe für jeden Patienten bei jedem Arzt-Praxis-Kontakt - sind 19 %.

14 % bevorzugen dagegen die Einführung von „Quartalsquittungen“ als Option und 10 % als obligatorische Leistung für den Patienten.

Rund 24 % sind der Ansicht, dass die „Quittung“ überhaupt nicht für gesetzlich krankenversicherte Patienten eingeführt werden sollte, weder obligatorisch noch als Angebot.

Abb. 13: Favorisierte Form der Quittungsausgabe („TQ-Gruppe“)
(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Entwicklung der „Quittungsausgabe“ vom Quartal II/02 bis IV/02 und Benennung der vorwiegenden Gründe für Rückgang und Anstieg

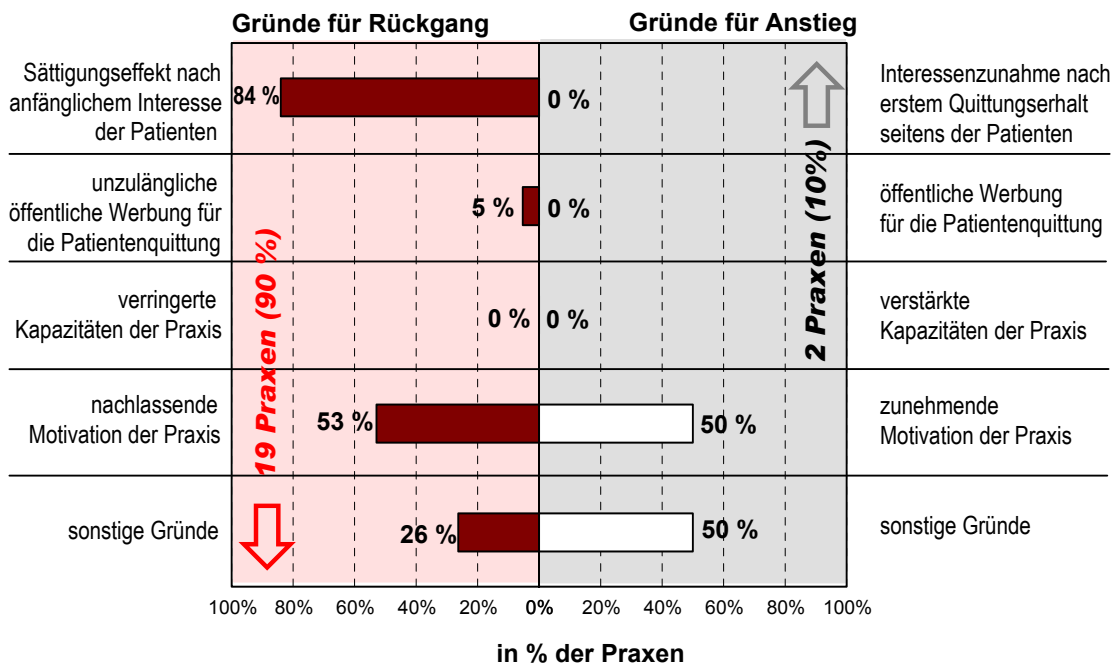
Die befragten Ärztinnen und Ärzte aus den Praxen mit „Tagesquittungen“ berichteten fast ausschließlich (90 %) über **abnehmende Zahlen** ausgegebener Quittungen³⁷.

Als vorrangiger Grund für den Rückgang werden von fast allen Befragten (84 %) der „*Sättigungseffekt nach anfänglichem Interesse der Patienten*“ genannt. Gut die Hälfte (53 %) nennt zusätzlich die „*nachlassende Motivation der Praxis*“, gut ein Viertel (26 %) der Befragten ergänzt das noch um „*sonstige Gründe*“, wobei sich diese im wesentlichen nochmals auf das „*Desinteresse der Patienten*“ beziehen. 5 % - das ist eine Praxis von 19, die Rückgänge der Quittungsausgabe verzeichnet, sieht den Rückgang auch als „*Folge unzulänglicher öffentlicher Werbung*“ (Abb. 14).

³⁷ Das deckt sich exakt mit der KV-Statistik: Danach gingen die Zahlen in 19 von 21 Praxen zurück.

Abb. 14: Gründe für Rückgang/Anstieg der Tagesquittungsausgabe vom Quartal II/02 bis IV/02

(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

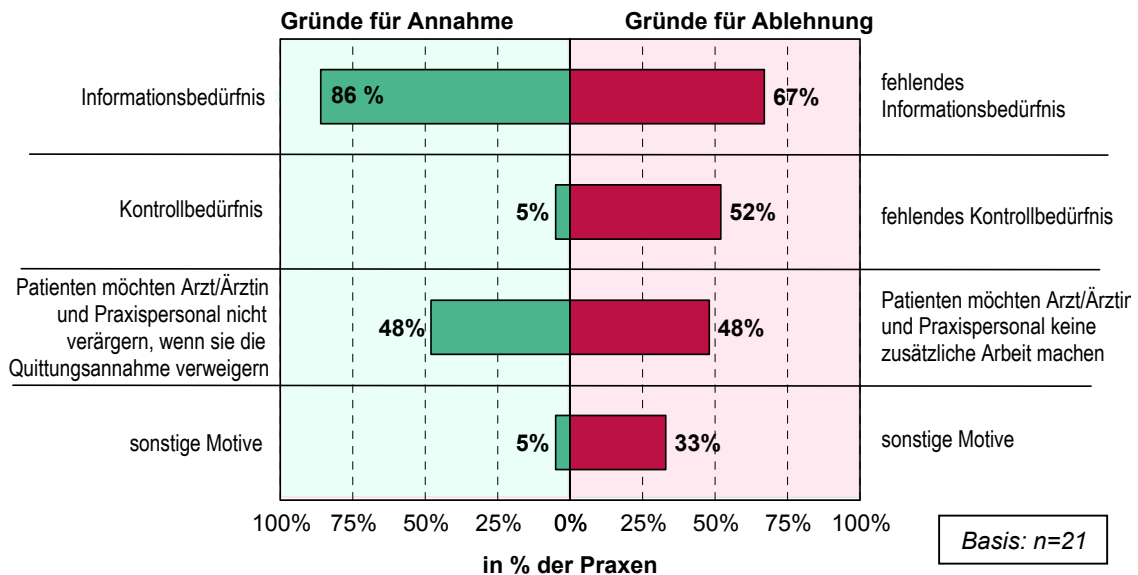
©ZI 2003

Lediglich zwei Befragte in dieser Gruppe (10 %) verzeichnen eine Zunahme der Quittungsausgabe. Der eine begründet das mit einer „*zunehmenden Motivation der Praxis*“, der andere nennt als „*sonstigen Grund*“ eine „*optimierte Werbung für die Quittung in der Praxis*“.

Motive der Patienten zur Annahme/Ablehnung einer Quittung

„*Vorhandenes oder fehlendes Informationsbedürfnis*“ wird von den meisten Befragten der „TQ-Gruppe“ als vorrangiges Motiv für Annahme (86 %) und Ablehnung (67%) der „Quittung“ genannt (Abb. 15).

Abb. 15: Motive der Patienten zur Annahme/Ablehnung einer Tagesquittung
(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Während das „*Kontrollbedürfnis als Annahmemotiv*“ nur von 5 % (eine Praxis) genannt wird, führen 52 % der Praxen das „*fehlende Kontrollbedürfnis als Ablehnungsmotiv*“ an.

Annahme und Ablehnung schreiben jeweils etwa die Hälfte (48 %) der Praxen dem Wunsch des Patienten zu, „*Arzt/Ärztin und Praxispersonal nicht zu verärgern, wenn sie die Quittung verweigern*“ bzw. „*diesen keine zusätzliche Arbeit zu machen, wenn sie die Quittung annehmen*“.

„*Sonstige Gründe für Quittungsannahme werden von einer Praxis (5%) genannt („Neugier des Patienten“)*. Ein Drittel der Praxen führt „*sonstige Gründen für die Quittungsablehnung*“ an. Dabei konzentrieren sich die Angaben auf „*Desinteresse*“ und „*Vertrauen zur Ärztin/zum Arzt*“.

Patienten mit besonders hohem Interesse an der „Tagesquittung“

Einem Drittel (33 %) der befragten Ärztinnen und Ärzte aus den Praxen mit „Tagesquittungen“ sind „*Patienten mit besonders hohem Interesse an der Quittung*“ aufgefallen.

Solche Patienten verfügen nach der Wahrnehmung dieser Praxen alle über ein „*hohes Bildungsniveau*“ (100 %), sie sind „*überwiegend jünger*“ (71%) und haben „*überwiegend leichte Erkrankungen*“ (43%).

Das „**höhere Bildungsniveau**“ unter den Quittungsempfängern erklärt für die gleichen Praxen (33 %) auch vorrangig die von der KV Rheinessen festgestellte Dominanz der Ersatzkassenversicherten unter den Quittungsempfängern (vgl. Abb. 4).³⁸

Entwicklung des Zeitaufwands für die Tagesquittungsausgabe, Erläuterungen und Rückfragen

Der **durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung einer „Quittung“** lag **nach dem ersten Modellversuchsquartal** (I/02) für Arzt und Praxispersonal unter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch - organisatorischen Abläufe jeweils bei rund 2 Minuten und zusammen bei **knapp 4 Minuten**³⁹.

Nach Einschätzung im letzten Modellversuchsquartal (I/03) ist er für die Mehrheit der Befragten (76 %) gleich geblieben. Für 10 % hat er sich verringert und für 14 % hat er zugenommen. Daher ist das **Ergebnis im Vergleich zur ersten Befragung**⁴⁰ **nahezu identisch** (Abb. 16):

Der **durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung einer „Quittung“** liegt **im vierten Modellversuchsquartal** (I/03) für Arzt und Praxispersonal unter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch - organisatori-

³⁸ Das Ergebnis der Beurteilung dieser Praxen beruht auf einer verhältnismäßig großen Zahl ausgegebener Quittungen. Obwohl sie nur knapp ein Drittel der Praxen in der „TQ-Gruppe“ repräsentieren, haben sie hier rund 50 % aller Quittungen ausgegeben.

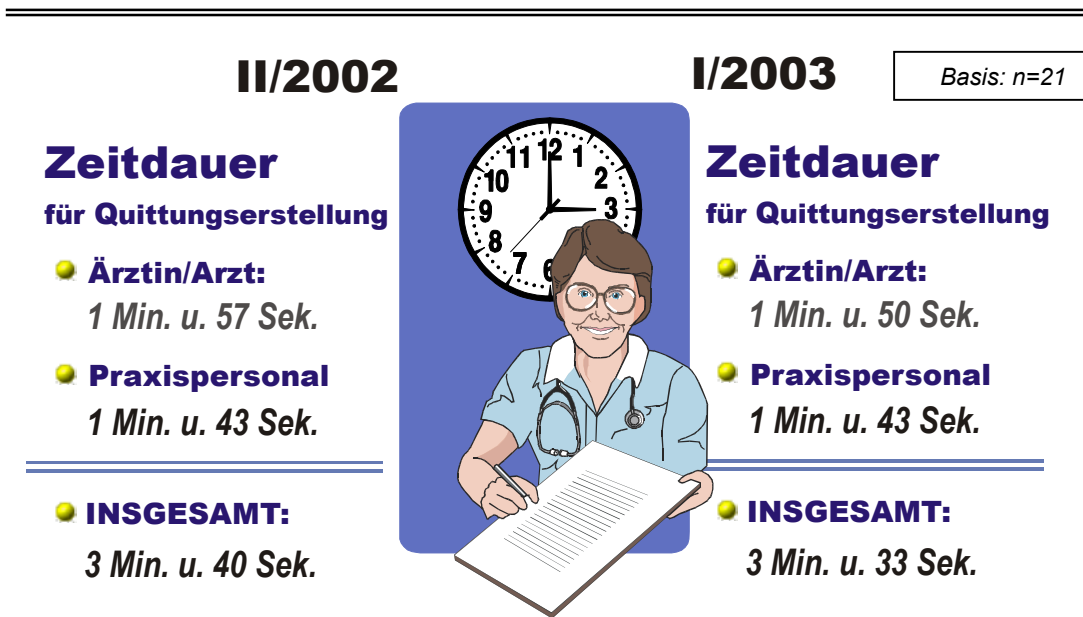
³⁹ Gewichtet mit dem jeweiligen Quittungsvolumen.

⁴⁰ Vgl. Sachstandsbericht vom 26.8.2002

schen Abläufe bei jeweils rund 2 Minuten und zusammen bei **knapp 4 Minuten**⁴¹.

Abb. 16: Zeitaufwand für die Tagesquittungsausgabe in den Quartalen II/2002 und I/2003

(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Während die Ausgabezeiten für die „Quittung“ annähernd gleich geblieben sind, hat sich der **wöchentliche Zeitaufwand der Praxis für Erläuterungen und Rückfragen** zur „Tagesquittung“ bzw. zu Quittungsinhalten **reduziert**, was direkt auf den Rückgang der ausgegebenen Quittungen zurückgeht.

In der Anlaufphase – im ersten Modellversuchsquartal (II/02) – wurden dafür im Durchschnitt wöchentlich **99 Minuten**⁴² angesetzt. Im letzten Modellversuchsquartal (I/03) sind es im Mittel nur noch **69 Minuten**.

⁴¹ dito

⁴² Abhängig von der Zahl ausgegebener Quittungen variierte die Zeit beträchtlich. Vgl. Sachstandsbericht vom 26.8.2002

Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens

Um Anhaltspunkte zu gewinnen, ob und wenn ja welche **Auswirkungen/Konsequenzen** der Quittungsausgabe zu bemerken sind, wurde den Ärzten bereits in der ersten Befragung eine Reihe von Aussagen vorgelegt mit der Bitte, diese ihren Erfahrungen folgend zu bejahen oder zu verneinen.⁴³

Dieselbe Skala ist zu Vergleichszwecken auch in der jetzigen Abschlussbefragung enthalten, um gewisse „Erfahrungsanpassungen“ festzustellen.

Gewichtet mit der geschätzten Zahl der Patienten, für die „Quittungen“ erstellt wurden⁴⁴, ergibt sich eine **mehrheitliche Zustimmung** (82%) dafür, dass **die LKi-Erstellung zu einer sachlicheren Beurteilung ärztlicher Leistungen führt** (Abb. 17).

Diese Einschätzung dominierte die Einschätzung der „TQ-Gruppe“ bereits in der ersten Befragung (mit 80 %).

Die Zustimmung zu der Aussage, dass *„Patienten die Quittung ansprechend und verständlich finden“* ist in der aktuellen Befragung etwas ausgeprägter als in der zurückliegenden zu Modellversuchsbeginn (54%, vorher 42 %) ⁴⁵, während die Aussagen, dass *„die Quittung das Ärzte-Image verbessert“* (49%, vorher 58 %) und *„Patientenrückfragen zur Förderung des Kostenbewusstseins genutzt werden können“* (48 %, vorher 53%), jetzt weniger Zustimmung finden. Ein radikaler Wechsel der Einschätzung dieser Konsequenzen ist daraus nicht abzuleiten. Das gilt ebenso für die zu beiden Zeitpunkten relativ ähnliche Einschätzung, dass die *„Quittung ein Mittel zur Complianceförderung“* darstellt (45 %, vorher 42 % Zustimmung).

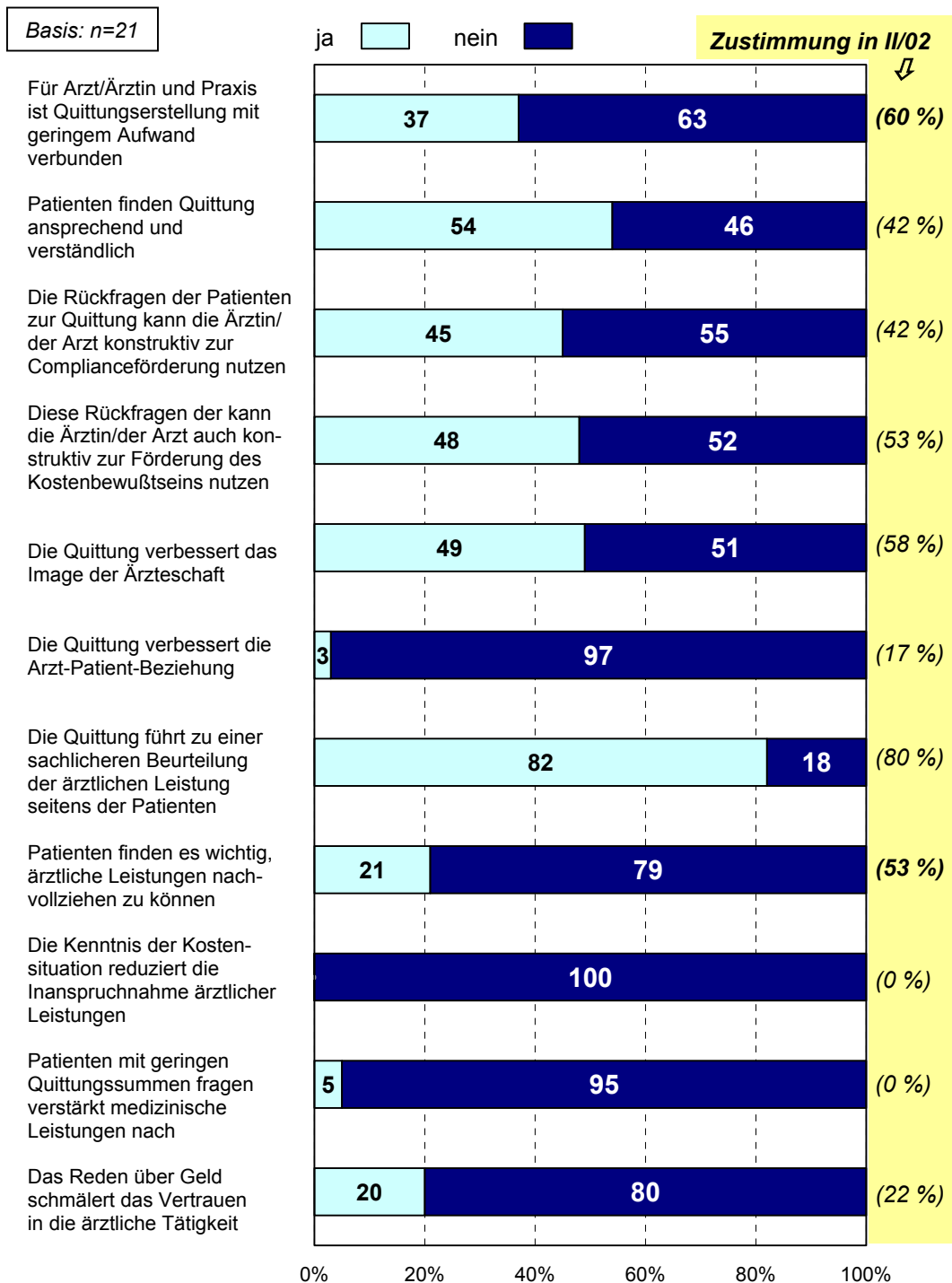
⁴³ Anhand einer Skala „ja“, „eher ja“, „eher nein“ und „nein“, wobei diese Kategorien in der Auswertung auf zwei („ja“/„nein“) zusammengefasst wurden.

⁴⁴ Womit die Anwendungserfahrung entsprechend berücksichtigt ist.

⁴⁵ Die Patientenbefragung ergab hier ein deutlich positiveres Ergebnis– wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass daran hauptsächlich „quittungs-interessierte“ Patienten teilgenommen haben.

Abb. 17: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen der Tagesquittungsausgabe im Quartal I/2003 (und II/2002)

(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Relativ konstant ausgeprägt bleibt die Verneinung der Aussage, dass „*die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert*“ (97%, vorher 83 % Verneinung).

Dass „*von Patienten mit geringen Quittungssummen verstärkt medizinische Leistungen nachgefragt*“ werden, hat am Ende des Modellversuchs kaum jemand festgestellt (wird in I/03 von 95 % verneint, gegenüber 100% in II/02).

Das gilt auch für die Erfahrung, dass „*das Reden über Geld das Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit schmälert*“. Das verneinen 80 % in I/03 und 78 % in II/02.

Völlig ausgeschlossen wird zu beiden Befragungszeitpunkten, dass „*die Kenntnis der Kostensituation die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen reduziert*“.

Ein **Wandel der Einschätzung** ist dagegen bei der *Beurteilung des Bearbeitungsaufwandes* zu konstatieren. In der aktuellen Befragung bzw. zum Modellversuchsende ist nur noch für 33 % der Befragten (vorher 60 %) die „*Quittungserstellung mit geringem Aufwand für Arzt/Ärztin/Praxis*“ verbunden, wobei diese Aussage vor allem von Praxen mit hohem Quittungsvolumen verneint wird.⁴⁶ Ein solch deutlicher Wandel ist auch bei der Aussage festzustellen, dass „*Patienten es wichtig finden, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können*“. Hier ist die Zustimmung von 53 % auf 21 % gefallen.

Die Einschätzung der Auswirkungen und Konsequenzen des Verfahrens ist bei Praxen mit „Tagesquittungen“ gegenüber dem Modellversuchsbeginn in den meisten Punkten gleich geblieben. Lediglich in zwei Punkten ergeben sich in der aktuellen Befragung deutliche Abweichungen, was zum einen mit der Dauerbelastung⁴⁷ über vier Quartale und zum anderen mit dem sinkenden Patienteninteresse erklärt werden kann.

⁴⁶ Praxen mit weniger als 50 Quittungen im Quartal stimmen dieser Aussage überwiegend zu.

⁴⁷ Die Ausgabedauer je Einzelquittung ist im gesamten Modellversuchszeitraum ja gleich geblieben.

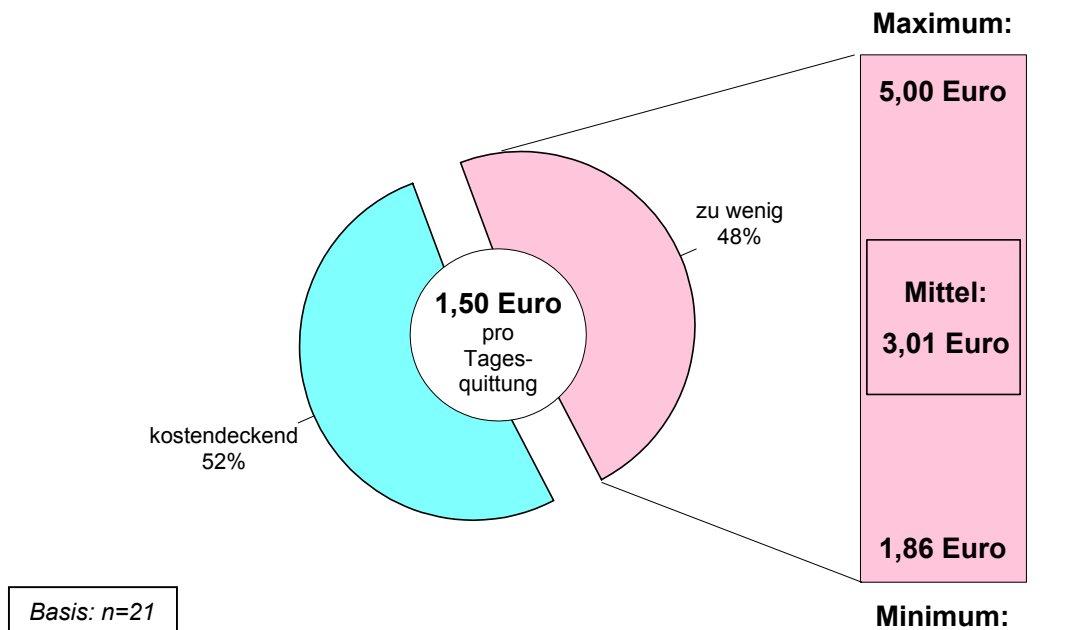
Zur Frage der korrekteren Abrechnung bei obligatorischer Einführung einer Patientenquittung und den praxiskalkulierten Kosten je „Tagesquittung“

Für ein Drittel (33 %) der Befragten in der „TQ-Gruppe“ würde die obligatorische Einführung der Patientenquittung zu einer insgesamt korrekteren Abrechnung führen. Zwei Drittel (67 %) verneinen dies, zum Teil mit dem ergänzenden Hinweis, dass die Mehrzahl der Ärzte korrekt abrechnen.

52 % der Praxen halten das Entgelt für die Erstellung einer „Tagesquittung“ von 1,50 Euro für kostendeckend (Abb. 18).

Für 48 % müsste es höher ausfallen, wobei sich die praxiseigene Kalkulation zwischen 1,86 und 5,00 Euro bewegt und im Mittel rund 3,00 Euro beträgt.

Abb. 18: Praxis-Kalkulation für die Ausstellung einer Tagesquittung
(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Weitere Anmerkungen zur „Tagesquittung“

Die weiteren Anmerkungen in dieser Gruppe beschränkten sich auf die Hinweise,

- dass die Quittungs-Einführung ohne Preisangabe keinen Sinn mache,
- dass das geringe Patienteninteresse eine Einführung nicht rechtfertigen würde,
- dass eine obligatorische Einführung die Abrechnung der Praxen nicht verbessere, da sie bereits zu mehr als 96 % korrekt sei.

5.3.2.2 Befragungsergebnisse für die Gruppe „Quartalsquittung“ (QQ)

Favorisierte Form der „Quittungsausgabe“

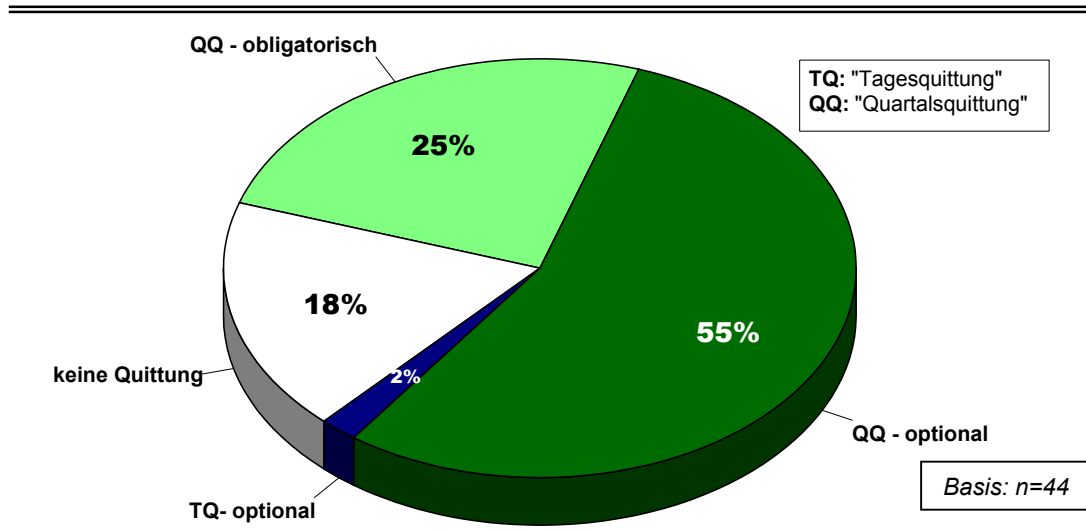
Hinsichtlich der geplanten bundesweiten Einführung wird die „Quartalsquittung“ von dieser Gruppe als optionales Angebot für den Patienten favorisiert. Insgesamt 55 % stimmen für die Möglichkeit, auf Wunsch des Patienten eine „Quittung“ am Quartalsende auszugeben (Abb.19).

Für eine obligatorische Einführung - Ausgabe für jeden Patienten am Quartalsende - sind 25 %.

Lediglich 2 % bevorzugen in der „QQ-Gruppe“ dagegen die Einführung von „Tagesquittungen“ als Option. Keiner (0 %) votiert dagegen für die obligatorische Einführung dieser „Quittungsalternative“.

Rund 18% sind der Ansicht, dass die „Quittung“ überhaupt nicht für gesetzlich krankenversicherte Patienten eingeführt werden sollte, weder obligatorisch noch als Angebot. Diese Ansicht ist in der „TQ-Gruppe“ (mit 24 %) etwas ausgeprägter.

Abb. 19: Favorisierte Form der Quittungsausgabe („QQ-Gruppe“)
(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Im Vergleich beider Befragtengruppen fällt auf, dass in der „TQ-Gruppe“ die Alternative „Quartalsquittung“ häufiger genannt wird als in der „QQ-Gruppe“ die Alternative „Tagesquittung“, auch wenn der überwiegende Teil jeder Gruppe für das jeweils praktizierte Verfahren (als optionales Angebot für den Patienten) votiert.

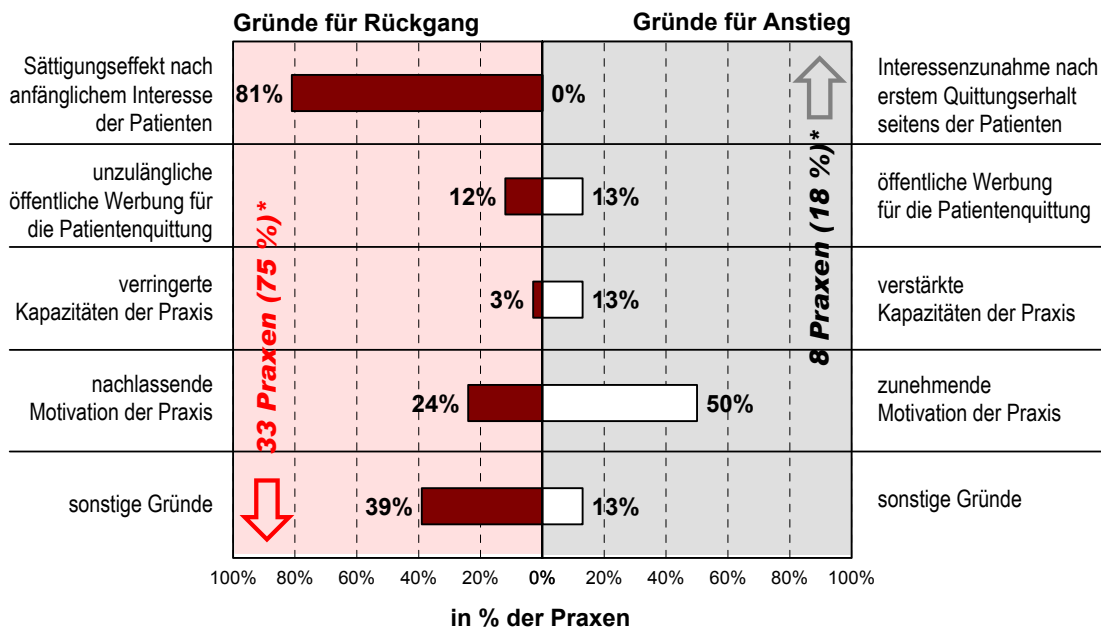
Entwicklung der „Quittungsausgabe“ vom Quartal II/02 bis IV/02 und Benennung der vorwiegenden Gründe für Rückgang und Anstieg

Die befragten Ärztinnen und Ärzte aus den Praxen mit „Quartalsquittungen“ berichteten genau wie ihre Kollegen aus den Praxen der „TQ-Gruppe“ mehrheitlich (zu 75 %) über **abnehmende Zahlen** ausgegebener Quittungen⁴⁸.

⁴⁸ Das deckt sich ebenfalls mit der KV-Statistik: Danach gingen die Quittungszahlen (der hier berücksichtigten 44 Praxen) bei 33 Praxen zurück, bei 8 nahmen sie zu und bei 3 blieben sie gleich.

Abb. 20: Gründe für Rückgang/Anstieg der Quartalsquittungsausgabe vom Quartal II/02 bis IV/02

(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



*in drei weiteren Praxen (7 %) waren die Quittungszahlen in II/02 und I/03 konstant

Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

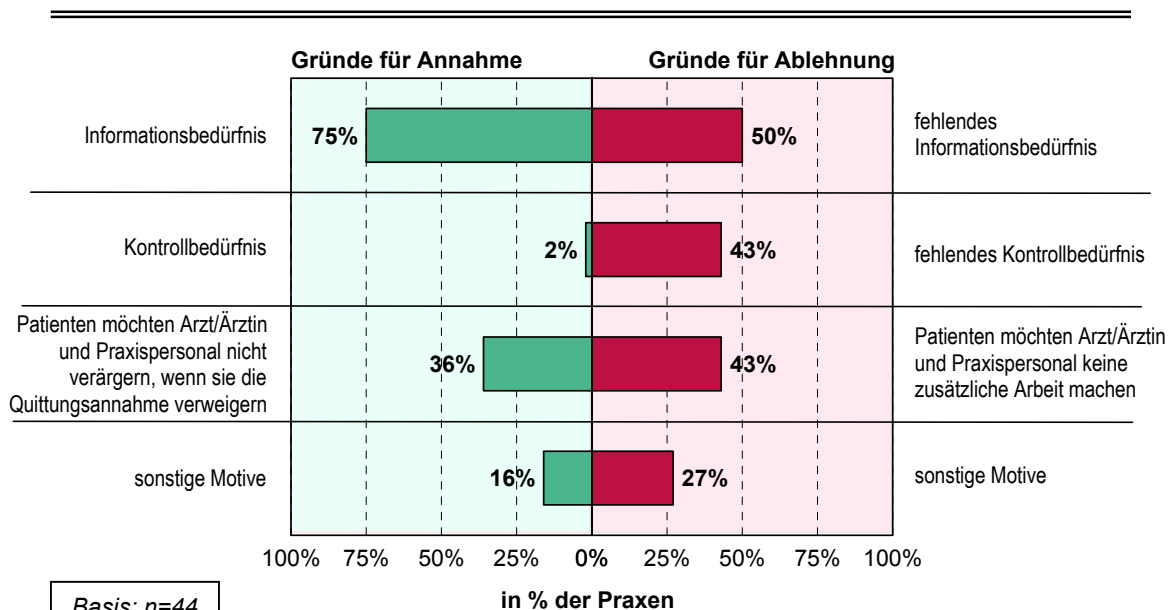
Als vorrangiger Grund für den Rückgang der „Quartalsquittungsausgabe“ wird von den meisten Praxen (81 %) der „Sättigungseffekt nach anfänglichem Interesse der Patienten“ genannt. Etwa ein Viertel (24 %) der Befragten nennt zusätzlich die „nachlassende Motivation der Praxis“ - in der „TQ-Gruppe“ waren es gut die Hälfte, 12 % sehen den Rückgang als „Folge unzulänglicher öffentlicher Werbung“ und für 3 % (eine Praxis) resultiert er aus der „verringerten Kapazität der Praxis“.

39 % nennen „sonstige Gründe“ für den Rückgang, wobei sich die Nennungen – wie in der „TQ-Gruppe“ - auch hier auf das „Desinteresse der Patienten“ konzentrieren (Abb. 20). 8 Praxen berichten von einem Anstieg der Quittungsausgabe und führen dies mehrheitlich auf eine gestiegene Motivation der Praxis zurück.

Motive der Patienten zur Annahme/Ablehnung einer Quittung

„Vorhandenes oder fehlendes Informationsbedürfnis“ wird von den meisten Befragten (75 %) der „QQ-Gruppe“ - wie in der „TQ-Gruppe“ - als vorrangiges Motiv für Annahme und Ablehnung der „Quittung“ genannt (Abb. 21).

Abb. 21: Motive der Patienten zur Annahme/Ablehnung einer Quartalsquittung
(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Während das „Kontrollbedürfnis als Annahmemotiv“ nur von 2 % der Befragten in dieser Gruppe (bzw. von einer Praxis) genannt wird, nennen 50 % das „fehlende Kontrollbedürfnis als Ablehnungsmotiv“. Das verhält sich in der „TQ-Gruppe“ ähnlich.

Annahme und Ablehnung schreiben jeweils etwa gleich viele Praxen dem Wunsch des Patienten zu, „Arzt/Ärztin und Praxispersonal nicht zu verärgern, wenn sie die Quittung verweigern“ (36 %) bzw. „diesen keine zusätzliche Arbeit zu machen, wenn sie die Quittung annehmen“ (43 %). In der „TQ-Gruppe“ sind es jeweils die Hälfte.

„Sonstige Gründe für Quittungsannahme“ werden von 16 % und „sonstige Gründe für Quittungsablehnung“ werden von 27 % der Befragten genannt. Ebenso wie in der „TQ-Gruppe“ dominiert unter den „sonstigen Gründen für die Quittungsannahme“ die „Neugier des Patienten“ und konzentrieren sich die Angaben zu den „sonstigen Gründen für die Quittungsablehnung“ auf „Desinteresse“ und „Vertrauen zur Ärztin/zum Arzt“.

Patienten mit besonders hohem Interesse an der „Quartalsquittung“

Nicht ganz einem Drittel (29 %) der befragten Ärztinnen und Ärzte aus den Praxen mit „Quartalsquittungen“ sind Patienten mit besonders hohem Interesse an der „Quittung“ aufgefallen.

Die Liste der Auffälligkeiten wird von Patienten mit einem „*hohen Bildungsniveau*“ (40 %) angeführt, gefolgt von der Auffälligkeit, dass sie „*überwiegend jünger*“ sind (40%) und „*überwiegend leichte Erkrankungen*“ (25%) haben.

Das „**höhere Bildungsniveau**“ unter den Quittungsempfängern erklärt für die gleichen Praxen (29 %) auch die von der KV Rheinhessen festgestellte Dominanz der Ersatzkassenversicherten unter den Quittungsempfängern (vgl. Abb. 4).⁴⁹

Insgesamt fällt die Beantwortung dieser Fragen ähnlich aus wie in der „TQ-Gruppe“.

Entwicklung des Zeitaufwands für die Quartalsquittungsausgabe/-versendung sowie für Erläuterungen und Rückfragen

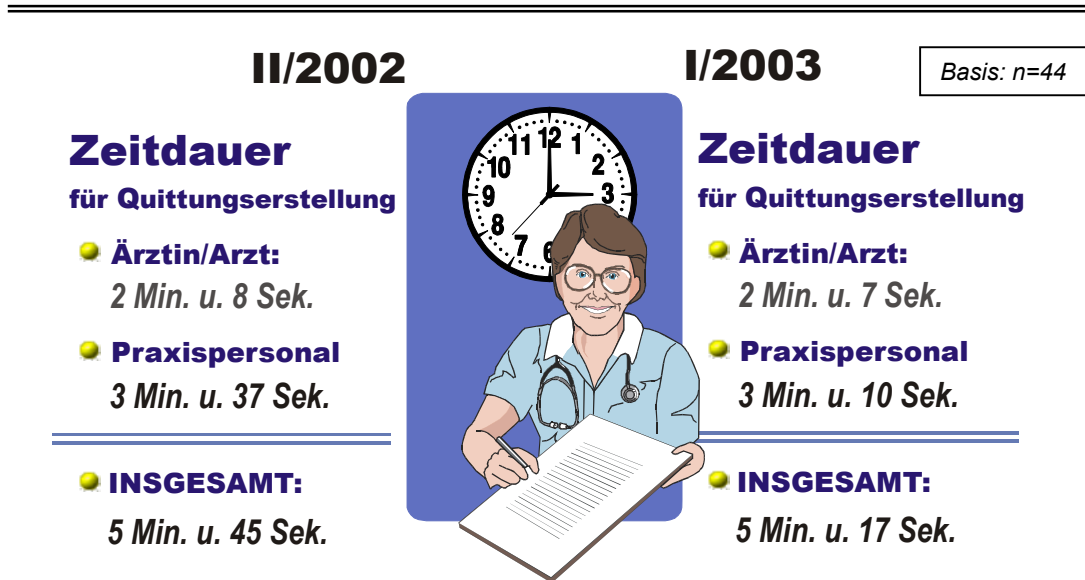
Der **durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung einer „Quittung“** wird für die Ärztin/den Arzt mit etwas über 2 und für das Praxispersonal mit gut 3 Minuten angegeben. Zusammen sind das **gut 5 Minuten**⁵⁰ und zwar unter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch-organisatorischen Abläufe (Abb. 22).

⁴⁹ Das Ergebnis der Beurteilung dieser Praxen beruht auf einer verhältnismäßig großen Zahl ausgegebener Quittungen. Obwohl sie nur knapp ein Drittel der Praxen in der „QQ-Gruppe“ repräsentieren, haben sie hier etwa 50 % aller Quittungen ausgegeben.

⁵⁰ Gewichtet mit dem jeweiligen Quittungsvolumen.

Abb. 22: Zeitaufwand für die Quartalsquittungsausgabe in den Quartalen II/2002 und I/2003

(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Der deutlich höhere Zeitaufwand des Praxispersonals in dieser Gruppe ist darauf zurückzuführen, dass „Quartalsquittungen“ nicht - wie „Tagesquittungen“ - lediglich ausgedruckt und ausgehändigt, sondern in der Regel auch noch versendet werden müssen.

Nach Einschätzung im letzten Modellversuchsquartal (I/03) ist der Zeitaufwand für die Mehrheit der Befragten (80 %) gleich geblieben. Für 18 % hat er sich verringert und für 2 % hat er zugenommen. Daher ist auch hier das **Ergebnis im Vergleich zur ersten Befragung nahezu identisch** (Abb. 9):

Genau wie für „Tagesquittungen“ haben sich die Ausgabezeiten für Quartalsquittungen“ kaum verändert und genau wie dort hat sich der **wöchentliche Zeitaufwand der Praxis für Erläuterungen und Rückfragen** zur „Quartalsquittung“ bzw. zu Quittungsinhalten **reduziert**, was hier ebenfalls unmittelbar auf den Rückgang der ausgegebenen Quittungen zurückgeht.

In der Anlaufphase – im ersten Modellversuchsquartal (II/02) – wurden dafür im Durchschnitt 73 Minuten⁵¹ in der Woche angesetzt. Im letzten Modellversuchsquartal (I/03) sind es im Mittel nur noch 48 Minuten.

Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens

Auch den Ärzten aus der Gruppe „Quartalsquittung“ wurden eine Reihe von Aussagen vorgelegt mit der Bitte, diese ihren jüngsten Erfahrungen folgend zu bejahen oder zu verneinen (Abb. 23).⁵²

Gewichtet mit der geschätzten Zahl der Patienten, für die Quittungen erstellt wurden, ergibt sich in dieser Gruppe **zu keiner Aussage eine mehr als fünfzigprozentige Zustimmung.**

Die einzige mehrheitliche Ansicht aus der ersten Befragung zu Modellversuchsbeginn, dass *„die LKi-Erstellung zu einer sachlicheren Beurteilung ärztlicher Leistungen führt“*, wird – im Gegensatz zur „TQ-Gruppe“, wo diese Ansicht nach wie vor überwiegt - jetzt nur noch von 46 % der Praxen mit „Quartalsquittungen“ geteilt. Vorher waren es hier noch 58 %.

Dagegen hat sich die Ansicht, dass Patienten die „Quittung“ ansprechend und verständlich finden, in der „QQ-Gruppe“ verstärkt (50%, vorher 33 % Zustimmung) und der Einschätzung der „TQ-Gruppe“ (54 %, vorher 42 %) angenähert.

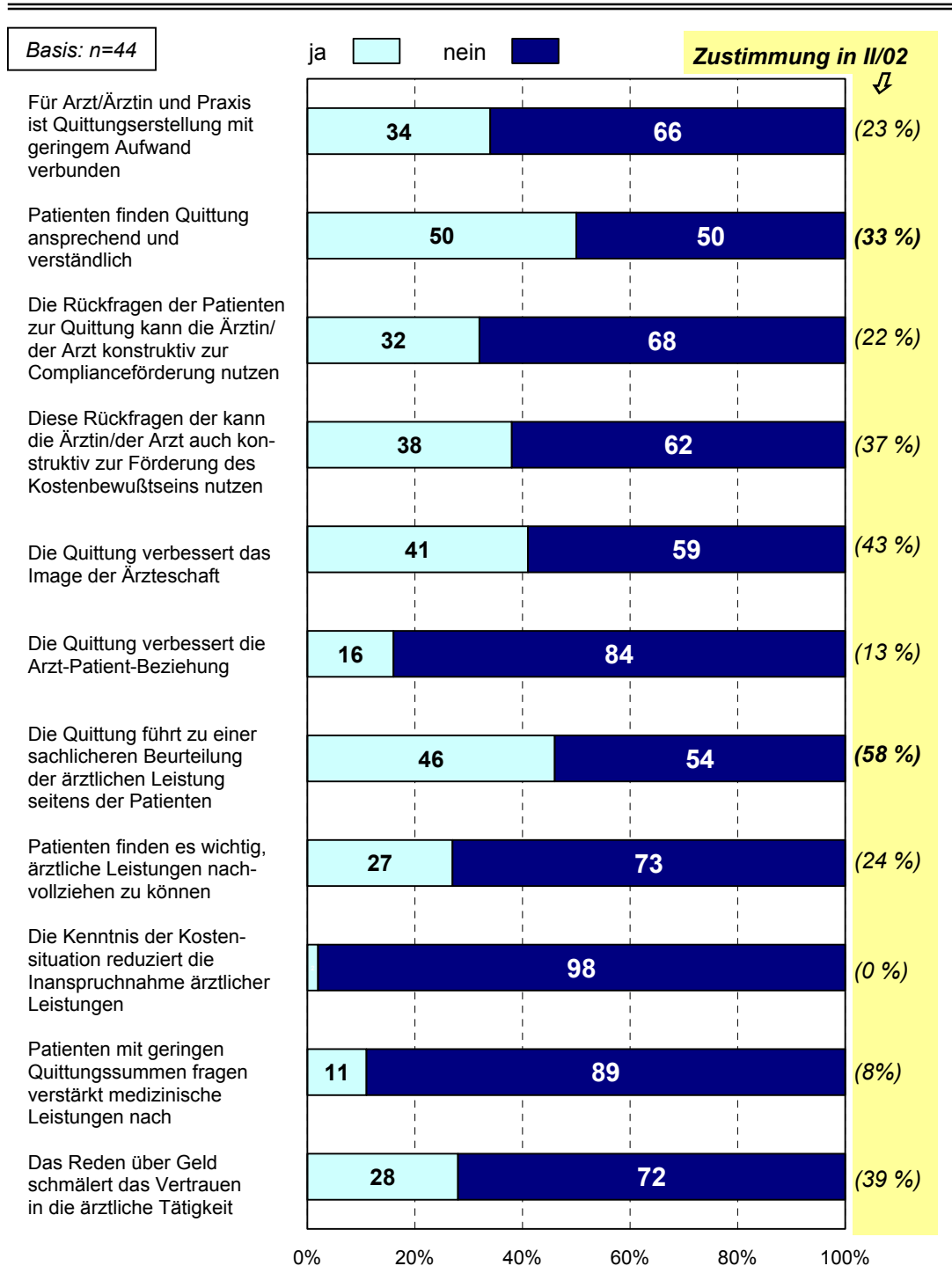
Alle übrigen Aussagen werden in der jetzigen Befragung relativ ähnlich zur ersten Befragung beantwortet.

⁵¹ Auch in dieser Gruppe variierte die Zeit in Abhängig von der Zahl ausgegebener Quittungen beträchtlich. Vgl. Sachstandsbericht vom 26.8.2002

⁵² Anhand einer Skala „ja“, „eher ja“, „eher nein“ und „nein“, wobei diese Kategorien in der Auswertung auf zwei („ja“/„nein“) zusammengefasst wurden.

Abb. 23: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen der Quartalsquittungsausgabe im Quartal I/2003 (und II/2003)

(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Dass *„die Quittung das Ärzte-Image verbessert“*, meinen 41 % (vorher 43 %). Dass *„Patientenrückfragen der Förderung des Kostenbewusstseins genutzt werden können“* nennen 38 % (vorher 37%) .

32 % (vorher zu 22 %) sehen in der *„Quittung ein Mittel zur Complianceförderung“*.

Für 34 % (vorher 23 %) ist die *„Quittungserstellung mit geringem Aufwand für Arzt/Ärztin/Praxis“* verbunden. Hier hat sich die Zustimmung leicht erhöht⁵³ und stimmt jetzt fast mit derjenigen in der „TQ-Gruppe“ überein.

Annäherungen zur „TQ-Gruppe“ sind auch bei der Einschätzung darüber feststellbar, dass *„das Reden über Geld das Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit schmälert“*. In der „QQ-Gruppe“ finden das jetzt 28 % (vorher 39 %). In der „TQ-Gruppe“ sind es 20 %.

Eine Annäherung mit veränderten Vorzeichen gibt es bei der Einschätzung, *„dass Patienten es wichtig finden, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können“*. Dieser stimmen nur etwa ein Viertel der Praxen mit *„Quartalsquittungen“* in der ersten Befragung (24 %) und in der aktuellen Befragung (27 %) zu. Während Praxen mit *„Tagesquittungen“* dies zu Modellversuchsbeginn noch überwiegend (zu 53 %) anders sahen, kommen sie nun etwa zur gleichen Bewertung (21 %).

Dass *„die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert“*, finden die Praxen der „QQ-Gruppe“ (Zustimmung 16 %, vorher 13 %) ebenso wenig wie die der „TQ-Gruppe“ (Zustimmung 3 %, vorher 17 %). Das gilt auch für die Einschätzung, *„dass von Patienten mit geringen Quittungssummen verstärkt medizinische Leistungen nachgefragt werden“* („QQ“: Zustimmung 11 % vorher 8%; „TQ“: Zustimmung 5 % vorher 0 %), wobei die Beurteilung über beide Befragungen relativ konstant bleibt.

Beinahe deckungsgleich ist in beiden Gruppen und zu beiden Erhebungszeitpunkten die fast komplette Verneinung der Verfahrenskonsequenz *„dass die Kenntnis der Kostensituation per Patientenquittung die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen reduziert“*.

⁵³ Wie in der „TQ-Gruppe“ fällt der Anteil von Praxen, welcher im vierten Modellversuchsquartal sehr wenige oder überhaupt keine „Quittungen“ ausgegeben hat, deutlich höher aus als im ersten Modellversuchsquartal.

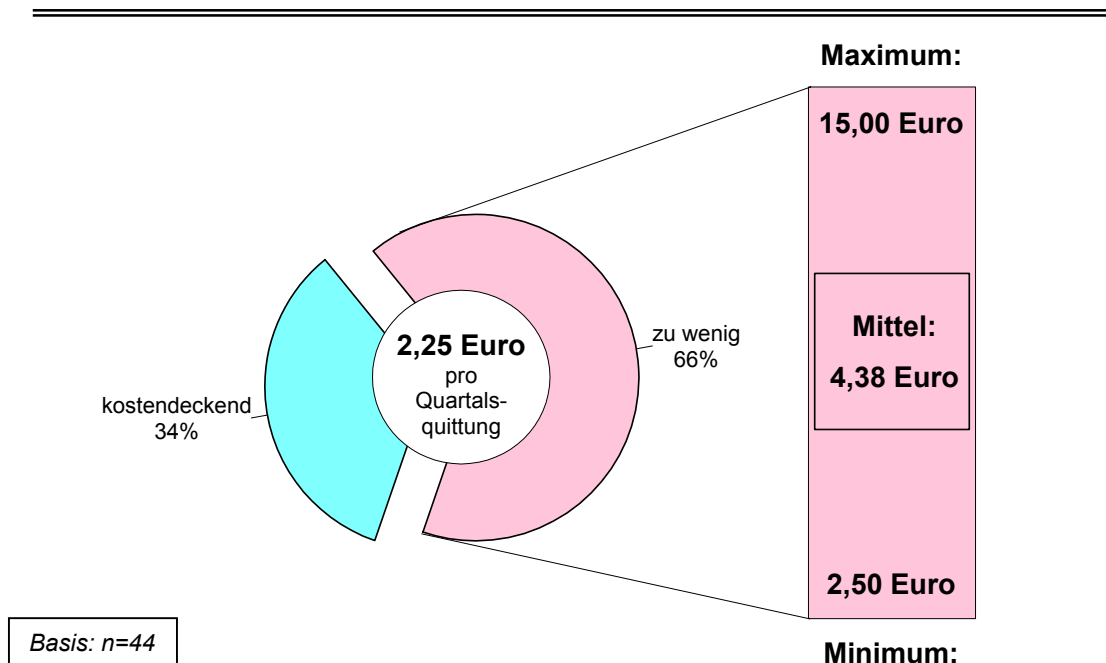
Zur Frage der korrekteren Abrechnung bei obligatorischer Einführung einer Patientenquittung und den praxiskalkulierten Kosten je „Quartalsquittung“

Für knapp die Hälfte der Befragten (48 %) – das sind deutlich mehr als in der „TQ-Gruppe“ (mit 33 %) - würde die obligatorische Einführung der Patientenquittung zu einer insgesamt korrekteren Abrechnung führen. 52 % verneinen dies.

34 % der Praxen – in der „TQ-Gruppe“ sind es 52 % - halten das Entgelt für die Erstellung einer „Quartalsquittung“ von 2,25 Euro für kostendeckend (Abb. 24). Für 66 % müsste es höher ausfallen, wobei sich die praxiseigene Kalkulation zwischen 2,50 und 15,00 Euro bewegt und im Mittel 4,38 Euro beträgt.

Abb. 24: Praxis-Kalkulation für die Ausstellung einer Quartalsquittung

(Schriftliche Arztbefragung zum Abschluss des Modellversuchs)



Weitere Anmerkungen zur "Quartalsquittung"

Die weiteren Anmerkungen in dieser Gruppe sind recht vielfältig. So wird vermerkt,

- dass die gesamte Quittungsthematik gesundheitspolitisch nur dann Sinn hat, wenn sich herausstellt, dass die Behandlung „quittierender Patienten“ im Fachgruppenvergleich billiger würde! Ansonsten ist dies nur eine Schikane gegen die Ärzte! Dies müsste vorher unbedingt errechnet werden,
- dass der Arzt durch die Budgetierung nicht das angegebene Honorar erhält und der Patient darüber nichts erfährt,
- dass die Quittungsausgabe bei einer Praxisgröße von 1000 Scheinen pro Quartal zeitlich, organisatorisch, und materiell zu aufwendig ist,
- dass das Interesse sehr gering bleiben wird, solange der Patient keine finanziellen Vorteile durch die Quittung sieht,
- dass die Quittung so lange uninteressant für die Patienten ist, so lange es keine Möglichkeit zur Beeinflussung gibt. Einziger Vorteil: korrekte Abrechnung durch alle Vertragsärzte, so dass sich der Punktwert erhöhen müsste (könnte),
- dass man die Quittung eindeutig als solche kennzeichnen sollte, damit sie nicht für eine Rechnung gehalten werden kann - um Verstimmungen zu vermeiden,
- dass die Patientenquittung angesichts der begrenzten Mittel im Gesundheitswesen einen sinnlosen Verwaltungsaufwand darstellt,
- dass die Quittung eigentlich erst Sinn macht bei feststehenden Beträgen. Patienten glauben sonst, dass alle Punkte honoriert werden,
- dass eine zwangsweise Zusendung von Quittungen ab 1500 Patienten im Quartal ohne zusätzliches Personal organisatorisch nicht machbar sei,
- dass der (nicht honorierte) Zeitaufwand für persönliche Information der einzelnen Patienten über den Sinn der Aktion zu hoch ist,
- dass viele Patienten die Patientenquittung als unnützes Kontrollinstrument ablehnen, weil sie dem Arzt vertrauen und ihn nicht kontrollieren wollen,
- dass die Einführung einer unentgeltlichen (zu Lasten der Praxis gehenden) Patientenquittung ohne Angabe von Preisen für die ärztliche Leistung total abzulehnen ist,
- dass aus der Quittung hervorgeht, dass verschiedene Leistungen gratis erbracht werden, der Arzt aber dafür Risiken übernimmt,
- dass nur geringes Interesse an der Quittung bestehen wird, solange die Patienten nicht selbst die Quittung/Rechnung zahlen müssen.

5.3.2.3 Fazit der Abschlussbefragung teilnehmender Ärztinnen und Ärzte am Modellversuch Patientenquittung

Die **Mehrzahl** der am Modellversuch teilnehmenden Praxen mit „Tages-„ und „Quartalsquittungen“ wünschen eine **optionale Quittungseinführung**. Dabei wird das jeweils praktizierte Verfahren favorisiert, allerdings fällt das Votum für die Quittungsalternative in der „TQ-Gruppe“ (mit 24%) wesentlich deutlicher aus als in der „QQ-Gruppe“.

Nach Ablauf von drei Modellversuchsquartalen ist in den meisten Praxen ein **Rückgang** der Quittungsausgabe festzustellen, was die Praxen überwiegend mit einem „Sättigungseffekt nach anfänglichem Interesse seitens des Patienten“ und dessen zunehmendes Desinteresse erklären. Zum Teil hat darunter auch die Motivation in der Praxis gelitten.

Interessierte Patienten zeichnen sich überwiegend durch ein **höheres Bildungsniveau** aus. Sie sind in der Regel jünger und haben leichtere Erkrankungen. Das erklärt nach Einschätzung der Ärzte auch den hohen Anteil von Ersatzkassenpatienten mit Quittung.

Gegenüber dem Modellversuchsbeginn haben sich die **Ausgabe- und Bearbeitungszeiten** pro „Quittung“ nicht verändert. Die zeitliche Beanspruchung durch Rückfragen zur „Quittung“ und für die Erläuterung von Quittungsinhalten hat sich – vor allem bedingt durch das abnehmende Patienteninteresse – im letzten Modellversuchsquartal gegenüber dem ersten erkennbar reduziert.

Die Einschätzung des Verfahrens hat sich im Vergleich zum ersten Modellversuchsquartal nur in wenigen Punkten geändert. Sie ist damit in beiden Gruppen aber auch ähnlicher geworden, wobei die **Einschätzung** zu vielen Punkten durch die Praxen mit „Tagesquittungen“ immer noch etwas **optimistischer** ausfällt, was man besonders an der fast durchgängigen Bejahung der Aussage, *„dass die Quittung zu einer sachlicheren Beurteilung*

der Aussage, „*dass die Quittung zu einer sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung durch den Patienten führt*“, festmachen kann.

Konkrete Verhaltensänderungen durch die „Quittung“ auf Seiten des **Patienten** – außer einem nachlassenden Interesse – wurden von den Praxen nicht festgestellt: weder führt die „Quittung“ zu einer verstärkten Leistungsnachfrage, noch führt sie zum Gegenteil.

Der Mensch, der den Arzt aufsucht, tut dies in erster Linie als „Patient“, also zur Linderung oder Heilung eines Leidens und nicht als „Versicherter“, der den Arzt (auch) kontrollieren will, was die aktuellen Befragungsergebnisse nochmals⁵⁴ verdeutlichen: Rund drei Viertel der befragten Praxen meinen, dass Patienten es nicht wichtig finden, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können. Außerdem wird das „fehlende Kontrollbedürfnis“ als zweithäufigster Grund dafür genannt, eine Quittung abzulehnen.

Daher ist von Seiten der Patienten keine Kontrollfunktion zu erwarten. Dass eine obligatorische Patientenquittung – welche die Mehrzahl der Praxen ablehnt – dagegen zu einer korrekteren Abrechnung führt, wird ebenfalls überwiegend nicht gesehen. Dieses Urteil fällt in der „QQ-Gruppe“ weniger deutlich aus als in der „TQ-Gruppe“.

Praxen mit „Tagesquittungen“ halten zu einem höheren Anteil das im Modellversuch gezahlte **Quittungsentgelt** für kostendeckend. Während in dieser Gruppe der Betrag von gut der Hälfte der Praxen höher kalkuliert wird, sind es in der Gruppe mit „Quartalsquittungen“ – mit gut zwei Drittel der Praxen – deutlich mehr.

Wenn man die zusätzlichen Versandarbeiten berücksichtigt, lässt sich die größere Unzufriedenheit hier leicht nachvollziehen, auch wenn ein Betrag von 15 Euro pro „Quartalsquittung“ – wie von einer Praxis kalkuliert – überhöht erscheint.

⁵⁴ Das war bereits Ergebnis der zurückliegenden Gruppendiskussionen und Befragungen.

5.4 Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal

In die Patientenbefragung, die das Zentralinstitut im zweiten Modellversuchsquartal durchgeführt hat, wurden **ausschließlich Quittungsempfänger** einbezogen, da nur von diesen eine konkrete Beurteilung des Quittungsangebotes bzw. der Quittungsinhalte und des Ausgabeverfahrens erwartet werden konnte⁵⁵.

Patienten mit „Tagesquittung“ sollten dabei den Fragebogen einschließlich Versandkuvert direkt mit der Quittung ausgehändigt bekommen. Patienten mit „Quartalsquittung“ sollten Fragebogen und Versandkuvert dann erhalten, wenn Sie eine solche wünschten verbunden mit der Bitte, den Bogen nach Erhalt der Quittung auszufüllen und an das Zentralinstitut zurückzusenden.

Aussendung und Rücklauf

Am 28.6.02 versandte das Zentralinstitut an die **65 teilnehmenden Praxen**⁵⁶ insgesamt **6.500 Patientenfragebogen**⁵⁷ (jeweils 100 je Praxis) mit der Bitte, diese im Laufe der Quartals an Patienten, für die eine Quittung erstellt wurde, zu verteilen. 2.100 Fragebogen gingen an 21 Praxen mit „Tagesquittungen“ und 4.400 Fragebogen an 44 Praxen mit „Quartalsquittungen“.

Das Zentralinstitut ging nach Erfahrungen mit ähnlichen Verteilaktionen von einer zehnpromzentigen Rücksendequote aus (absolut ca. 600 Fragebogen). Nach ZI-Recherche wurden von allen Praxen im Laufe des dritten Quartals 2002 insgesamt nur **3.784 Patientenfragebogen ausgegeben**: 1.362 von

⁵⁵ Der exakte Grad des Patienteninteresses ist auf Basis der ZI-Befragung allerdings nicht zu ermitteln. Die Einschätzung bzw. Bewertung der „Nicht-Interessierten“ könnte beispielsweise über eine (telefonische) repräsentative Bevölkerungsbefragung in der Modellregion erhoben werden. Da diese Untersuchung jedoch die gesamten Evaluationskosten verdoppeln würde wurde darauf bisher verzichtet - zumal das zu erwartende Ergebnis einer solchen Umfrage relativ vage ausfallen dürfte.

⁵⁶ Zwei weitere Praxen, die vom Zentralinstitut keine Patientenfragebögen erhielten, hatten Ihre Teilnahme wegen technischer Probleme zurückgestellt und erst im Quartal III/2002 aufgenommen.

⁵⁷ Siehe Anhang.

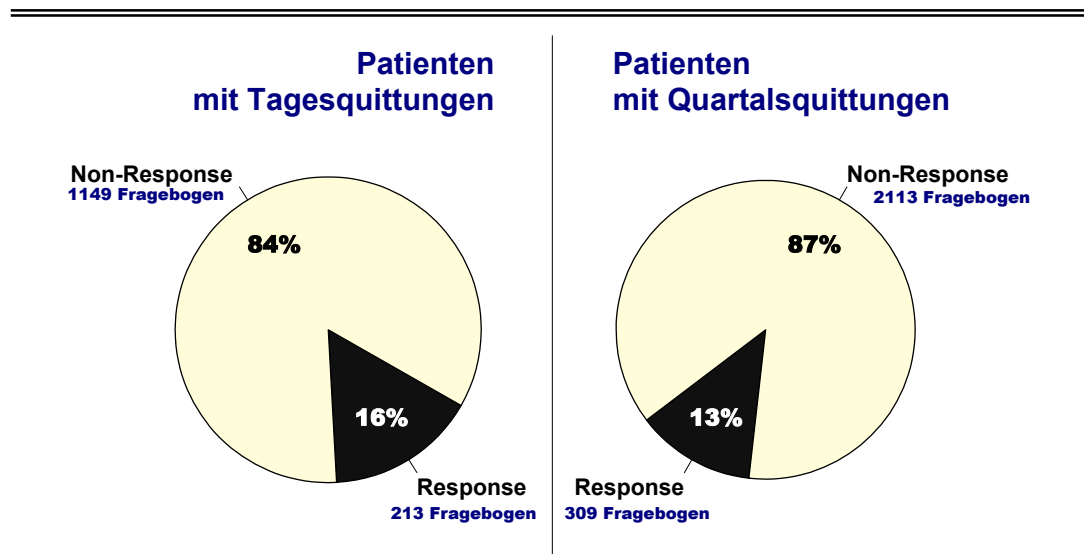
Praxen mit „Tagesquittungen“ und 2.422 von Praxen mit „Quartalsquittungen“. Die Differenz zum Versandvolumen (s.o.) erklärt sich daher, dass viele Praxen in diesem Quartal deutlich weniger als 100 Quittungen und entsprechend weniger Fragebogen ausgegeben hatten.

Anfang Oktober lagen dem Zentralinstitut insgesamt **522 auswertbare Fragebogen** vor: 213 Fragebogen von Patienten mit „Tagesquittungen“ und 309 Fragebogen von Patienten mit „Quartalsquittungen“.

Auf das tatsächliche Ausgabevolumen (n= 3.784) bezogen liegt die **Rücksendequote insgesamt bei 13,8 %**, bei Patienten mit „Tagesquittungen“ bei **15,6 %** und bei Patienten mit „Quartalsquittungen“ bei **12,8 %** (Abb. 25).⁵⁸

Abb. 25: Rücksendequote der Patientenbefragung

(Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

⁵⁸ Daraus lässt sich nicht zwingend schließen, dass Patienten, die keinen Fragebogen ausgefüllt haben, kein Interesse an der Quittung haben. Umgekehrt wird man – auch angesichts der übrigen Ergebnisse unserer wissenschaftlichen Begleitung – kaum davon ausgehen können, dass Patienten, welche sich der Mühe der Fragebogenbearbeitung nicht unterzogen haben, in der Mehrheit ebenfalls an der Quittung interessiert sind.

Die vom Zentralinstitut geschätzte Rücklaufquote von 10 % ist damit leicht übertroffen worden.

Obwohl diese niedrige Responsrate zu einem großen Teil verfahrensbedingt ist, muss man davon ausgehen, dass die folgenden Aussagen **überwiegend für solche Patienten stehen, welche die Quittung als Angebot nützlich finden** und dass der überwiegende Teil⁵⁹ der Nichtbeantworter unter den Quittungsempfängern das Quittungsangebot als unnötig ansieht. Letzteres ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Patienten, für die bisher Quittungen ausgestellt wurden⁶⁰, in fast allen Praxen in der Minderheit waren.⁶¹

Zwischenzeitlich hat das Zentralinstitut weitere 210 Patientenfragebögen ausgewertet, die im dritten und vierten Modellversuchsquartal ausgefüllt wurden und zwar überwiegend von Patienten, die bereits die zweite und dritte Quittung erhalten haben. Die Ergebnisse sind mit denen in diesem Bericht dargelegten Resultaten nahezu identisch, zumal es sich zum Teil um die selben Patienten handeln dürfte.

5.4.1 Befragungsergebnisse für Patienten mit „Tagesquittung“

Die Ergebnisdarstellung richtet sich im folgenden auf die Patienten mit „Tagesquittungen“.

Tagesquittungsausgabe

Von den 213 Befragten dieser Gruppe erhielten 58 % die „Quittung“ vom Hausarzt und 42 % vom Facharzt.

⁵⁹ Dies gilt, selbst wenn dieser Gruppe noch viele Patienten angehören, die eine Patientenquittung für nützlich halten, jedoch die Mühe scheuten, einen Fragebogen auszufüllen und an das ZI zu senden.

⁶⁰ Ihr Anteil ist laut KV-Statistik pro Praxis und insgesamt über die Modellversuchszeit rückläufig.

⁶¹ Einen großen Teil dieser Patienten wird man - nach den Erkenntnissen aus unserer Gruppendiskussionen mit Patienten und Ärzten - selbst durch intensivere Aufklärung kaum vom Nutzen der Patientenquittung überzeugen können.

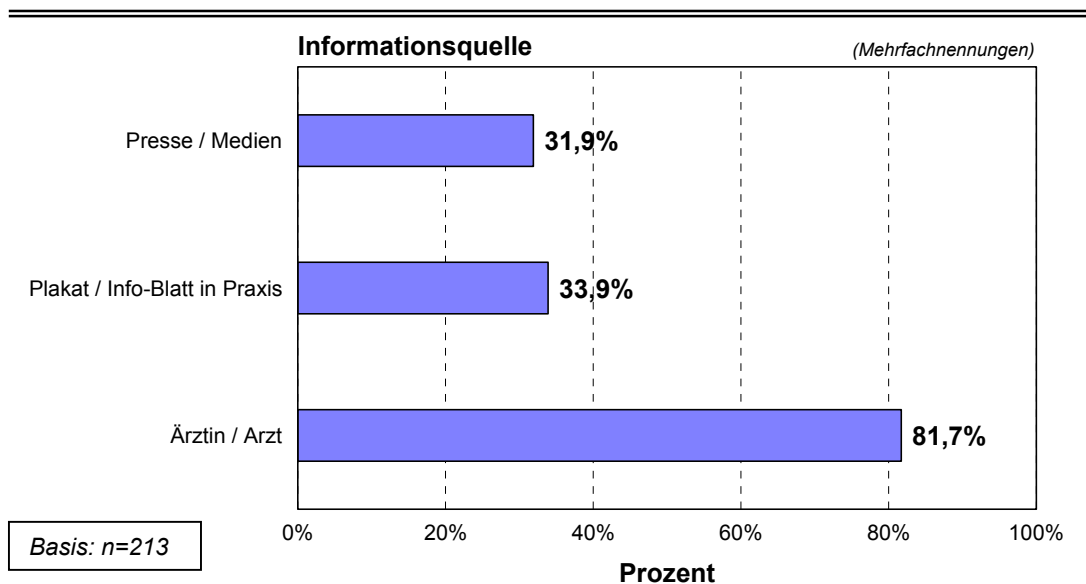
44 % der Befragten haben eine, 26 % haben zwei, 16 % haben drei und 14 % haben vier und mehr „Tagesquittungen“ erhalten.

Primäre Informationsquelle zum Quittungsangebot

82 % der Befragten gaben an, von dem Quittungsangebot durch den Arzt erfahren zu haben. Je ein Drittel der Patienten⁶² wurde durch das Plakat / die Informationsblätter in der Praxis (34 %) und durch die Presse / Medien (32 %) darauf aufmerksam (Abb. 26).

Abb. 26: Primäre Informationsquelle zum Tagesquittungsangebot

(Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

Verständlichkeit der Quittungsinhalte und Rückfragen

Eine Reihe von Fragen richtete sich auf Art und Intensität von Rückfragen und die Verständlichkeit der Tagesquittungsinhalte.

⁶² Bedingt durch Mehrfachnennungen, da alle drei Möglichkeiten vorgegeben waren.

86 % der Befragten hatten nach Durchlesen der Quittung keine Fragen. Die restlichen 14 % der Befragten mit **Aufklärungsbedarf** stellten zur Hälfte (52%) Fragen nach den aufgeführten Leistungen, zu deutlich mehr als einem Drittel (38%) auch⁶³ Fragen zum Sinn und Zweck des Verfahrens und zu etwas mehr als einem Drittel (34%) allgemeine Fragen (Sonstige Fragen 4 %).

Insgesamt hatten 65 % der Patienten mit Arzt und/oder Arzthelferin gesprochen.

Wenn nicht nachgefragt wurde, obwohl man Fragen hatte, lag das bei jeweils 7 % an fehlender Zeit und fehlendem Interesse auf Seiten des Patienten und bei 4 % an fehlender Zeit des Arztes / der Arzthelferin. 2 % der Patienten vermieden Rückfragen, um Arzt und Arzthelferin nicht zu verärgern. (Sonstige Gründe 10 %⁶⁴)

Fast alle Befragten (96%) fanden die Quittung **verständlich** und 82 % meinten, dass sie nicht mehr verbessert werden kann. Das korrespondiert mit dem relativ geringen Anteil von Patienten mit Rückfragen (s.o.).

Patienten (18 %), welche Verbesserungsvorschläge notieren, geht es vor allem um die Verständlichkeit der Texte zu den Gebührennummern. Man sollte hier – wie es ein Befragter stellvertretend für alle übrigen ausdrückte – *„für Laien verständlichere Bezeichnungen wählen“*.

Insgesamt gab es in dieser Gruppe also nur geringe Probleme mit der Verständlichkeit der Tagesquittungsinhalte.

Das traf für jüngere Patienten noch stärker zu als für ältere: bei Patienten unter 35 Jahren (n= 50) wurde die Verständlichkeit der Tagesquittungsinhalte von 98 % bejaht, bei Patienten über 59 Jahren (n=61) waren das noch 93 %. Dazu passt, dass 21% der Patienten dieser Altersgruppe Verbesserungsvorschläge notierten, während dies bei den Patienten unter 35 Jahren nur 10% waren (Abb. 27).

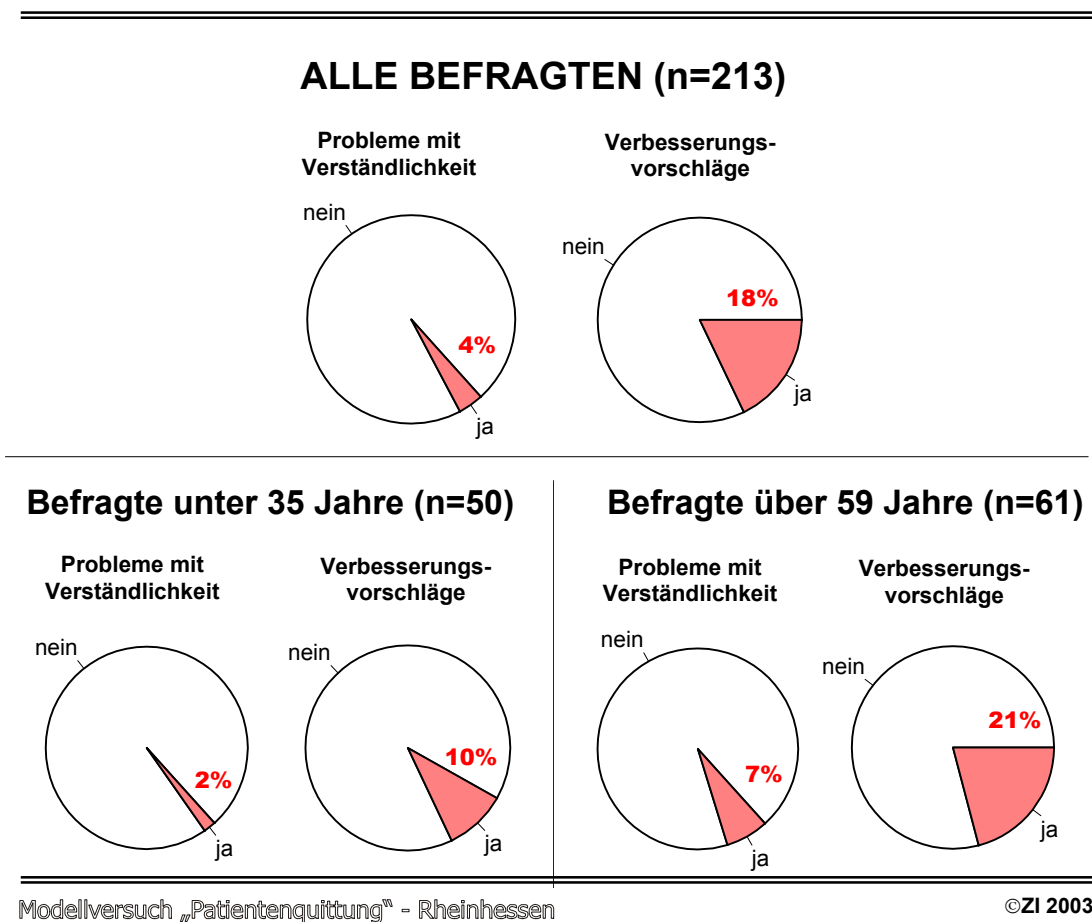
6 % der Patienten gaben an, im Zusammenhang mit der Quittung etwas über die eigene Erkrankung erfahren zu haben, das sie vorher noch nicht wuss-

⁶³ Mehrfachnennungen

⁶⁴ Als sonstiger Grund, der eine direkte Nachfrage verhinderte, wurde häufig vermerkt, dass sich Fragen erst nach dem Arztbesuch – „nach intensiverem Nachlesen zuhause“ – einstellen.

ten. Für 94 % ergab sich das nicht, wobei dieses Verhältnis für jüngere und ältere Befragte nahezu gleich ist.

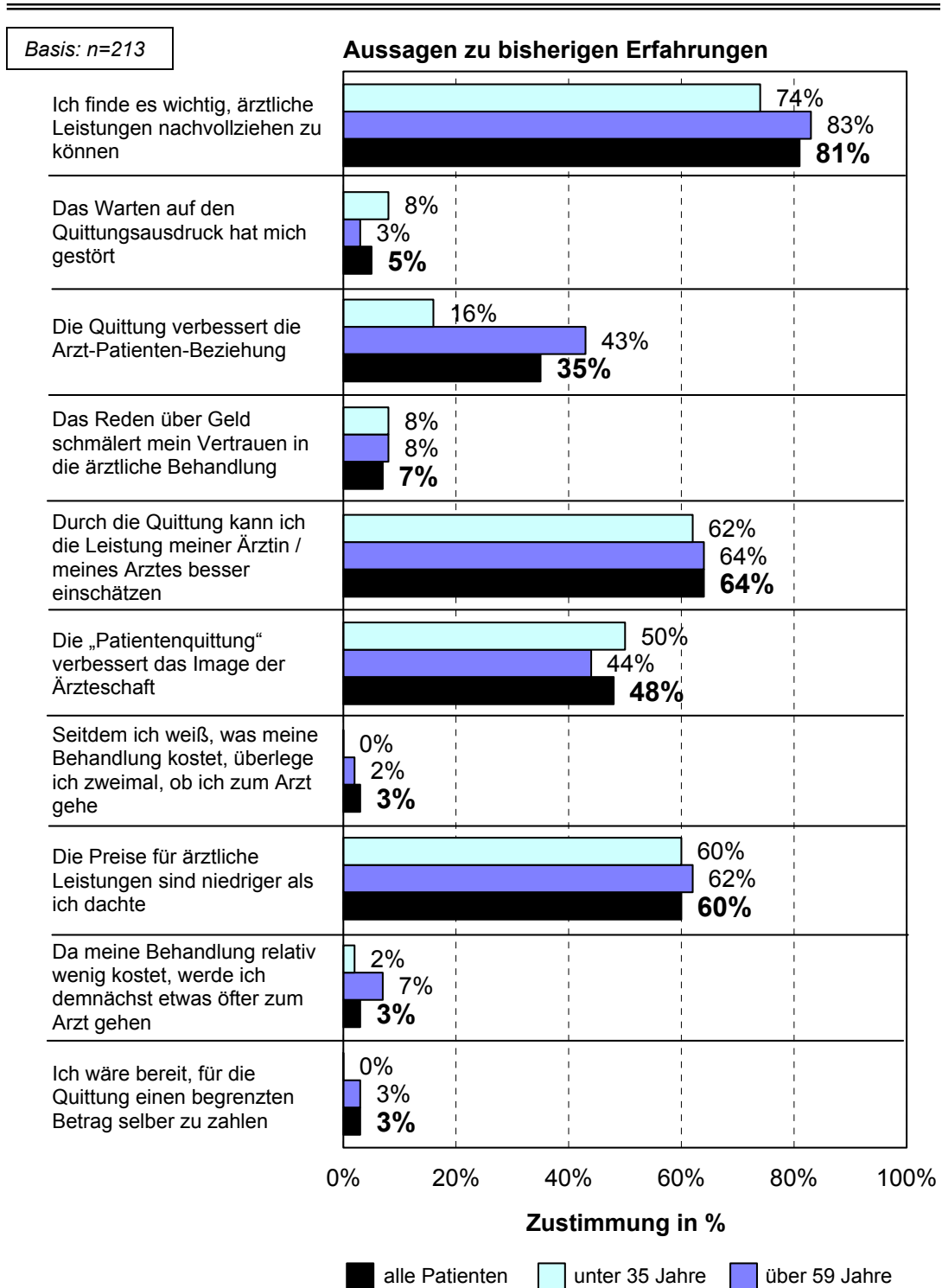
Abb. 27: Verständlichkeit und Verbesserungsvorschläge („TQ-Gruppe“)
(Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal)



Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens

Um Anhaltspunkte zu gewinnen, ob und wenn ja welche **Auswirkungen/Konsequenzen** der Quittungs-Ausgabe zu bemerken sind, wurde den Patienten eine Reihe von Aussagen vorgelegt mit der Bitte, diejenigen anzukreuzen, denen sie ihren jüngsten Erfahrungen folgend zustimmen können.

Abb. 28: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen der Tagesquittungsausgabe im Quartal III/2002
(Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal)



Wie Abbildung 28 zu entnehmen ist, ergab sich dabei folgendes⁶⁵:

- **81 % der Befragten mit „Tagesquittung“ finden es wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können.**
- **64 % der Befragten können die ärztliche Leistungen damit auch besser einschätzen.**
- **Für 60% der Patienten sind die Preise für ärztliche Leistungen niedriger als sie dachten.**
- **48 % sehen darin eine Image-Verbesserung für die Ärzteschaft.**
- **Für 35 % aller Befragten verbessert die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung.**
- **Dass das Reden über Geld das Vertrauen in die ärztliche Behandlung schmälert, glauben nur 7 %.**
- **Das Warten auf den Quittungsausdruck hat nur 5 % der Patienten gestört.**
- **3 % der Patienten geben an, dass Sie nach Kenntnis ihrer (hohen) Behandlungskosten zweimal überlegen, ob sie zum Arzt gegen.**
- **Ebenso viele Patienten (3 %) berücksichtigen, zukünftig öfter zum Arzt zu gehen, da Ihre Behandlung relativ wenig kostet.**
- **3 % der Befragten ist bereit, für die „Tagesquittung“ einen begrenzten Betrag selbst zu zahlen.**

Diese Aussagen waren bei Patienten unter 35 Jahren und über 59 Jahren in ähnlicher Gewichtung vertreten.

⁶⁵ Mehrfachnennungen

Dass die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert, glaubten jüngere Patienten (mit 16 %) allerdings weit seltener als ältere (mit 43 %).

Jüngere Patienten (8%) hat das Warten auf den Quittungsausdruck häufiger gestört als ältere (3 %). Aus der Kenntnis der Kostensituation leiteten jüngere Patienten seltener eine Verhaltensänderung ab – bzgl. einer häufigeren oder geringeren Zahl von Arztbesuchen – als ältere Patienten.⁶⁶

Jüngere Patienten waren auch nicht bereit, für die Quittung einen begrenzten Betrag selbst zu übernehmen, wobei diese Bereitschaft bei älteren Patienten ebenfalls nur gering (3%) ausgeprägt war.

Patientendemographie: Befragte mit Tagesquittung

Die Patienten mit „Tagesquittung“ waren im **Durchschnitt 50 Jahre** alt. Der Frauenanteil lag bei 60 %. Die Hälfte (50%) dieser Patienten hat in den letzten drei Monaten ein- bis zweimal den Arzt besucht⁶⁷. 38 % gaben drei bis fünf und 12 % gaben sechs und mehr Arztbesuche an.

5.4.2 Befragungsergebnisse für Patienten mit „Quartalsquittung“

Die Ergebnisdarstellung richtet sich nun auf die Patienten mit „Quartalsquittungen“ und schließt den Vergleich mit den Befragungsergebnissen der „Tagesquittungs-Patienten“ („TQ-Gruppe“) ein.

⁶⁶ Wobei allerdings insgesamt selten Verhaltensänderungen notiert werden.

⁶⁷ einschließlich des aktuellen Arztbesuchs

Quartalsquittungsausgabe

Von den 309 Befragten dieser Gruppe erhielten 59 % die „Quittung“ vom Hausarzt und 41 % vom Facharzt. Das verhält sich in der „Tagesquittungsgruppe“ entsprechend.

Primäre Informationsquelle zum Quittungsangebot

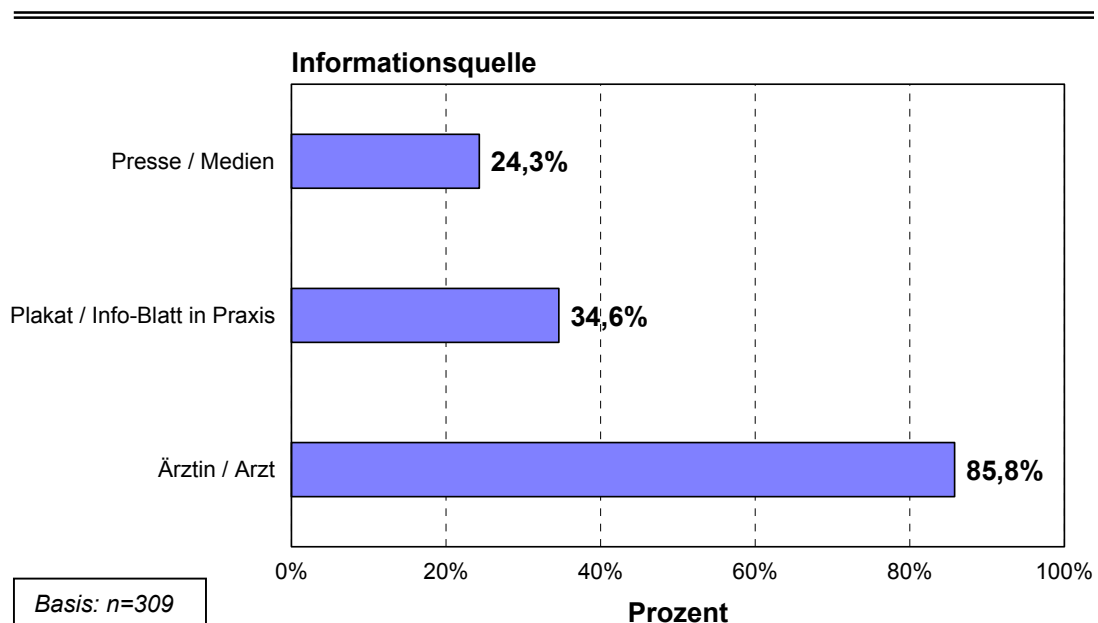
86 % der Befragten gaben an, von dem Quittungsangebot **durch den Arzt** erfahren zu haben.

Gut ein Drittel der Patienten⁶⁸ wurde durch das Plakat / die Informationsblätter in der Praxis (35 %) und knapp ein Viertel (24 %) durch die Presse / Medien darauf aufmerksam (Abb.8).

Die Rangfolge entspricht derjenigen in der „TQ-Gruppe“.

Abb. 29: Primäre Informationsquelle zum Quartalsquittungsangebot

(Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal)



Modellversuch „Patientenquittung“ - Rheinhessen

©ZI 2003

⁶⁸ Bedingt durch Mehrfachnennungen, da alle drei Möglichkeiten vorgegeben waren.

Verständlichkeit der Quittungsinhalte und Rückfragen

Eine Reihe von Fragen richtete sich auf Art und Intensität von **Rückfragen** und die Verständlichkeit der Quartalsquittungsinhalte, wobei auch diese Ergebnisse weitgehend mit denen der „Tagesquittungsgruppe“ übereinstimmten.

87 % der Befragten hatten nach Durchlesen der Quittung keine Fragen. Das war bei den Befragten mit „Tagesquittungen“ fast exakt gleich, wobei jüngere Befragte⁶⁹ etwas seltener Fragen hatte als ältere⁷⁰, was in der „TQ-Gruppe“ nicht der Fall war.

Von den 13 % der Befragten mit Aufklärungsbedarf stellten über die Hälfte (55%) Fragen nach den aufgeführten Leistungen und 43 % auch⁷¹ Fragen zum Sinn und Zweck des Verfahrens und zu etwas weniger als einem Viertel (23%) allgemeine Fragen (Sonstige Fragen 15 %⁷²).

Insgesamt hatten 52 % der Patienten mit Arzt und/oder Arzthelferin über die Quittung gesprochen. Das war seltener als bei Patienten mit „Tagesquittungen“ (65%).

Wenn nicht nachgefragt wurde, obwohl man Fragen hatte, lag das bei jeweils 5 % an fehlender Zeit und bei 7 % an fehlendem Interesse auf Seiten des Patienten und bei 1 % an fehlender Zeit des Arztes bzw. der Arzthelferin.

2 % der Patienten vermieden Rückfragen, um den Arzt bzw. die Arzthelferin nicht zu verärgern.

Unter den sonstigen Gründen, die eine Rückfrage verhinderten und von 4 % der Befragten genannt wurden, dominiert das „Vergessen“, da man sich nach Quittungszusendung nicht mehr an den genauen Untersuchungsverlauf erinnert.

⁶⁹ Patienten unter 35 Jahre mit „Quartalsquittung“ (n=66)

⁷⁰ Patienten über 59 Jahre mit „Quartalsquittung“ (n=105)

⁷¹ Mehrfachnennungen

⁷² Unter anderem die Frage nach der Laborpauschale, da nicht verstanden wurde, warum eine Laborziffer abgerechnet werden darf, wenn keine Laboruntersuchung erfolgt.

Genau wie in der „TQ-Gruppe“ fanden fast alle Befragten (97%) die „Quartalsquittung“ verständlich und 82 % meinten, dass sie nicht mehr verbessert werden kann. Das korrespondiert hier ebenfalls mit dem relativ geringen Anteil von Patienten-Rückfragen (s.o.).

Patienten (18 %), welche Verbesserungsvorschläge notierten, ging es vor allem um die Verständlichkeit der Texte zu den Gebührennummern. Das ist in dieser Gruppe noch ausgeprägter als bei Patienten mit „Tagesquittungen“. Der Vorschlag, die „Verwechslungsgefahr mit einer Rechnung“ durch einen entsprechenden Aufdruck auf der Vorderseite im „Quittungskopf“ zu vermeiden, wurde nur in dieser Gruppe notiert.

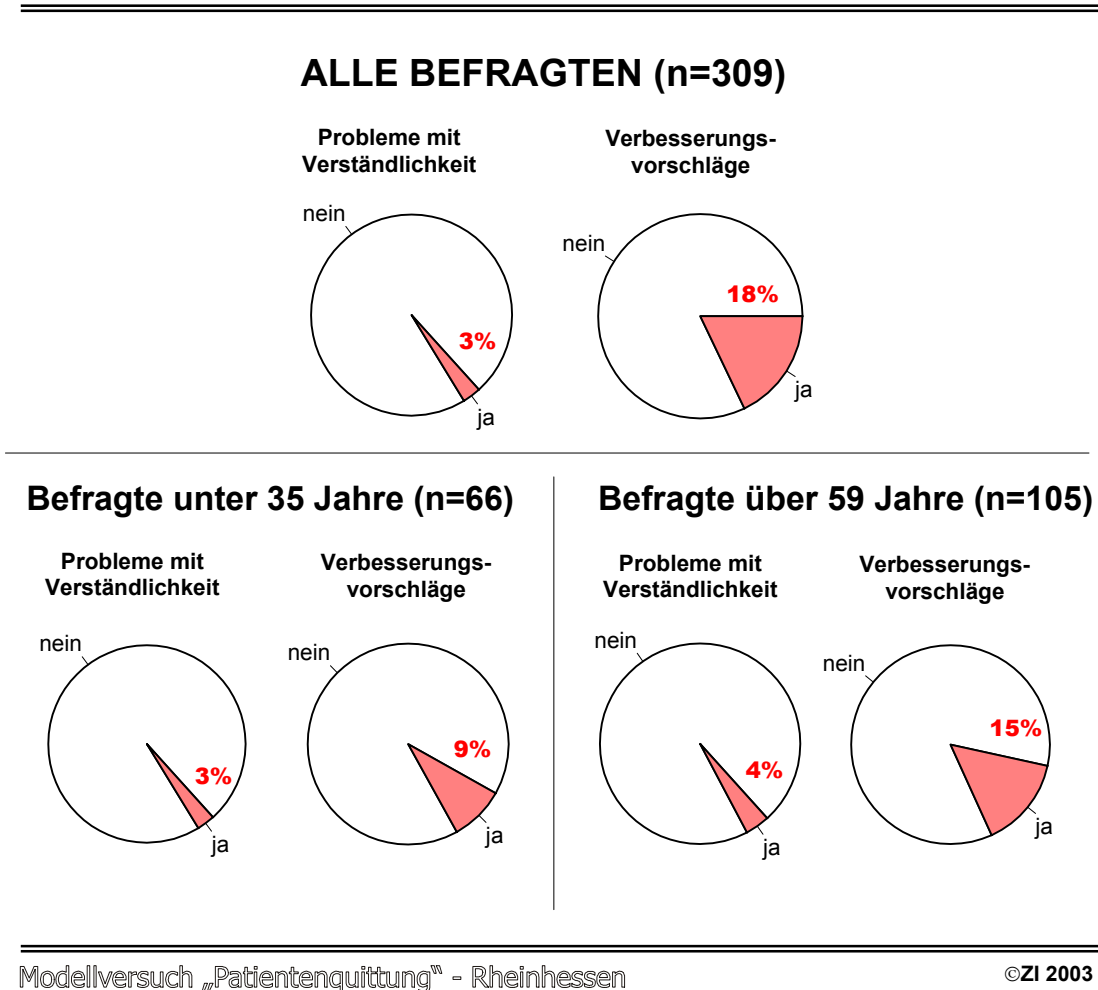
Der Vorschlag, die Behandlungsdauer („Zeitaufwand des Arztes“) und die Diagnose auf der Quittung zu vermerken, wurde dagegen in beiden Gruppen gemacht.

Insgesamt gab es aber auch in der Gruppe der Patienten mit „Quartalsquittungen“ nur geringe Probleme mit der Verständlichkeit der Quittungsinhalte.

Das unterschied sich bei jüngeren und älteren Patienten mit „Quartalsquittungen“ weniger deutlich als in der „TQ-Gruppe“, wobei ältere Patienten allerdings - genauso wie in der „TQ-Gruppe“ - häufiger Verbesserungsvorschläge machten als jüngere. Bei Patienten unter 35 Jahren (n= 66) waren das 9 % und bei Patienten über 59 Jahren (n=105) waren es 15 % (Abb. 30). Die meisten Verbesserungsvorschläge wurden von 35-39jährigen Patienten (zu 21 %) mit „Quartalsquittungen“ notiert.

5 % der Patienten gaben an, im Zusammenhang mit der „Quartalsquittung“ etwas über die eigene Erkrankung erfahren zu haben, das sie vorher noch nicht wussten. Für 95 % ergab sich das nicht, wobei dieses Verhältnis für jüngere und ältere Befragte nahezu gleich ist und sich nicht wesentlich von den Verhältnissen in der „Tagesquittungsgruppe“ unterscheidet.

Abb. 30: Verständlichkeit und Verbesserungsvorschläge („QQ-Gruppe“)
(Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal)

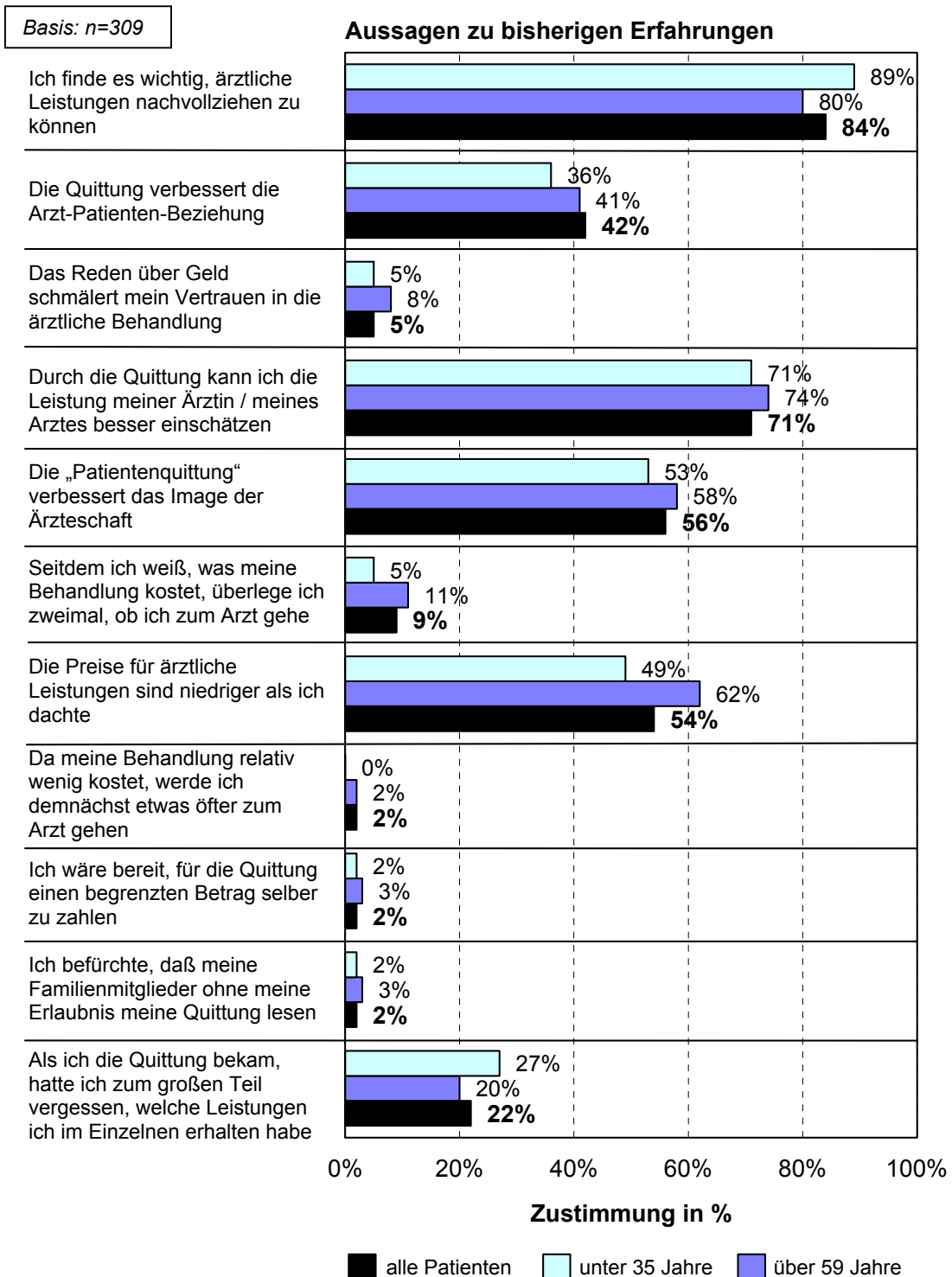


Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens

Um Anhaltspunkte zu gewinnen, ob und wenn ja welche **Auswirkungen / Konsequenzen** der Quittungs-Ausgabe zu bemerken sind, wurde auch den Patienten mit „Quartalsquittungen“ eine Reihe von Aussagen vorgelegt mit der Bitte, diejenigen anzukreuzen, denen sie ihren jüngsten Erfahrungen folgend zustimmen können.

Abb. 31: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen der Quartalsquittungsausgabe im Quartal III/2002

(Schriftliche Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal)



Wie Abbildung 31 zu entnehmen ist, ergab sich dabei folgendes⁷³:

- **84 % der Befragten mit „Quartalsquittung“ finden es wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können.**
- **71 % der Befragten können die ärztliche Leistungen damit auch besser einschätzen.**
- **56 % sehen darin eine Image-Verbesserung für die Ärzteschaft.**
- **Für 54% der Patienten sind die Preise für ärztliche Leistungen niedriger als sie dachten.**
- **Für 42 % aller Befragten verbessert die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung.**
- **22 % aller Befragten hatten nach Erhalt der Quittung bereits vergessen, welche die Leistungen sie im Einzelnen beim Arztbesuch erhielten.**⁷⁴
- **9 % der Patienten geben an, dass Sie nach Kenntnis ihrer (hohen) Behandlungskosten zweimal überlegen, ob sie zum Arzt gehen.**
- **Dass das Reden über Geld das Vertrauen in die ärztliche Behandlung schmälert, glauben nur 5 %.**
- **2% der Patienten beabsichtigt, zukünftig öfter zum Arzt zu gehen, da Ihre Behandlung ihrer Ansicht nach relativ wenig kostet.**
- **2 % der Befragten ist bereit, für die „Quartalsquittung“ einen begrenzten Betrag selbst zu zahlen.**
- **2 % der Befragten befürchtet, dass Familienangehörige die Quittung ohne deren Erlaubnis lesen würden.**⁷⁵

⁷³ Bei der Beantwortung waren Mehrfachnennungen möglich. Die Frage nach der Dauer des Quittungsausdruck stellt sich für Patienten mit zugeschickter „Quartalsquittung“ nicht. Dieser Punkt fehlt in Abb. 7 oben, wogegen die beiden letzten Punkte bzw. Fragen sich nur für Quartalsquittungs-Empfänger stellen.

⁷⁴ Diese Frage stellte sich bei Patienten mit „Tagesquittungen“ nicht.

⁷⁵ Dito.

Insgesamt war das Antwortprofil im Vergleich zu demjenigen der Patienten mit „Tagesquittungen“ relativ ähnlich. Das gilt auch für das Antwortverhalten jüngerer und älterer Patienten in beiden Gruppen.

Unter 35 Jahre alte Patienten mit „Quartalsquittung“ fanden es – genau wie in der „TQ- Gruppe“ - noch wichtiger (zu 89 %), ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können als über 59jährige Patienten (mit 80 %).

Dass die Quittung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert, glaubten jüngere Patienten (mit 36 %) mit „Quartalsquittungen“ in geringerem Maß als ältere (mit 41 %) – diese Einstellung war bei den jüngeren Befragten der „TQ-Gruppe“ noch ausgeprägter.

Demgegenüber zeigten sich ältere Patienten in beiden „Quittungs-Gruppen“ weit häufiger (zu 62 %) von den niedrigen Preisen für ärztliche Leistungen überrascht als in der „TQ-Gruppe“. Jüngere Patienten sahen dies in beiden Gruppen übereinstimmend seltener (49 % in der „QQ-Gruppe“ und 50 % in der „TQ-Gruppe“).

Die Vergesslichkeit bezüglich erhaltener Leistungen war demgegenüber bei jüngeren Patienten mit „Quartalsquittungen“ (mit 27 %) etwas größer als bei älteren (mit 20 %) – die diesbezügliche Frage stellte sich in der „TQ-Gruppe“ nicht.

Aus der Kenntnis der Kostensituation leiteten auch jüngere Patienten mit „Quartalsquittungen“ seltener eine Verhaltensänderung ab – bzgl. einer häufigeren oder geringeren Zahl von Arztbesuchen – als ältere Patienten.

3 % der älteren Patienten signalisierten in beiden Gruppen („TQ“ u. „QQ“) Bereitschaft, einen begrenzten Betrag für die Quittungsausstellung selbst zu übernehmen. Von den jüngeren Befragten taten dies lediglich 2 % mit „Quartalsquittungen“. In der „TQ-Gruppe“ war dazu kein jüngerer Patient bereit.

Patientendemographie: Befragte mit Quartalsquittung

Die Patienten mit „Quartalsquittung“ waren im Durchschnitt 50 Jahre alt, unterschieden sich diesbezüglich also nicht von den Patienten mit „Tagesquittung“.

Der Frauenanteil lag mit 42 % um 18 Prozentpunkte niedriger als in der Vergleichsgruppe.

42 % dieser Patienten haben in den letzten drei Monaten ein- bis zweimal den Arzt besucht⁷⁶. 39 % gaben drei bis fünf und 19 % gaben sechs und mehr Arztbesuche an. Das verhielt sich bei Patienten mit „Tagesquittungen“ ähnlich.

5.4.3 Fazit der Patientenbefragung

Von Patienten, die im zweiten Modellversuchsquartal in Rheinhessen zusammen mit der Tages- oder „Quartalsquittung“ einen Fragebogen erhalten haben, sandten etwa 14 % einen ausgefüllten Fragebogen an das ZI zurück.

Obwohl diese niedrige Rücksendequote bei solchen Verteilaktionen keine Besonderheit⁷⁷ darstellt, ist sie doch auch als Maß des Interesses der Patienten am „Quittungsangebot“ zu werten, zumal Patienten, für die bisher „Quittungen“ ausgestellt wurden, in fast allen Praxen in der Minderheit waren und die Ausgabequote in den Modellversuchsquartalen deutlich gesunken ist. Die Ergebnisse der Patientenbefragung repräsentieren daher **überwiegend Patienten, welche die „Quittung“ als Angebot nützlich finden.**

⁷⁶ einschließlich des aktuellen Arztbesuchs

⁷⁷ u.a. wegen des relativ niedrigen „Aufforderungscharakters“ und der geringen Verbindlichkeit für den Befragten sowie der fehlenden Kontrolle der „Feldsituation“ durch den Umfrageträger.

Diese Patienten kamen mit den darin aufgeführten Inhalten überwiegend zu-
recht, gleichgültig ob es sich um eine Tages- oder eine „Quartalsquittung“
handelt.

Es gab wenige Rückfragen und entsprechend wenige **Verbesserungsvor-
schläge**.

- Verbesserungsvorschläge wurden vor allem von älteren Patienten gemacht und zielten in erster Linie auf eine umgangssprachlichere Fassung der Leistungslegenden.
- Der überwiegende Teil aller Befragten fand es wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können.
- Die meisten Befragten fühlten sich damit in der Lage, die ärztliche Leistung besser einzuschätzen.
- Für mehr als die Hälfte der Patienten sind die Preise der ärztlichen Leistung niedriger als sie dachten.
- Durch die Kenntnis der Preise für ärztliche Leistungen sah sich kaum ein Patient zu einer Verhaltensanpassung – zu einer vermehrten oder verminderten Zahl von Arztbesuchen – veranlasst.
- Die Leistungs- und Kosteninformation des Arztes bezahlen wollte fast niemand.

Auch wenn die Befragung der Patienten – anders als die der Praxen - keinen direkten Aufschluss darüber gibt, welche Quittungsart Patienten bevorzugen, schneidet die „Quartalsquittung“ insgesamt etwas schlechter ab, da Rückfragen – durch den Zeitverzug der Quittungsversendung am Quartalsende – umständlicher sind und häufiger vergessen werden.

5.5 Hotline der KV und Quittungsüberprüfungen

Die KV hatte den Patienten die Möglichkeit angeboten, gemeinsam mit einem Vertreter der Krankenkassen ihre **Quittung** mit den abgerechneten Leistungen des Arztes **abzugleichen**. Davon haben insgesamt 19 Patienten Gebrauch gemacht.

In 18 Fällen wurden keine Abweichungen festgestellt.

In dem anderen Fall wurde die Ärztin wegen einer Abrechnungsziffer zur Stellungnahme aufgefordert. Es ergab sich eine irrtümliche Abrechnung. Daraufhin wurde eine Berichtigung der Abrechnung vorgenommen, und die KV informierte die entsprechende Patientin.

Bei der eigens eingerichteten **Hotline** haben insgesamt acht Versicherte angerufen.⁷⁸

Zwei Patienten wollten eine Auskunft zum Ablauf (Handhabung) des Modellversuches. Einer bat um die Liste der Ärzte, die am Modellversuch teilnehmen. Eine weitere Patientin forderte speziell die Liste der teilnehmenden Wormser Ärzte an.

Drei Personen riefen aus einem Bereich außerhalb der KV Rheinhessen an (Wiesbaden, Lahnstein, Bad Kreuznach) und haben gefragt, ob die Quittung auch von den Ärzten aus ihrer Stadt ausgegeben wird.

Ein Patient hat konkret einen Arzt aus dem KV-Bereich benannt und wollte wissen, ob dieser an dem Modellversuch teilnimmt.

⁷⁸ Das Zentralinstitut hatte dafür – bzw. für eine spätere Auswertung – ein spezielles Hotline-Telefonnotizformular entwickelt (siehe Anlage), da in der Planung von einem höheren Anfragevolumen ausgegangen wurde.

6 Quartalsübergreifende Analysen

6.1 „Quittungsausgabe“ nach Patienten-Altersgruppen in den Quartalen II, III und IV/2002

6.1.1 Analyseziel, -material und -methode

Ausgehend von der **Fragestellung**, ob die Ausgabe von Leistungs- und Kosteninformationen über vertragsärztliche Leistungen altersspezifische Unterschiede aufweist, hat die KV Rheinhessen⁷⁹ auf Anfrage des Zentralinstituts eine Sonderauswertung über die ersten drei Modellversuchsquartale durchgeführt.

Dabei wurde das Patientenkontingent aller Praxen, die am Modellversuch teilnehmen, je Quartal nach Altersgruppen

- **insgesamt** und
- **eingeschränkt auf „Quittungsempfänger“**

ausgewertet.

Darüber hinaus wurde ermittelt, wie viele Patienten welcher Altersgruppe in den ersten beiden (II/02,III/02) und in allen drei Modellversuchsquartalen (II/02,III/02,IV/02) „Quittungen“ erhielten.

6.1.2 Ergebnisse

Insgesamt wurden von den am Modellversuch teilnehmenden Praxen im ersten Modellversuchsquartal (II/02) für 16.954 Patienten Leistungs- und Kosteninformationen über vertragsärztliche Leistungen ausgestellt. Im zweiten (III/02) waren es noch 11.659 und im dritten Modellversuchsquartal (IV/02) waren es noch 10.956 Patienten.

Bezogen auf die Gesamtfallzahl der jeweiligen Quartale (II/02: 82.252; III/02:

⁷⁹ Durchgeführt vom KV-Mitarbeiter Herrn Oliver Kaiser

79.709; IV/02: 80.415) entspricht das einer **Inanspruchnahmequote** von:

- **21,9 % in II/02**
- **15,2 % in III/02 und**
- **14,0 % in IV/02**

Tab.3: Gesamtfallzahl der Modellversuchs-Praxen und Zahl der „Quittungsempfänger“ im Verhältnis über die Quartale II,III und IV/02

Alter in Jahren	Quartal								
	II/02			III/02			IV/02		
	(A) Gesamt- fallzahl	(B) Quittungs- Empfänger	(B) / (A) Verhältnis	(A) Gesamt- fallzahl	(B) Quittungs- Empfänger	(B) / (A) Verhältnis	(A) Gesamt- fallzahl	(B) Quittungs- Empfänger	(B) / (A) Verhältnis
	abs.	abs.	in %	abs.	abs.	in %	abs.	abs.	in %
bis unter 20 J.	15.508	3.132	20,2%	15.170	2.414	15,9%	16.099	2.427	15,1%
von 20 bis unter 30 J.	7.309	1.569	21,5%	7.358	1.245	16,9%	7.356	1.182	16,1%
von 30 bis unter 40 J.	10.539	2.733	25,9%	10.402	1.815	17,4%	10.559	1.777	16,8%
von 40 bis unter 50 J.	10.781	2.758	25,6%	10.485	1.758	16,8%	10.688	1.707	16,0%
von 50 bis unter 60 J.	9.986	2.368	23,7%	9.951	1.604	16,1%	10.088	1.476	14,6%
von 60 bis unter 70 J.	11.493	2.489	21,7%	11.501	1.707	14,8%	11.665	1.479	12,7%
von 70 bis unter 80 J.	8.186	1.515	18,5%	8.209	907	11,0%	8.242	735	8,9%
80 J. und älter	3.414	384	11,2%	3.674	209	5,7%	3.632	173	4,8%
Gesamt*	77.250	16.954	21,9%	76.776	11.659	15,2%	78.351	10.956	14,0%

*einschließlich Fälle ohne Altersangaben

Quelle: KV Rheinhessen - Modellversuch Patientenquittung

©ZI 2003

Wie Tabelle 3 oben zeigt, werden diese Gesamtquoten je Quartal von 70 Jahre alten und älteren Patienten deutlich unterschritten, während Patienten im Alter von **30 bis 50 Jahren** in allen Quartalen **über** der Gesamtquote rangieren. Die **Altersverteilung der „Quittungsempfänger“** ist dabei über alle Quartale relativ ähnlich (Tab. 4). Der Rückgang vom ersten zum dritten Modellversuchsquartal (II/02 zu IV/02) fällt dagegen (absolut) sehr unterschiedlich aus, wie bereits Tabelle 3 zu entnehmen.

Tab. 4: „Quittungsempfänger“ und Entwicklung der „Quittungsinanspruchnahme“ in den ersten drei Modellversuchsquartalen nach Altersgruppen

Alter in Jahren	Quartal						Änderung IV/02 v. II/02 in %
	II/02		III/02		IV/02		
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	
bis unter 20 J.	3.132	18,5%	2.414	20,7%	2.427	22,2%	-22,5%
von 20 bis unter 30 J.	1.569	9,3%	1.245	10,7%	1.182	10,8%	-24,7%
von 30 bis unter 40 J.	2.733	16,1%	1.815	15,6%	1.777	16,2%	-35,0%
von 40 bis unter 50 J.	2.758	16,3%	1.758	15,1%	1.707	15,6%	-38,1%
von 50 bis unter 60 J.	2.368	14,0%	1.604	13,8%	1.476	13,5%	-37,7%
von 60 bis unter 70 J.	2.489	14,7%	1.707	14,6%	1.479	13,5%	-40,6%
von 70 bis unter 80 J.	1.515	8,9%	907	7,8%	735	6,7%	-51,5%
80 J. und älter	384	2,3%	209	1,8%	173	1,6%	-54,9%
Gesamt*	16.954	100,0%	11.659	100,0%	10.956	100,0%	-35,4%

einschließlich Fälle ohne Altersangaben

Quelle: KV Rheinhessen - Modellversuch Patientenquittung

©ZI 2003

Insgesamt betrug der Rückgang 35,4 %. Bei älteren Patienten lag er deutlich darüber und bei jüngeren deutlich darunter. Bei 80 Jahre alten und älteren Patienten lag er mit 54,9 % am höchsten und bei 20 Jahre alten und jüngeren Patienten lag er am niedrigsten.

Während die erkennbare Zurückhaltung älterer Patienten bzgl. Quittungsan-nahme die mittels Arzt- und Patientenbefragungen erzielten Ergebnisse des Zentralinstituts untermauern, überraschte vor diesem Hintergrund die vergleichsweise **hohe Quote bei den unter 20 jährigen**.

Aus den Vorerhebungen hatte sich ergeben, dass gerade Jugendliche und junge Erwachsene⁸⁰ wenig Interesse an einer „Quittung“ zeigten.

⁸⁰ Zumal in dieser Gruppe – auch wenn Sie ohne Begleitung der Eltern zum Arzt gehen - viele noch bei diesen mitversichert sind und selbst keine Beiträge zahlen

Dieser scheinbare Widerspruch löst sich auf, wenn man die Patientengruppe unter 20 Jahren weiter differenziert (Tab. 5).

Tab. 5: „Quittungsempfänger“ im Alter unter 20 Jahren

Alter in Jahren	Quartal						Änderung IV/02 v. II/02 in %
	II/02		III/02		IV/02		
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	
bis unter 7 J.	1.633	52,1%	1.408	58,3%	1.411	58,1%	-13,6%
von 7 bis unter 16 J.	988	31,5%	606	25,1%	619	25,5%	-37,3%
von 16 bis unter 20 J.	511	16,3%	400	16,6%	397	16,4%	-22,3%
Gesamt	3.132	100,0%	2.414	100,0%	2.427	100,0%	-22,5%

Quelle: KV Rheinhessen - Modellversuch Patientenquittung

©ZI 2003

Dabei zeigte sich, dass Kinder unter 7 Jahren die größte Untergruppe der „Quittungsempfänger“ im Alter von unter 20 Jahren darstellten (über 50 % in allen Quartalen) und nicht die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, bei denen die Nachfrage vom ersten bis zum dritten Modellversuchsquartal zudem weit deutlicher nachließ als bei den „Kindern“. Dass nicht diese sondern deren Eltern die eigentlichen „Quittungsempfänger“ sind, bedarf keiner Erläuterung. Diese Gruppe scheint auch in der abschließenden Auszählung von **Patienten, die in den ersten beiden (II/02,III/02) und in allen drei Quartalen des Modellversuchs (II/02,III/02,IV02) eine oder mehrere „Quittungen“ erhielten**, das konstanteste Interesse aufzuweisen (Tab. 6).

Tab. 6: Patienten mit Quittungen in zwei und drei Modellversuchs-Quartalen nach Altersgruppen

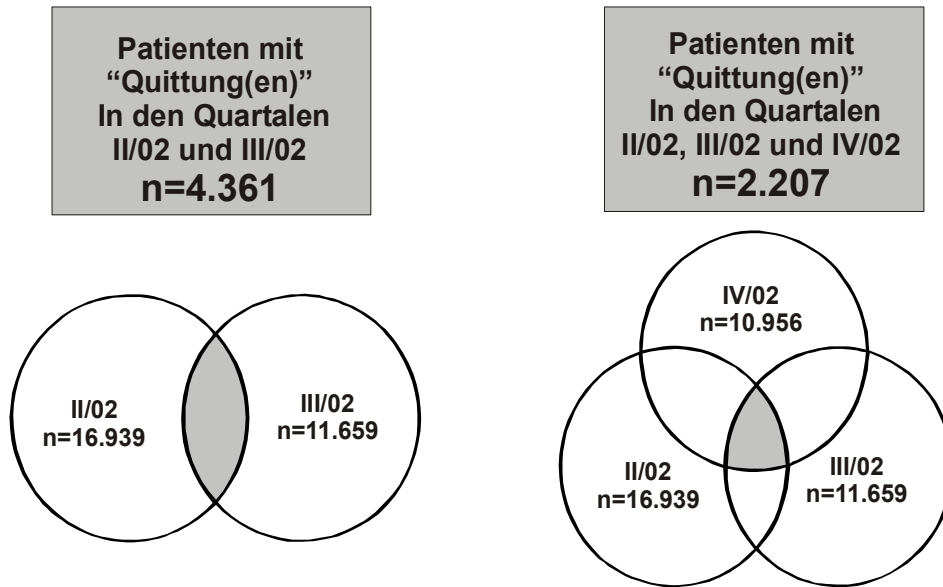
Alter in Jahren	(A) Patienten mit Quittungen in II/02 und III/02		(B) Patienten mit Quittungen in II/02, III/02 u. IV/02		(B) / (A) Änderung in %
	abs	in %	abs	in %	
bis unter 7 J.	497	11,4%	308	13,9%	-38,0%
von 7 bis unter 16 J.	160	3,7%	80	3,6%	-50,0%
von 16 bis unter 20 J.	112	2,6%	55	2,5%	-50,9%
von 20 bis unter 30 J.	328	7,5%	118	5,3%	-64,0%
von 30 bis unter 40 J.	575	13,2%	216	9,8%	-62,4%
von 40 bis unter 50 J.	607	13,9%	282	12,8%	-53,5%
von 50 bis unter 60 J.	672	15,4%	361	16,3%	-46,3%
von 60 bis unter 70 J.	828	19,0%	475	21,5%	-42,6%
von 70 bis unter 80 J.	472	10,8%	257	11,6%	-45,6%
80 J. und älter	110	2,5%	59	2,7%	-46,4%
Gesamt	4.361	100,0%	2.211	100,0%	-49,3%

Quelle: KV Rheinhessen - Modellversuch Patientenquittung

©ZI 2003

In der Abbildung 32 wird diese **Patientenzählung** verdeutlicht.

Abb. 32: Patienten mit Quittungen in zwei und drei Modellversuchsquartalen



*Quelle: KV Rheinhessen - Modellversuch Patientenquittung

©ZI 2003

Tabelle 6 ist danach zu entnehmen, dass von 497 Patienten unter 7 Jahren, die in den Quartalen II/02 und III/02 mindestens jeweils eine Quittung erhielten, 308 auch im Folgequartal (IV/02) wieder eine bekamen. Das entspricht einem Rückgang von 38 %, der aber geringer ausfiel als in allen übrigen Altersgruppen.

Für die Quittungsausstellung über mehrere Quartale ist natürlich primär die (uns unbekannte) Häufigkeit der Praxisbesuche über das Jahr gesehen ausschlaggebend. Es darf angenommen werden, dass sie bei Kindern und Patienten über 60 Jahren (bzw. Patienten mit chronischen Erkrankungen) höher ausfallen dürfte, als bei Patienten in den dazwischenliegenden Altersgruppen.⁸¹ Das zeigt sich in Tabelle 6 auch daran, dass die Zahl von Patienten im

⁸¹ Diese Annahme hat sich inzwischen bestätigt, nachdem die KV Rheinhessen auch die Grundgesamtheit der Patienten ermittelt hat, welche in allen drei Quartalen in den Modellversuchspraxen behandelt wurden.

Alter von 30 bis 50 Jahren in dieser Längsschnittsbetrachtung geringer ausfällt, als die Zahl der Patienten im Alter von 50 bis 70 Jahren. Dies verhält sich in der Querschnittsbetrachtung in Tabelle 3 genau umgekehrt.

Trotz dieser Einschränkungen wird erkennbar, dass das Interesse der Patienten an einer „Quittung“ auf Dauer zurückgeht: Gerade ein **Viertel** der Patienten, die im ersten Modellversuchsquartal Quittungsempfänger waren, sind es noch im zweiten. Wiederum die **Hälfte** davon sind es im dritten (vgl. Abb. 32).⁸²

6.1.3 Fazit aus der Analyse der „Quittungsausgabe“ nach Patienten-Altersgruppen

Diese Analyse ergänzt die quartalsbezogene Inanspruchnahmestatistik der KV durch die Analysedimension „Patientenalter“.

Sie ergibt, dass der „Quittungsempfang“ nach dem Patientenalter deutlich variiert und sich nicht über alle Altersgruppen gleich verteilt: Unter den Quittungspatienten dominieren 30 bis 50jährige Patienten und Kinder unter 7 Jahren (bzw. deren Eltern). Jugendlichen, junge Erwachsene sowie (sehr) alte Patienten (70 Jahre und älter) sind unter den „Quittungsempfängern“ deutlich unterrepräsentiert (vgl. Tab. 3 bis 5).

Die Zahl der Quittungsempfänger ist in allen drei Quartalen rückläufig, wobei auch dieser Rückgang bei älteren Patienten deutlicher ausfällt als bei jüngeren (Tab. 4).

Die Zahl von Patienten, die in den ersten beiden (II/02,III/02) und in allen drei Modellversuchsquartalen (II/02,III/02,IV02) „Quittungen“ erhielten, ist um ein Vielfaches geringer (Tabelle 6).

Daraus wird ebenfalls erkennbar, dass das Interesse gesetzlich krankenversicherter Patienten an einer Leistungs- und Kosteninformationen durch den Vertragsarzt auf Dauer zurückgeht.

⁸² Nachdem die KV Rheinhausen zwischenzeitlich auch die Schnittmenge bzw. Grundgesamtheit der Patienten ermittelt hat, welche in allen drei Quartalen den Arzt aufgesucht haben, bestätigt sich der auch von den Ärzten festgestellte „Sättigungseffekt“. D.h. es gibt nur sehr wenige Patienten, die im ersten Quartal auf Wunsch eine Quittung erhalten und diesen Wunsch im dritten Quartal bei erneutem Besuch wiederholen.

6.2 Unterschiedliche Teilnahmeraten in den Praxen: Ursachenanalyse

Die Quoten der Quittungsinanspruchnahme **variierten** nach Praxen sehr stark und zwar sowohl in der Gruppe der Tagesquittungsempfänger wie auch in der Gruppe der Quartalsquittungsempfänger. Im ersten Versuchsquartal z.B. reichte die Spanne der Beteiligungsquoten von **1 % bis über 80 %** bezogen auf die Gesamtfallzahl der einzelnen Praxis. Im dritten Versuchsquartal ergab sich eine ähnliche Spannbreite.

Erklärungsansätze dafür ergeben sich aus den verschiedenen Untersuchungselementen:

Umfrage der KV im August 2002

Nach Vorliegen der Werte für das erste Abrechnungs-Quartal reagierte die KV unmittelbar mit einer gezielten Befragung unter den teilnehmenden Ärzten⁸³. Dadurch hatten die **Ärzte** Gelegenheit, **aus ihrer Sicht** zu erläutern, warum sie **über** bzw. **unter** der durchschnittlichen Inanspruchnahmequote lagen.

Diejenigen 43 Praxen, die unter dem Durchschnitt lagen, argumentierten hauptsächlich mit dem **Desinteresse** und der **mangelnden Akzeptanz** der Patienten (31 Nennungen) bzw. mit deren Verzicht auf eine Quittung, weil sie dem Arzt **vertrauen** oder **keine Arbeit machen** wollen (14 Nennungen). Auch wurde mehrfach auf die **fehlende Begeisterung des Arztes** hingewiesen bzw. man gab an, die Patienten nicht intensiv/ständig angesprochen zu haben (9 Nennungen).

Von den 22 Praxen, die eine überdurchschnittliche Ausgabequote hatten, gaben fast alle an, die Patienten konsequent und persönlich mit **großem Engagement angesprochen** zu haben (21 Nennungen)

⁸³ Angeschrieben wurden 65 Praxen mit 89 Ärzten, geantwortet haben 59 Praxen mit 83 Ärzten. Der Rücklauf nach Praxen liegt bei 91 %. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Vgl. Umfrage zur Patientenquittung aufgrund der Ergebnisse der ersten Abrechnungsquartals II/2002-08-13, unveröff. Manuskript der KV Rheinhessen.

Gruppendiskussionen mit Ärzten

In beiden Diskussionsrunden in Mainz waren jeweils ÄrztInnen anwesend, die viele bzw. eher wenige Quittungen ausgestellt hatten.

Auf die Frage „...*Allerdings variieren die Beteiligungsraten je nach Praxis von unter 1 % bis 90 %. Wie lassen sich Ihrer Meinung nach die unterschiedlichen Beteiligungsraten erklären?*“ gaben die TeilnehmerInnen verschiedene Erklärungen, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

Ärzte - Gruppe „Tagesquittung“ am 16.10.02⁸⁴

- Unterschiedliche Ausgabe-Methoden:
 - „automatische“ Ausgabe (wie „Handy-Rechnung“) versus
 - Erfragen des Patienten-Interesses (Patienten fragen trotz Plakat und Flyer nicht von sich aus),
- Diskrepanzen in der Darstellung der Quittung, abhängig von:
 - grundsätzlich positiver oder negativer Einstellung der jeweiligen Ärzte und Arzthelferinnen,
 - jeweils verfügbarer Zeit („Motivationsverlust“ in Stresssituationen)
- Rahmenbedingungen in der Praxis:
 - Zeitproblem vor allem in Stoßzeiten (z.B. montägliche Patientenfluten) sowohl für Ärzte als auch für Helferinnen,
 - Einzelpraxis versus Gemeinschaftspraxis
 - Nur ein zentraler Drucker in Praxis verfügbar versus Mehrplatzsystem,
 - Patient muss auf Ausdruck warten oder nicht,
 - Ankleidezeiten des Patienten können zum Quittungsdruck ohne Zeitverlust genutzt werden,
 - Motivationsverlust der Helferinnen durch permanente Ablehnung der Quittung.

⁸⁴ 7 ärztliche TeilnehmerInnen

Als Akzeptanzförderer wurde eine besondere Philosophie beschrieben: Transparent machen dessen, was Ärzte leisten. Der Kontrollaspekt dagegen widerspricht dem Bedürfnis des Patienten nach einem positiven Kontakt zum Arzt. Die „Doppelkontrolle“ via KV⁸⁵ konterkariert die „Transparenz als Service“- Philosophie.

Ärzte - Gruppe „Quartalsquittung“ am 30.10.02⁸⁶

- Unterschiedliche Ausgabe-Methoden:
 - „jedem einfach in die Hand drücken“ versus
 - Erfragen des Patienten-Interesses (Patienten fragen trotz Plakat und Flyer nicht von sich aus).
 - Unterschiedliche „Bewerbung“ der Quittung bzw. „Überzeugungskraft“ des Arztes,
- Ausmaß der Motivation von Ärzten und Helferinnen.
- Rahmenbedingungen in der Praxis:
 - Zeitproblem vor allem in Stoßzeiten (z.B. Quartalsanfang und 5 Personen gleichzeitig an der Anmeldung) sowohl für Ärzte als auch für Helferinnen,
 - Motivationsverlust der Helferinnen durch Überforderung.
- Größeres Vertrauensverhältnis zum Hausarzt als zum Facharzt.
- Alter des Patientenlientels

⁸⁵ Die Patienten konnten auf Wunsch der KV ihre Quittung zur Prüfung einreichen, vgl. Kap. 3

⁸⁶ 7 ärztliche TeilnehmerInnen

Gruppendiskussion mit Patienten am 14.10.2002

Auch den 11 PatientInnen stellten wir die Frage nach den Beteiligungsraten:

„Die Beteiligung der Patienten ist mit durchschnittlich 22 % im ersten Versuchsquartal erfreulich hoch. Allerdings gibt es krasse Unterschiede je nach Praxis. Es gibt Praxen, wo 1 % der Patienten eine Quittung wollten, und es gibt Praxen, wo 90 % der Patienten eine Quittung bekommen haben. Wie lassen sich Ihrer Meinung nach diese unterschiedlichen Beteiligungsraten erklären? Liegt es am Arzt, liegt es an den Patienten? Haben diese kein Interesse?“

Die Antworten der Diskussionsteilnehmer lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Unterschiedliche Ausgabe-Methoden:
 - Arzt sucht gezielt Patienten aus, die er nach ihrem Interesse fragt.
 - Man bekommt die Quittung, ohne gefragt zu werden / Arzt schickt Quittung an alle Patienten.
- Fehlende Motivation der Patienten:
 - Man setzt Vertrauen in seinen Hausarzt, ansonsten wäre man bei ihm verkehrt.
 - Hausarzt soll nicht denken, man wolle ihn kontrollieren.
 - Beim Facharzt, den man nur einmal sieht, verlangt man eher eine Quittung.
 - Wenn man es nicht bezahlen muss, kann es auch egal sein.
 - Unbehagen/Verunsicherung der Patienten: was erwartet der Arzt von mir? Was soll ich mit der Quittung machen? Muss ich etwas genehmigen? „Lassen wir mal lieber die Finger davon, dann kann mir nichts passieren.“
 - Jüngere fragen sich, was sie mit der Broschüre bzw. mit der Quittung sollen, oder Ältere haben ihre Lesebrille vergessen. Es ist in der heutigen Zeit langweilig zu lesen

Zusammenfassung

In allen diesen Teiluntersuchungen wurde übereinstimmend berichtet, dass Patienten **Desinteresse** zeigen bzw. dass sie trotz Praxis-Plakat und Flyer aus verschiedenen Gründen **nicht von sich aus** nach der Quittung fragen.

Diese Zurückhaltung wurde in der Diskussion mit den Patienten bestätigt und von diesen auch ausführlich begründet (z.B. Vertrauen in den Arzt, kein Kontrollwunsch, fehlende finanzielle Konsequenzen, Verunsicherung).

Also ist der Blick auf die Angebotsseite zu richten. Hier zeigten sich zwei verschiedene **Ausgabe-Methoden**: Ein Teil der Praxen händigte fast jedem Patienten eine Quittung aus im Sinne einer „selbstverständlichen“ Information, ein anderer Teil erfragte jeweils ausdrücklich das Patienteninteresse⁸⁷.

Hinzu kommt die „**Überzeugungskraft**“ des Arztes und seiner Angestellten. Diese wiederum hängt vor allem von der jeweiligen Einstellung zur Quittung und der damit verbundenen Motivation zum persönlichen **Engagement** ab, den Patienten die Quittung nahe zu bringen. Im Hinblick auf die Inanspruchnahmequote spielt dies aus Sicht der Diskussionsteilnehmer eine wichtige Rolle.

Außerdem fördert es die Akzeptanz, wenn die Quittung nicht als „Kontrollinstrument“ sondern als „**Information über die individuellen ärztlichen Leistungen**“ angeboten wird.

Ärztliches Engagement stößt allerdings dort an ihre Grenzen, wo bestimmte **Rahmenbedingungen in der Praxis** als Engpassfaktoren wirken. Wer z.B. eine gut besuchte Einzelpraxis mit nur einem zentralen PC und Drucker führt,

⁸⁷ Dies mag damit zusammenhängen, dass die Modalitäten der Ausgabe von „Tagesquittungen“ nicht eindeutig vermittelt werden konnten.

hat weniger Spielraum, ausführlich für die Quittung zu werben und sie ohne organisatorischen Reibungsverlust ausdrucken zu lassen, als eine Gemeinschaftspraxis, die über ein Mehrplatzsystem mit mehreren Druckern verfügt. Gehören Überforderungssituationen zu den Rahmenbedingungen, dann beeinträchtigt dies natürlich auch die Motivation der Praxisinhaber und –mitarbeiter. Vorteile haben die Praxen, die die Quittung ohne Zeitverlust für alle Beteiligten ausstellen können.

Fazit

Ausgehend von den Informationen, die im Rahmen der genannten Teiluntersuchungen gewonnen wurden, weisen die Ärzte mit einer hohen Ausgabequote jeweils einige der folgenden Merkmale auf:

- **Großes persönliches Engagement,**
- **Überzeugungskraft / für den Patienten einsichtige Argumente,**
- **regelmäßige Ausgabe der Quittung als „selbstverständliche“ Information,**
- **Kapazitätsfreiräume in der Praxisorganisation.**

Daraus ist nicht der Umkehrschluss zu ziehen, dass Ärzte mit niedrigen, Inanspruchnahmequoten kein Engagement gezeigt haben. Es ist von einem Zusammentreffen verschiedener Faktoren auszugehen, z.B. auch von ungünstigen Rahmenbedingungen in der Praxis (*nur ein zentraler Drucker verfügbar, Patient muss auf den Ausdruck warten etc. – s.o.*).

6.3 Modellrechnung zur bundesweiten Einführung einer Patientenquittung

Ausgehend von den Angaben der Modellversuchsteilnehmer zu Bearbeitungszeiten und Versandkosten im Jahre 2002 wurden in der nachfolgenden Modellrechnung die Gesamtkosten einer bundesweiten „flächendeckenden“ Einführung geschätzt.

• Papiervolumen

Wenn man die Patientenquittung „flächendeckend“ einführt, bedeutet das:

- Alle niedergelassenen Ärzte (das sind gut 120.000 in über 95.000 Praxen) rechnen im Jahr etwa 500.000.000 Fälle ab⁸⁸.
- Werden pro Patient nur eine „Tages-“, oder „Quartalsquittung“ ausgestellt (das ist mindestens 1 Blatt Papier⁸⁹ – bei „Quartalsquittungen“ zzgl. Briefumschlag), ergeben sich:

mindestens eine halbe Mrd. Blätter pro Jahr

• Arbeitszeit für Quittungsausgabe⁹⁰ – alle Praxen jährlich

Für die Ausstellung einer „Tagesquittung“, einschließlich aller damit verbundenen technisch-organisatorischen Abläufe (*Überprüfung der Quittungsinhalte, Ausdruck, Übergabe/Versand an den Patienten*) benötigen Arzt und Praxispersonal im Mittel 3 Minuten und 40 Sekunden.⁹¹

Für die „Quartalsquittung“ sind es im Mittel 5 Minuten und 45 Sekunden⁹². Der höhere Zeitaufwand für die „Quartalsquittung“ (vor allem für das Praxis-

⁸⁸ Die Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weist im Jahre 1999 für 122.604 Ärzte in freier Praxis 551.271.035 abgerechnete Fälle aus. Das sind 4.496 Fälle pro Arzt jährlich bzw. 1.124 Fälle pro Arzt im Quartal.
Laut Bundesarztregister vom 31.12.2001 waren zum Ende des Jahres 2001 96.503 Vertragsarztpraxen registriert, darunter 16.080 Gemeinschaftspraxen mit zwei und mehr Ärzten.

⁸⁹ Tatsächlich ist von einem höheren Papiervolumen, sowohl für „Tagesquittungen“ als auch für „Quartalsquittungen“ auszugehen.

⁹⁰ Der Zeitaufwand für Erklärungen und die Beantwortung von Rückfragen der Patienten seitens Ärztin/Arzt und Praxispersonal sind dabei noch nicht berücksichtigt.

⁹¹ Die Zahlenangaben basieren auf den Ergebnissen der ersten Befragung aller ärztlichen Modellversuchsteilnehmer. Vgl. ZI- Sachstandsbericht vom 26.8.2002, S.11 u. S.21.

⁹² Dito.

personal) resultiert aus der damit verbundenen zusätzlichen Versandaufbereitung. Im Jahr ergeben sich für 500 Mio Fälle:

- (1) bei einer „**Tagesquittung**“ je Fall und einer Bearbeitungsdauer von mindestens **3 Minuten**:

$$500.000.000 \text{ Fälle} \times 3 \text{ Min} = \mathbf{25 \text{ Mio. Stunden.}}$$

- (2) bei einer „**Quartalsquittung**“ je Fall und einer Bearbeitungsdauer von mindestens **5 Minuten**:

$$500.000.000 \text{ Fälle} \times 5 \text{ Min} = \mathbf{42 \text{ Mio. Stunden.}}$$

Insgesamt also: **rund 16 bis 26 Tsd. Mannjahre für alle Praxen jährlich**⁹³

• **Arbeitszeit für Quittungsausgabe – je Praxis im Quartal**

Auf der Basis der mittleren Zeitangaben für die Quittungsausgabe lässt sich auch die Bearbeitungsdauer je Praxis im Quartal bestimmen, wobei sich dieser Arbeitsaufwand bei der „Tagesquittung“ über das Quartal verteilt und bei den „Quartalsquittungen“ am Quartalsende anfällt.

Bei 1000 Fällen im Quartal, das entspricht etwa dem durchschnittlichen Fallvolumen einer Einzelpraxis⁹⁴, sind das:

- (1) bei einer „**Tagesquittung**“ je Fall und einer Bearbeitungsdauer von mindestens **3 Minuten**:

$$1000 \text{ Fälle} \times 3 \text{ Min} = \mathbf{50 \text{ Stunden.}}$$

- (2) bei einer „**Quartalsquittung**“ je Fall und einer Bearbeitungsdauer von mindestens **5 Minuten**:

$$1000 \text{ Fälle} \times 5 \text{ Min} = \mathbf{83 \text{ Stunden.}}$$

Daraus errechnen sich: **rund 6 bis 10 Manntage**⁹⁵ **je Praxis im Quartal**

⁹³ Bei 1600 Jahres-Arbeitsstunden - berechnet auf der Grundlage der 38,5 Std. Woche und sechs Wochen Jahresurlaub.

⁹⁴ Vgl. erste Fußnote in diesem Kapitel 6.3.

- **Arbeitszeit für Erklärungsbedarf und Rückfragen zu Quittungsinhalten je Praxis im Quartal**

Praxen mit mehr als 500 ausgestellten „Tagesquittungen“ im Quartal haben dafür im Durchschnitt gut vier Wochenstunden für Erklärungen und die Beantwortung von Rückfragen zu Quittungsinhalten seitens der Patienten benötigt. In Praxen mit mehr als 500 „Quartalsquittungen“ waren es im Mittel genau dreieinhalb Stunden⁹⁶.

Setzt man für 1.000 Fälle - also die doppelte Fallzahl wie im Modellversuch - mindestens 4 Stunden wöchentlich für den Erklärungsbedarf und die Beantwortung von Rückfragen zu Quittungsinhalten als Mindestzeitbedarf an, ergeben sich weitere **3 Minuten je Fall**.

Danach errechnen sich nochmals zusätzlich⁹⁷:

rund 16 Mannjahre über alle Praxen im Jahr
bzw. **rund 6 Manntage je Praxis im Quartal**

- **Portokosten⁹⁸ für „Quartalsquittung“**

Je nach Quittungsumfang liegt das Porto für die Quittungsversendung zwischen 56 Cent (eine Seite) und 112 Cent (bis 4 Seiten). Letzteres (112 Cent) entspricht der Regel. Quittungsumfänge von über 4 Seiten bzw. Portokosten von 153 Cent sind die Ausnahme. Im Mittel kommt man auf **1 Euro pro Sendung**.

Analog zur Berechnung des Papiervolumens ergeben sich pro Jahr danach:
500.000.000 Fälle x 1 Euro = **500 Mio. Euro**, also

eine halbe Mrd. Euro im Jahr für alle Praxen
bzw. **1.000 Euro im Quartal bei einer Praxis mit 1.000 Fällen**

⁹⁵ Bei 8 Arbeitsstunden am Tag.

⁹⁶ Das war das Ergebnis der ersten Befragung aller ärztlichen Modellversuchsteilnehmer. Vgl. ZI-Sachstandsbericht vom 26.8.2002, S.14 u. S.25.

⁹⁷ Vgl. mit der ebenfalls auf drei Minuten basierenden Berechnung der Arbeitszeit für die Ausgabe von „Tagesquittungen“.

⁹⁸ Basis: Portogebühren im Jahr 2002

- **Gesamtkostenrechnung⁹⁹ für eine bundesweite und „flächendeckende“ Einführung einer Patientenquittung**

(1) für 500.000.000 Fälle im Jahr mit einer „Tages-“ bzw. „Quartalsquittung“¹⁰⁰

Kostenart	„Tagesquittung“ ¹⁰¹	„Quartalsquittung“
Personalkosten¹⁰² für Quittungsausgabe <i>unter Berücksichtigung aller damit verbundenen techn.-organisat. Abläufe</i>	390.625.000 Euro <i>Bearbeitungsdauer:</i> 3 Minuten je Fall	651.104.166 Euro <i>Bearbeitungsdauer:</i> 5 Minuten je Fall
Personalkosten¹⁰³ für Rückfragen	390.625.000 Euro <i>Dauer: 3 Minuten je Fall</i>	390.625.000 Euro <i>Dauer: 3 Minuten je Fall</i>
Papierkosten	3.500.000 Euro <i>bei 7 Euro pro 1000 Blatt</i>	16.000.000 Euro <i>bei 7 Euro pro 1000 Blatt und 25 Euro pro 1000 Briefumschläge</i>
Portokosten	e n t f ä l l t	500.000.000 Euro
I N S G E S A M T	784.750.000 Euro	1.557.729.166 Euro

(2) **Kosten je Quittung (Gesamt: 500.000.000 Fälle)**

Euro	1,57	3,11
-------------	-------------	-------------

(3) **Kosten je Praxis (Gesamt: 97.000 Praxen)**

Euro	8.090,21	16.059,06
-------------	-----------------	------------------

Vor allem diese hohen Summen haben das Zentralinstitut bereits dazu veranlasst, den Trägern des Modellversuchs zu empfehlen, **von einer obligatorischen Einführung der Patientenquittung abzusehen** (vgl. Anlage).

⁹⁹ Ohne Kosten für Praxis-Softwareentwicklung bzw. -anpassung sowie Hardwarekosten (wie z. B. die Anschaffung zusätzlicher Drucker) .

¹⁰⁰ Berechnung basiert auf exakten Werten und nicht auf Rundungsergebnissen.

¹⁰¹ Erfolgt die Ausgabe einer „Tagesquittung“ routinemäßig bei jedem Arztkontakt, werden die jährlichen Kosten mindestens doppelt so hoch ausfallen, wie bei der „Quartalsquittung“.

¹⁰² Mannjahre multipliziert mit 25.000 Euro, was einem mittleren Jahreseinkommen (incl. Gemeinkosten) von Arzthelferinnen entspricht. Würde man die ärztlichen Arbeitszeit mit einrechnen, käme man zu deutlich höheren Werten.

¹⁰³ Dito.

7 Versicherten-Interesse versus Patienten-Bedürfnis: ein Rollenkonflikt

Mit der Diskussion um die Patientenquittung gewinnen die Ansätze zur Partizipation der Patienten im Gesundheitswesen neue Aufmerksamkeit.

Patienten sind heute besser informiert als je zuvor, sie organisieren sich z.B. in Selbsthilfeorganisationen, benennen Schwachstellen in der Versorgung und fordern Transparenz.

Die Stellung der Patienten zu stärken und ihre Beteiligungschancen zu erhöhen, sind auch bereits erklärter politischer Wille¹⁰⁴.

Bei der Diskussion ist allerdings zu berücksichtigen, dass hier **Einflussfaktoren auf mehreren Ebenen** eine Rolle spielen, die nicht ohne weiteres in Einklang zu bringen sind. Versicherte haben andere Interessen als Patienten: Versicherte sind Beitragszahler und potenzielle Leistungsempfänger, die ein effektives und kostengünstiges Gesundheitswesen wünschen. Patienten, die akut um Hilfe nachsuchen, sind vorrangig an einer qualitativ hochwertigen Versorgung interessiert¹⁰⁵.

7.1. Zum Informationsbedürfnis von Versicherten

Im Berliner Selbsthilfe-Forum für chronisch kranke und behinderte Menschen, das bei der Selbsthilfe-Kontaktstelle SEKIS angesiedelt ist, diskutieren Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens gesundheitspolitische Themen, reflektieren ihre Erfahrungen, dokumentieren Kritikpunkte und formulieren gemeinsame Anliegen. In diesem Rahmen hat das Selbsthilfe-Forum eine Mängelliste zur gesundheitlichen Versorgung erarbeitet und will

¹⁰⁴ Altbekanntes und zwei Überraschungen – Die Reform-Eckpunkte von Ulla Schmidt, in: Ärzte Zeitung, 7.2.03

¹⁰⁵ Hart, D., Franke, R.: Patientenrechte und Bürgerbeteiligung - Bestand und Perspektiven, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 1/2002, 45, S. 14

sich damit für die Verbesserung der Versorgung von Patienten engagieren¹⁰⁶.

Zwar gibt es viele gute Erfahrungen zur Zusammenarbeit mit Professionellen, aber es werden auch eine Vielzahl von Mängeln des Gesundheitssystems benannt. Unter der Überschrift „**Schaffung von Fach- und Markttransparenz**“ wurde z.B. folgendes aufgelistet:

- „**Undurchsichtigkeit der Abrechnung** von Leistungen und Behandlungen,
- welche **Kosten** sind bei zunehmender Selbstbeteiligung der Patienten ‘berechtigt’ und angemessen,
- **Behandlungskosten werden nicht offengelegt,**
- fehlende Qualitätskriterien für Behandlungen,
- Keine übersichtlichen, leicht zugänglichen Informationen über die Spezialisierung von Ärzten,
- zu mühsame Suche nach fachlich kompetenten Spezialisten.

Die Selbsthilfe-Initiativen fordern daher:

- **volle Offenlegung der jeweiligen Behandlungskosten gegenüber den Patienten,**
- **Patienten sollen die Abrechnung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse gegenzeichnen,**
- **Abrechnungsunterlagen müssen für Patienten verständlich sein,**
- für Patienten zugängliche Datenbanken, über die (Spezial)Kompetenzen und Fortbildungsstand der Ärzte transparenter werden,
- mehr Informationen darüber, welche Behandlungsmethoden erfolgreich sind und wer sie anwendet,
- Veröffentlichung von Qualitätskriterien in Formen, die für Patienten zugänglich und verständlich sind.

Betont wird, „*dass Patienten mit mehr Aufklärungs- und Informationsrechten ausgestattet werden müssen, die zu mehr Kosten- und Leistungstransparenz*

¹⁰⁶ Stötzner, K.: Was wollen Patienten wirklich ? Mängel beseitigen - Gesundheitsziele entwickeln. Qualitätsanforderungen an die gesundheitliche Versorgung aus Patientensicht. Berliner Mängelliste, in: NAKOS-INFO 67, Juni 2001, S. 38 ff

*und damit auch zur Qualität beitragen (z.B. was hat der Arzt für jede einzelne Behandlung bei meiner Kasse abgerechnet)*¹⁰⁷.

Eine wesentlich größere Rolle spielen in der Mängelliste allerdings das Arzt-Patient-Verhältnis in allen Facetten sowie die Qualität der medizinischen Versorgung.

Auch eine Bevölkerungsumfrage ergab, dass mehr Information und Transparenz verlangt wird¹⁰⁸. Die Aussage „**Patienten sollten nach jedem Arztbesuch eine „Quittung bekommen“**“ wurde folgendermaßen bewertet:

- **56 % finden das sehr gut bzw. eher gut,**
- 26 % finden dies generell gut,
 - lehnen aber Auflistung von Geldbeträgen auf der Quittung ab (14 %punkte),
 - lehnen aber eigene Unterschrift auf der Quittung ab (6 %punkte),
 - lehnen Geldbeträge und Unterschrift auf der Quittung ab (5 %punkte),
- 18 % finden das eher nicht bzw. überhaupt nicht gut.

Im Rahmen einer Versichertenbefragung zur Beurteilung von Informations- und Beratungsangeboten der Krankenkasse bezeichneten **49 % „Informationen über die Kosten ihrer Versorgung“** als unbedingt notwendig bzw. sehr wichtig, für 29 % der Antworter ist dies immer noch hilfreich¹⁰⁹.

Weitere Anhaltspunkte liefern die Ergebnisse eines postalischen Surveys in der Lübecker Bevölkerung: **67 %** der Respondenten wollen **in Entscheidungen über Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen einbezogen** werden, wobei die Männer interessierter sind als die Frauen, die Jüngeren interessierter als die Älteren und die **Gesünderen interessierter als die weniger Gesunden** (vgl. Tabelle 7)¹¹⁰.

¹⁰⁷ Stötzner, K.: a.a.O.

¹⁰⁸ Bürger lehnen Bevormundung über ihren Krankenschutz ab, in: Ärztezeitung 19./20.4.02. Jansen-Cilag-Studie

¹⁰⁹ Andersen, H.H., J. Schwarze: Der Versicherten-Report – Die NOVITAS-Befragung 1998, in: Die BKK 2/99, S. 91, zit. nach Schwartz, F.W.: Der „kundige Kunde“ – sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite, in: Die BKK 7/99

¹¹⁰ Westphal, R. et. al.: Die Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen im Spiegel eines Bevölkerungssurveys, in: Gesundheitswesen 2001, 63, 304 (n = 634)

Tab.7: Bevölkerungssurvey zur Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen (1997/1998)

Frage: „Möchten Sie überhaupt in Entscheidungen über Sparmassnahmen im Gesundheitswesen mit einbezogen werden?“

Antwort	gesamt	Geschlecht		Alter				Schulbildung			Gesundheitszustand	
		Männer	Frauen	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-65 Jahre	bis Hauptschule	bis Realschule	bis Abitur	gut & besser	zufriedenstellend & schlechter
	n = 634	n = 323	n=311	n = 161	n = 155	n = 134	n - 178	n = 276	n = 179	n = 173	n = 332	n = 296
ja	67,2	71,8	62,4	75,1	71,6	64,3	60,0	51,8	74,3	85,0	73,5	60,1
nein	12,5	11,8	13,2	4,3	8,4	14,9	20,1	16,3	10,6	6,9	9,3	15,9
unsicher, weiß nicht	18,1	14,9	21,5	17,4	18,7	18,6	17,5	28,6	13,4	6,9	15,4	21,3
keine Angaben	2,2	1,5	2,9	3,2	1,3	2,2	2,4	3,3	1,7	1,2	1,8	2,7

Quelle: Westphal, R. et. al., 2001

Obwohl man davon ausgehen kann, dass Versicherte in erster Linie an einer Transparenz bezüglich der **Qualität** von Leistungen bzw. von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen interessiert sind¹¹¹, scheint ein beachtlicher Teil der Bevölkerung auch Informationen über die Preise der Leistungen zu wünschen. Die Frage ist nur, ob das so bleibt, wenn der Versicherte zum akut hilfsbedürftigen Patienten wird¹¹²

¹¹¹ Schwartz, F.W., M.L. Dierks: Patienten- und Konsumentensouveränität: Ein neues Leitbild?!, in: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000, hrsg. von der DAG SHG e.V., S.104 ff

¹¹² Ganz unabhängig davon, dass sich der Grad der Zustimmung zur „Idee einer Patientenquittung“ und die tatsächliche Nutzung nicht decken müssen: auch wenn eine Mehrheit von Befragten die Idee als solche „gut“ finden, heißt das nicht, dass sie dieser Idee im Falle eines konkreten Angebotes auch mehrheitlich folgen.

7.2 Ein Kranker als „kritischer Kunde“ ?

Während der Patient z.B. bei leichten Erkrankungen durchaus noch die Rolle des „mündigen“ Patienten ausfüllen kann, wird dies immer schwieriger, je kränker er wird, je mehr er leidet und je abhängiger er wird¹¹³. Ein Kranker, der sich auf das Expertenwissen und die Urteilkraft des Arztes verlassen muss, wird sich nicht in der Rolle eines „Kostenkontrolleurs“ wiederfinden wollen, solange sich das vermeiden lässt.

Konkret zeigt sich dies in der Tatsache, dass Patienten, denen die Möglichkeit einer Kosten- und Leistungsinformation geboten wurde, diese nur zu einem geringen Prozentsatz in Anspruch nahmen. Im Vergleich zu den Modellversuchen der Bundesknappschaft und in Hessen¹¹⁴ konnte der Modellversuch in Rheinhessen beachtliche Inanspruchnahmequoten verzeichnen, auch wenn diese von 22 % im ersten auf 14 % im dritten Versuchsquartal sanken.

Die Gründe für die andererseits natürlich auch relativ niedrige Ausgabequote sind vielfältig¹¹⁵. In diesem Zusammenhang sind die **Reaktionen der Patienten** von besonderem Interesse:

Ärzte erlebten ablehnende Reaktionen auf das Angebot der „Quittung“, weil Patienten

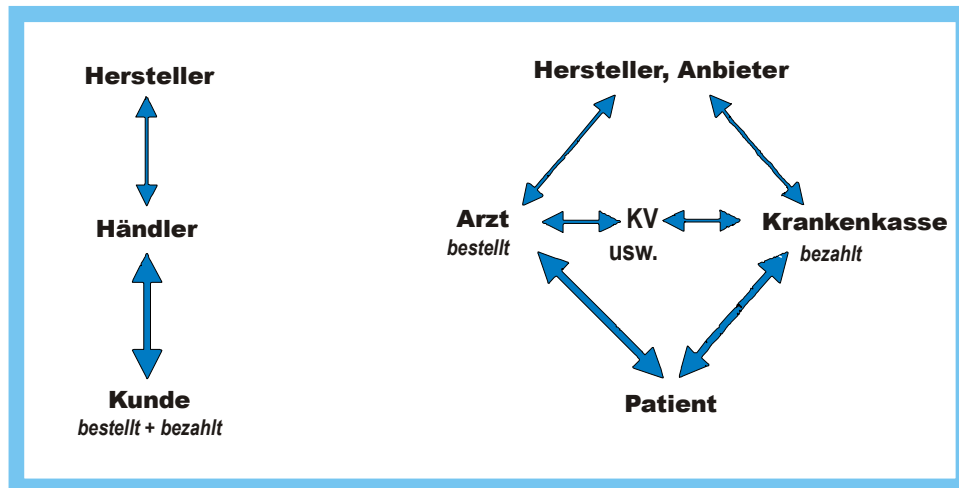
- nicht an den Kosten interessiert sind,
- dem Arzt vertrauen,
- dem Arzt keine Arbeit machen wollen,
- den Arzt-Kontakt nicht durch „Misstrauen“ belasten wollen.

¹¹³ In der Lübecker Studie waren die Gesünderen mehr interessiert als die weniger Gesunden. Vgl. Westphal, R. et al., a.a.O.

¹¹⁴ Vgl. die Ausführungen zu den Modellversuchen der Bundesknappschaft und in Hessen, Kap. 2

¹¹⁵ Vgl. die diversen Sachstandsberichte des ZI zum Projekt

Abb. 33: Der Unterschied zwischen Kunden und Patienten



entnommen aus: Kranich, C., Kiel 2001

Diese Eindrücke wurden durch die Patienten bestätigt:

- „Man setzt Vertrauen in seinen Hausarzt, ansonsten wäre man bei ihm verkehrt.“
- „Hausarzt soll nicht denken, man wolle ihn kontrollieren.“
- „Beim Facharzt, den man nur einmal sieht, verlangt man eher eine Quittung.“
- „Wenn man es nicht bezahlen muss, kann es auch egal sein.“
- „Unbehagen und Verunsicherung der Patienten: *was erwartet der Arzt von mir?*“
- *Was soll ich mit der Quittung machen? Muss ich etwas genehmigen? „Lassen wir mal lieber die Finger davon, dann kann mir nichts passieren.“¹¹⁶*

Im **direkten Praxiskontakt** ergeben sich also tendenziell andere Bedürfnisse, hier steht die **Patientenrolle** und **nicht die Versichertenrolle** im Vordergrund.

¹¹⁶ Originalaussagen von Patienten in der Gruppendiskussion am 14.10.2002 in Mainz

„Patient hängt etymologisch mit passiv, Passion, Leiden zusammen. Im Kerngeschäft des Gesundheitswesens, den medizinischen Leistungen, bleibt der Patient der Leidende, Erduldende, Regredierende, seine Souveränität delegierende. Die Kundenrolle ist kein Ersatz für das Patientsein. Was macht den Kunden aus? Das souveräne Bestellen einer Leistung und das anschließende Bezahlen. Das Bestellen überlässt der Patient aber dem Arzt, es heißt dann Verordnen, und das Bezahlen durch regelmäßige, gleichbleibende Beiträge der Solidargemeinschaft.“¹¹⁷

7.3 Transparenz als langfristige Aufgabe

Wer sich allein von der Patientenquittung ein besseres Kostenbewusstsein der Versicherten versprochen hat, muss neu überlegen. Die Patienten waren zwar über die niedrigen ärztlichen Honorare überrascht, dies führte aber ihrer Meinung nach weder zu einer vermehrten Inanspruchnahme noch zu einem sparsameren Patientenverhalten. In einem **Sachleistungssystem** fehlt dazu schließlich das **persönliche materielle Interesse**. Kostenbewusste Inanspruchnahme von Leistungen „setzt ein persönliches Interesse daran voraus, die Kosten für Arztbesuche, Medikamente und Therapien niedrig zu halten, weil die Versicherten so den eigenen Geldbeutel schonen. In einem Sachleistungssystem ist Leistungs- und Kostentransparenz verlorene Liebesmüh, denn Kostenkenntnis allein wirkt sich nicht auf die Inanspruchnahme der Ärzte durch Versicherte aus.“¹¹⁸

Im Gesundheitswesen kann der Patient nur **begrenzt** eine **Rolle als „Kunde“** ausüben. „Gründe dafür sind u.a. die ungleiche Informationsverteilung

¹¹⁷ Kranich, C.: Individualität und Solidarität als Leitmotive der Gestaltung des Gesundheitswesens, in: Beske, F.: Einstellungen von Versicherten und Kranken zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe igsf, Bd. 89, Kiel 2001, S.14

zwischen Arzt und Patient, die Abhängigkeit zwischen Anbieter und Nachfrager, der Mangel an echten Wahlmöglichkeiten sowie die Tatsache, dass der Patient die Kosten seiner Nachfrage nicht direkt zu tragen hat.“¹¹⁹

Durch das zurückhaltende Interesse der Patienten hält sich auch die Abschreckung für Falschabrechner in Grenzen. Ein verbesserter Schutz vor z.B. überflüssigen und falsch abgerechneten Leistungen erfordert sowohl bei Leistungserbringern wie auch bei den Versicherten bzw. Patienten Voraussetzungen, die bisher nicht oder nur unzureichend vorhanden sind. „Bürgerbeteiligung erfordert Lernprozesse – bei Anbietern, Verbrauchern und Staat“¹²⁰.

Hilfestellung könnte hier eine **Forschung** über Qualität und Effekte von Gesundheitsinformationen für Konsumenten und Patienten liefern, die allerdings erst in den Anfängen steckt. Einigkeit herrscht aber bereits darüber, dass sich die Forschungsfragen im wesentlichen beziehen sollten auf

- „Die Akzeptanz und die Nutzung von Informationsinstrumenten durch Konsumenten und Patienten,
- die Effekte auf deren Wissen,
- die Effekte auf das Wahl- und Entscheidungsverhalten,
- die Arzt-Patienten-Beziehung und die Wahl der Behandlungen
- die Effekte für Gesundheitsverhalten, für Gesundheitsergebnisse und für die Kosten.“¹²¹

¹¹⁸ Beske, F.: Die Patientenquittung – ein Millionengrab? In: Ärzte Zeitung 14.1.03

¹¹⁹ Simon, A.: Compliance oder die Verantwortung des Patienten im Prozess der medizinischen Dienstleistung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003), S. 23f

¹²⁰ Zur Diskussion um Bürgerbeteiligung und Qualitätsentwicklung vgl. z.B. Badura, B.: Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen, Vom Anbieter- zum Verbraucherschutz, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 1/2002, 45, S.21ff

¹²¹ Schwartz, F.W.: Der „kundige Kunde“..., a.a.O., S. 337

7.4 Fazit

Es ist wichtig, den gestiegenen Bedürfnissen der Patienten nach mehr sachlichen und transparenten Informationen und nach intensiverer Beratung Rechnung zu tragen, wenn sich die geforderte stärkere Eigenverantwortung von Patienten nicht in einer höheren Selbstbeteiligung erschöpfen soll.

Sinnvoll wahrgenommene **Eigenverantwortung** setzt **Wissen** und **Information** voraus – nicht nur über ambulante Leistungen. Interessierte Patienten schätzen auch die Transparenz über das Leistungsgeschehen sehr und **finden es gut, ärztliches Handeln nachvollziehen zu können**.

Will man über die Transparenz hinaus Kostensenkungen erreichen, sind andere Modalitäten notwendig, mit denen man zum einen breite Bevölkerungsschichten erreicht und zum anderen einen persönlichen Nutzen an der Informationswahrnehmung vermittelt.

Anhang

- Literaturverzeichnis
- Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen
- Empfehlung des Zentralinstituts an die Projektträger
- Diskussionsleitfäden
- Hotline-Dokumentationsbogen
- Fragebogen
- **Nachtrag:** Inanspruchnahmestatistik im vierten Modellversuchsquartal (I/03)

○ Literaturverzeichnis

Altbekanntes und zwei Überraschungen – Die Reform-Eckpunkte von Ulla Schmidt, in: Ärzte Zeitung, 7.2.03

Andersen, H.H., J. Schwarze: Der Versicherten-Report – Die NOVITAS-Befragung 1998, in: Die BKK 2/99, S. 91, zit. nach Schwartz, F.W.: Der „kundige Kunde“ – sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite, in: Die BKK 7/99

Badura, B.: Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen, Vom Anbieter- zum Verbraucherschutz, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 1/2002, 45, S.21ff

Beske, F.: Die Patientenquittung – ein Millionengrab? In: Ärzte Zeitung 14.1.03

Beske, F.: Die Patientenquittung in der Diskussion, in: Gesundheitswesen 65 (2003), S. 133f

Bürger lehnen Bevormundung über ihren Krankenschutz ab, in: Ärztezeitung 19./20.4.02. Janssen-Cilag-Studie

Dammer, I., F. Szymkowiak: Die Gruppendiskussion in der Marktforschung, Wiesbaden 1998

Häussler, S.: Kostenkenntnis für Sozialversicherte“, 1968

Hansen, L.: Perspektiven der Patientenbeteiligung, Einführungsstatement zu „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“, Symposium der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 25./26. Oktober 2001 in Königswinter

Hart, D., Franke, R.: Patientenrechte und Bürgerbeteiligung - Bestand und Perspektiven, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 45 (2002) 1, S. 14

Hölling, G. et al.: Gesundheitsziel zur Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz von Bürgern und Patienten, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 46(2003)2, 128ff

Kranich, C.: Individualität und Solidarität als Leitmotive der Gestaltung des Gesundheitswesens, in: Beske, F.: Einstellungen von Versicherten und



Literaturverzeichnis - Fortsetzung

Kranken zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe igsf, Bd. 89, Kiel 2001, S.14

Lamnek, S.: Gruppendiskussion – Theorie und Praxis, Beltz 1998

Plausibilität kassenärztlicher Abrechnung: Das machen die Ärzte besser, in: selecta 11, 14. März 1988

Schwartz, F.W., M.L. Dierks: Patienten- und Konsumentensouveränität: Ein neues Leitbild?!, in: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000, hrsg. von der DAG SHG e.V., S.104 ff

Schwartz, F.W., M.L. Dierks: Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen – Stand und Perspektiven, in: Public Health Forum 10 (2002) 10, S. 19

Simon, A.: Compliance oder die Verantwortung des Patienten im Prozess der medizinischen Dienstleistung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003), S. 23f

SPD - Bündnis 90 / Die Grünen: Koalitionsvertrag 2002-2006: Erneuerung – Gerechtigkeit - Nachhaltigkeit

Stötzner, K.: Was wollen Patienten wirklich ? Mängel beseitigen - Gesundheitsziele entwickeln. Qualitätsanforderungen an die gesundheitliche Versorgung aus Patientensicht. Berliner Mängelliste, in: NAKOS-INFO 67, Juni 2001, S. 38 ff

Trojan, A., U. Koch: Patienten als Partner?, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 45 (2002) 1, S. 1f

Ulla Schmidt auf neuer Fahrt mit altem Kurs, in: Ärzte-Zeitung vom 17.10.02

Westphal, R. et. al.: Die Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen im Spiegel eines Bevölkerungssurveys, in: Gesundheitswesen 2001, 63, 304 (n = 634)

Zahner, J.: Die Patientenrolle im Wandel der Rahmenbedingungen: Gestern-heute-morgen, in: Versicherungsmedizin 53 (2001) 2, S. 81ff

○ **Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen**

Organisationsrahmen und Projektbeteiligte

Abb. 1: Patientenquittung – Muster – Vorder- und Rückseite

KV-Statistik

Abb. 2: Quittungsausgabe in den Quartalen II, III und IV/2002

Abb. 3: Inanspruchnahmequoten nach Praxen im Quartal IV/2002

Abb. 4: Inanspruchnahmequoten nach Kassenarten in den Quartalen II, III und IV/2002

Abb. 5: Inanspruchnahmequoten nach Versorgungsbereichen in den Quartalen II, III und IV/2002

Erste Arztbefragung nach dem ersten Modellversuchsquartal

Abb. 6: Zeitaufwand für die Tagesquittungsausgabe im Quartal II/2002

Tab. 1: Zeitaufwand für Erläuterungen im Quartal II/2002 (Tagesquittung)

Abb. 7: Häufigkeit von Erläuterungswünschen zur Ausstellung von Tagesquittungen im Quartal II/2002

Abb. 8: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens der Tagesquittungsausgabe im Quartal II/2002

Abb. 9: Zeitaufwand für die Quartalsquittungsausgabe im Quartal II/2002

Tab. 2: Zeitaufwand für Erläuterungen im Quartal II/2002 (Quartalsquittung)

Abb. 10: Häufigkeit von Erläuterungswünschen zur Ausstellung von Quartalsquittungen im Quartal II/2002

Abb. 11: Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens Quartalsquittungsausgabe im Quartal II/2002

Zweite Arztbefragung im letzten Modellversuchsquartal

Abb. 12: Fragebogen-Rücklauf nach Art der Quittungsausgabe

Abb. 13: Favorisierte Form der Quittungsausgabe („TQ-Gruppe“)

Abb. 14: Gründe für Rückgang/Anstieg der Tagesquittungsausgabe vom Quartal II/02 bis IV/02



Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen - Fortsetzung

- Abb. 15:** Motive der Patienten zur Annahme/Ablehnung einer Tagesquittung
- Abb. 16:** Zeitaufwand für Tagesquittungsausgabe in den Quartalen II/2002 und I/2003
- Abb. 17:** Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens der Tagesquittungsausgabe im Quartal I/2002 (und II/2002)
- Abb. 18:** Praxis-Kalkulation für die Ausstellung einer Tagesquittung
- Abb. 19:** Favorisierte Form der Quittungsausgabe („QQ-Gruppe“)
- Abb. 20:** Gründe für Rückgang/Anstieg der Quartalsquittungsausgabe vom Quartal II/02 bis IV/02
- Abb. 21:** Motive der Patienten zur Annahme/Ablehnung einer Quartalsquittung
- Abb. 22:** Zeitaufwand für Quartalsquittungsausgabe in den Quartalen II/2002 und I/2003
- Abb. 23:** Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens der Quartalsquittungsausgabe im Quartal I/2002 (und II/2002)
- Abb. 24:** Praxis-Kalkulation für die Ausstellung einer Quartalsquittung

Patientenbefragung im zweiten Modellversuchsquartal

- Abb. 25:** Rücksendequote der Patientenbefragung
- Abb. 26:** Primäre Informationsquelle zum Tagesquittungs-Angebot
- Abb. 27:** Verständlichkeit und Verbesserungsvorschläge zur Tagesquittung
- Abb. 28:** Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens der Tagesquittungsausgabe im Quartal III/2002
- Abb. 29:** Primäre Informationsquelle zum Quartalsquittungs-Angebot
- Abb. 30:** Verständlichkeit und Verbesserungsvorschläge zur Quartalsquittung
- Abb. 31:** Einschätzung von Auswirkungen/Konsequenzen des Verfahrens der Quartalsquittungsausgabe im Quartal III/2002

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen – Fortsetzung

Quartalsübergreifende Analysen:

"Quittungsausgabe" nach Patienten-Altersgruppen

Tab. 3: Gesamtfallzahl der Modellversuchs-Praxen und Zahl der „Quittungsempfänger“ im Verhältnis über die Quartale II,III und IV/02

Tab. 5: „Quittungsempfänger“ im Alter unter 20 Jahren

Tab. 6: Patienten mit Quittungen in zwei und drei Modellversuchs-Quartalen nach Altersgruppen

Abb. 32: Patienten mit Quittungen in zwei und drei Modellversuchs-Quartalen

Versicherten-Interesse versus Patienten-Bedürfnis: ein Rollenkonflikt

Tab. 7: Bevölkerungssurvey zur Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen (1997/1998)

Abb. 33: Der Unterschied zwischen Kunden und Patienten



- **Empfehlung des Zentralinstituts
an die Projektträger**

**Schreiben von Herrn Dr. Brenner
vom 4. Dezember 2002**



Zentralinstitut, Höninger Weg 115, 50969 Köln

An die
Träger des Modellversuchs
„Patientenquittung“

Verteiler gemäß Anlage

☒ **Geschäftsstelle Köln**
Höninger Weg 115
50969 Köln (Zollstock)

☐ **Büro Berlin**
Reinhardtstraße 18
10117 Berlin (Mitte)

Ansprechpartner: Dr. G. Brenner

Telefon: (0221) 40 05 - 0

Durchwahl: (0221) 40 05 - 124

Fax: (0221) 40 80 55

Email: gbrenner@kbv.de

Köln, den 4. Dezember 2002
Bre/ko

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem neuen Jahr startet auch das letzte Quartal des Modellversuchs „Patientenquittung“. Ohne Zweifel handelt es sich dabei um eine sinnvolle und notwendige Initiative, für die Patienten mehr Transparenz in das Sachleistungssystem der GKV zu bringen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden inzwischen vier **Gruppendiskussionen** mit Ärzten und zwei **Gruppendiskussionen** mit Patienten durchgeführt. Auch die erste **schriftliche Ärztebefragung** sowie die **Patientenbefragung** sind abgeschlossen. Eine abschließende schriftliche Befragung der beteiligten Ärzte wird zur Zeit vorbereitet.

Alles in allem kann man für die ersten sechs Probe-Monate feststellen, dass das Verfahren **machbar** ist, dass die **Tagesquittung** von Patienten **häufiger** in Anspruch genommen wurde als die Quartalsquittung und dass die **Ärzte** die **Vorteile** der Tagesquittung deutlicher sehen als die Vorteile der Quartalsquittung. Die **Patienten**, die unseren Fragebogen beantwortet haben, finden es mit großer Mehrheit **wichtig**, ärztliche Leistungen **nachvollziehen** zu können. Mit der Verständlichkeit der Patientenquittung gab es kaum Probleme. Mehrheitlich **einig** sind sich Ärzte und Patienten darin, dass die „Patientenquittung“ zu einer **sachlicheren** Beurteilung ärztlicher Leistungen führt.

Ergänzend zu diesen bisherigen Untersuchungsergebnissen haben wir inzwischen eine ausführliche Kostenberechnung (siehe Anlage) durchgeführt, die wir Ihnen hiermit als Grundlage für die weiteren Diskussionen zur bundesweiten Einführung einer Patientenquittung übermitteln möchten.

Wenn man unterstellt, dass bundesweit in jeder Praxis für jeden Patienten pro Quartal eine Tagesquittung ausgestellt wird, kostet dies im Jahr 785 Mio Euro. Bei einer Quartalsquittung wären es 1,56 Mrd Euro. Die Kosten pro Tagesquittung betragen danach 1,57 Euro und pro Quartalsquittung 3,11 Euro.

Der Modellversuch hat gezeigt, dass die Inanspruchnahme im ersten Versuchs-Quartal bei 22 % lag, im zweiten bei 15 %. Rechnet man bei bundesweiter Einführung z.B. mit einer Inanspruchnahme von 30 %, ergeben sich immerhin noch Jahreskosten in Höhe von 236 Mio Euro bei einer Tagesquittung und 519 Mio Euro bei einer Quartalsquittung.

Die bisherigen Erkenntnisse aus unseren Befragungen lassen die Schlußfolgerung zu, dass selbst bei einer für die Ärzte verpflichtenden Einführung nur ein begrenzter Teil der Patienten längerfristig an einer Quittung interessiert ist. Das Zentralinstitut empfiehlt deshalb den Trägern des Modellversuchs, die Patientenquittung routinemäßig so zu installieren, dass

- jedes Praxisverwaltungssystem die Quittung ausdrucken kann,
- der Ausdruck allerdings **nur auf Nachfrage des Patienten** erfolgt.

Dies setzt natürlich voraus, dass durch die Träger, vor allem aber in den Arztpraxen in geeigneter Weise auf das Angebot der Patientenquittung aufmerksam gemacht wird.

Dabei ist eine Vergütung des Aufwandes in Höhe der kalkulierten Kosten für die Arztpraxis vorzusehen.

Im Hinblick auf die Kosten einerseits und auf das zwar deutliche, aber begrenzte Patienteninteresse andererseits empfiehlt das Zentralinstitut, dem „Optionsmodell“ den Vorzug zu geben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. G. Brenner

Anlage

- **Diskussionsleitfäden**

für Gruppendiskussionen mit Patienten
und Ärzten

Leistungs- und Kosteninformation für Patienten

Diskussionsleitfaden 1 (Ärzte)

1. Vorstellung

Diskussionsleiter, Gäste (Name, Wohnort, Mitwirkung am Modellversuch)

2. Einleitung

Projektgeschichte, Ziele des Modellversuchs, Ziel der heutigen Diskussion, Hinweis auf Tonband, Patientenquittung verteilen

3. Welche generelle Bedeutung würden Sie einer Patientenquittung beimessen?

Was wäre für Sie besonders wichtig an solch einer Quittung?

4. Gibt es noch (weitere) Vorteile, die Sie in der Patientenquittung sehen.

5. Könnten Sie sich vorstellen, dass mit dieser Patienten-Information auch Nachteile verbunden sind?

Für den Arzt?

Für Patienten?

6. Wie bewerten Sie die unterschiedlichen Verfahren der Quittungs-Ausgabe? Welche halten Sie für sinnvoller?

7. Wie schätzen Sie Ihre Patienten ein: Würden diese Sie persönlich um Erläuterung einzelner Positionen bitten?

Oder lieber die Arzthelferin?

Wenn nein, warum nicht?

Wie wird Ihre gefühlsmässige Reaktion sein?

8. Auf dieser Quittung wird ja auch vermerkt sein, was die einzelnen Leistungen kosten. Das wird manchmal mehr und meistens weniger sein, als Ihre Patienten erwarten. Eine Umfrage hat z.B. ergeben, dass Patienten glauben, für ein EKG erhält der Arzt 400 DM. In Wirklichkeit erhält er aber nur 20 DM. Oder Hausbesuch: Geschätzt wurden 220 DM. Der Arzt bekommt aber nur 30 DM.

Was glauben Sie, wie die Patienten auf solch eine Information reagieren?

9. Könnten Sie sich vorstellen, dass Patienten ihre Einstellung zu Ihnen ändern, wenn Sie gesehen haben, welche Leistungen Sie für Ihr Klientel berechnen?

10. Wenn Sie sich jetzt mal alle anderen Ärzte vorstellen, glauben Sie, dass diese bezüglich der Quittungsausgabe genau wie Sie denken oder schätzen Sie, dass die Mehrheit anders denkt?

11. Einmal abgesehen von den Preisen für eine einzelne Leistung. Wenn die Pat. jetzt sehen, was der Arzt im Quartal an ihnen verdient und das mit dem Krankenkassen-Beitrag vergleichen. Z.B. für den Herrn Müller rechnet der Arzt 50 DM im Quartal ab, Herr Müller muss aber als Selbständiger 700 DM an monatlichem Beitrag zahlen. Oder Frau Müller zahlt monatlich 350 DM, hatte aber eine teure Behandlung, für die der Arzt 900 DM ansetzen kann. Wenn die Patienten so vergleichen, werden sie sicher ganz unterschiedlich reagieren. Welche Reaktionen von Patienten könnten Sie sich vorstellen?

12. Schlussrunde: Abschließendes Statement aller Teilnehmer



Leistungs- und Kosteninformation für Patienten

Diskussionsleitfaden 2 (Ärzte)

1. Vorstellung

Diskussionsleiter, Gäste (Name, Fachrichtung)

2. Einleitung

Projektgeschichte, erste Ergebnisse, Ziel der heutigen Diskussion, Hinweis auf Tonband, Presse-Info verteilen

3. Wie wir aus der schriftlichen Befragung wissen, hat es technisch-organisatorische Probleme mit der Quittungserstellung ergeben. Gibt es hier in diesem Kreis noch technische Probleme, die noch nicht behoben werden konnten?

Welche Probleme sehen Sie noch im organisatorischen Bereich bei der Quittungsausgabe?

(60 % Zustimmung bei TQ/ 23 % bei QQ für: „LKI mit geringem Aufwand verbunden“)

4. Knapp die Hälfte der ausgestellten Quittungen waren mit „eher häufigen“ Rückfragen verbunden. Bei fast allen Rückfragen (93 % bei TQ / 94 % bei QQ) ging es um „Sinn und Zweck des Verfahrens“. Welche Patienten-Fragen steckten konkret dahinter?

Hatten Sie den Eindruck, dass Sie die Rückfragen zur Förderung des Kostenbewusstseins der Patienten nutzen konnten?

Oder ergab sich sogar ein Gespräch aus den Rückfragen, das zur Complianceförderung genutzt werden konnte?

5. Die Beteiligung der Patienten ist mit durchschnittlich 32 % bei der TQ / 17 % bei der QQ erfreulich hoch. Allerdings variieren die Beteiligungsraten je nach Praxis von unter 1 % bis etwa 90 % Wie lassen sich Ihrer Meinung nach die unterschiedlichen Beteiligungsraten erklären?

Hätten Sie eine Idee, wie man die Teilnehmerate steigern könnte?

6. Etwas über die Hälfte der Ärzte aus der TQ-Gruppe 79 % aus der QQ-Gruppe hat „eher häufig“ erlebt, dass Patienten die Quittung abgelehnt haben. Können Sie aus Ihrer Erfahrung heraus sagen, dass es eine bestimmte Sorte von Patienten ist, die sich für die Quittung interessiert?

7. Haben Sie im 3. Quartal diesen Jahres ein geändertes Patienten-Interesse festgestellt, also haben gegenüber dem 2. Quartal mehr oder weniger Patienten eine Quittung haben wollen, oder ist es in etwa gleich geblieben?

8. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Patientenquittung: Was ist für Sie heute besonders wichtig an solch einer Quittung?

9. Und was spricht vor allem gegen die Quittung? Aus Sicht des Arztes? des Patienten?

10. Wie bewerten Sie heute die unterschiedlichen Verfahren der Quittungs-Ausgabe? Wenn Sie noch mal die Wahl hätten, würden Sie die Tagesquittung/Quartalsquittung bevorzugen?

11. Schlussrunde: Abschließendes Statement aller Teilnehmer



Leistungs- und Kosteninformation für Patienten

Diskussionsleitfaden 1 (Patienten)

1. Welche generelle Bedeutung würden Sie einer Patientenquittung beimessen? Was wäre für Sie besonders wichtig an solch einer Quittung?

2. Könnten Sie sich vorstellen, dass mit dieser Patienten-Information auch Nachteile verbunden sind?

Für Ärzte

Für Patienten:

3. Wie bewerten Sie die unterschiedlichen Verfahren der Quittungs-Ausgabe? Welche halten Sie für sinnvoller?

4. Würden Sie Ihren Arzt um Erläuterung einzelner Positionen bitten? Oder lieber die Arzthelferin?

5. Auf dieser Quittung wird ja auch vermerkt sein, was die einzelnen Leistungen kosten. Das wird manchmal mehr und meistens weniger sein, als man erwartet. Eine Umfrage hat z. Bsp. ergeben, dass Patienten glauben, für ein EKG erhält der Arzt 400 DM. In Wirklichkeit erhält er aber nur 20 DM. Oder Hausbesuch: Geschätzt wurden 220 DM. Der Arzt bekommt aber nur 30 DM. **Was glauben Sie, wie die Patienten auf solch eine Information reagieren?**

6. Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie ihre Einstellung zu Ihrem Arzt ändern, wenn Sie gesehen haben, welche Leistungen er für Sie berechnet?

7. Einmal abgesehen von den Preisen für eine einzelne Leistung: Wenn die Patienten jetzt sehen, was der Arzt im Quartal an ihnen verdient und das mit dem Krankenkassen-Beitrag vergleichen. werden sie sicher ganz unterschiedlich reagieren. Welche Reaktionen von Patienten könnten Sie sich vorstellen?

8. Schlussrunde: Abschließendes Statement aller Teilnehmer



Leistungs- und Kosteninformation für Patienten

Diskussionsleitfaden 2 (Patienten)

1. Vorstellung

Diskussionsleiter, Gäste (Name, Wohnort, TQ oder QQ, von HA oder FA)

2. Einleitung

Projektgeschichte, erste Ergebnisse bezogen auf TQ und QQ,, Ziel der heutigen Diskussion, Hinweis auf Tonband, Presse-Info von v. Stillfried verteilen

3. Wie wir aus der schriftlichen Ärzte-Befragung wissen, hat es technisch-organisatorische Probleme mit der Quittungserstellung ergeben.

Haben Sie davon etwas mitbekommen, also gab es z.B. noch technische oder organisatorische Probleme in der Praxis? Oder lief alles problemlos?

4. Knapp die Hälfte der Patienten (aus Arztsicht) hatte Rückfragen. Wenn Sie Rückfragen hatten, worum ging es? Was wollten Sie genauer wissen?

Hat der Arzt Ihre Nachfrage genutzt, um Ihnen noch etwas zu erklären, z.B. wie wichtig es ist, dass Sie seine Empfehlungen befolgen? Oder dass man in der heutigen Zeit kostenbewusst therapieren muss?

5. Die Beteiligung der Patienten ist mit durchschnittlich 22 % im ersten Versuchsquartal erfreulich hoch. Allerdings gibt es krasse Unterschiede je nach Praxis. Es gibt Praxen, wo 1 % der Patienten eine Quittung wollten, und es gibt Praxen, wo 90 % der Patienten eine Quittung bekommen haben. Wie lassen sich Ihrer Meinung nach diese unterschiedlichen Beteiligungsraten erklären?

Hätten Sie eine Idee, wie man das Patienten-Interesse steigern könnte?

6. Etwas über die Hälfte der Ärzte aus der TQ-Gruppe hat „eher häufig“ erlebt, dass Patienten die Quittung abgelehnt haben. Könnten Sie sich vorstellen, dass es eine bestimmte Gruppe von Patienten ist, die sich besonders für die Quittung interessiert? Oder die besondere Vorteile von der Quittung hat?

7. Nach Ihren bisherigen Erfahrungen mit der Patientenquittung: Was ist für Sie persönlich besonders wichtig an solch einer Quittung?

8. Und was spricht vor allem gegen die Quittung? Aus Sicht des Arztes? des Patienten?

9. Es werden ja zwei Quittungsmodelle erprobt. Die Tagesquittung erhält man direkt im Anschluss an den Arztbesuch, die QQ sammelt alle ärztlichen Leistungen über drei Monate und wird zum Ende des Quartals ausgegeben. Welches Verfahren der Quittungs-Ausgabe finden Sie besser? Wenn Sie die Wahl hätten, würden Sie eine andere Quittung als die, die Sie erhalten haben, bevorzugen?

10. Ist durch die Quittung bei Ihnen grundsätzlich ein Interesse an Kostenfragen geweckt worden? Oder reicht es Ihnen, die Quittung ein – zwei mal erhalten zu haben?

11. Unter welchen Bedingungen wäre es für Sie interessant, die Quittung in der Zukunft regelmäßig zu erhalten?

12. Schlussrunde: Abschließendes Statement aller Teilnehmer



- **Hotline-Dokumentationsbogen**

Ärzte/Patienten

Notizblock

Seite 1/2

11	12	1	Datum:
10		2	
9	Uhr	3	Betrifft: Modellversuch: Leistungs- und Kosteninformation
8		4	"PATIENTENQUITTUNG"
7	6	5	Für die spätere systematische Auswertung der Gesprächsnotizen, bitte auch unteren Kasten bearbeiten.

**Gesprächs-
notiz**
Hotline Ä R Z T E

Herrn/Frau: _____

Praxis: _____

☎/Fax/💻

Straße/Ort _____

☐ Teilnehmergruppe 1: Tagesquittung

☐ Teilnehmergruppe 2: Quartalsquittung

Aufgenommen (Zchn.): _____

Technische Problembereiche:

Software: ☐ 1 DO
☐ 2 ME
☐ 3 TU

☐ 4 Drucker

☐ 5 Formulare ("Quittungen")

☐ 6 Sonstige technische Probleme

☐ 12 Sonstige Gesprächsinhalte:

in "Stichworten"

Organisatorische Problembereiche:

☐ 7 Quittungsausgabe in der Praxis

☐ 8 Quittungsausgabe per Versand

☐ 9 Quittungsausgabe bei Hausbesuchen

☐ 10 Patienten-Rückfragen /-Reaktionen

☐ 11 Sonstige organisatorische Probleme

Gesprächsgründe in Kurzform

Gesprächs-
notiz

Erledigt durch

☐ Anruf

☐ Fax

☐ Brief

☐ email

☐ Ablage unter

Datum _____

Zchn. _____

Software-Abkürzungen DO: DocExpert; ME: Medistar; TU: TurboMed

©ZI

K V - H o t l i n e Ä R Z T E

Notizblock

Seite 2/2

11 12 1
10 2
9 Uhr 3
8 4
7 6 5

Datum:

Betrifft: Modellversuch: Leistungs- und Kosteninformation
"PATIENTENQUITTUNG"

Für die spätere systematische Auswertung der Gesprächsnotizen,
bitte auch unteren Kasten bearbeiten.

**Gesprächs-
notiz**

Hotline PATIENTEN

Herrn/Frau:

Praxis:

 / Fax / 

Aufgesuchte Praxis:

☐ Tagesquittung

☐ Quartalsquittung

☐ bisher keine Quittung erhalten

Aufgenommen (Zchn.):

Kontaktanlaß:

- ☐ 1 Allgemeiner Informationswunsch
- ☐ 2 Wunsch nach Erläuterung von Quittungsinhalten
- ☐ 3 Frage nach Sinn und Zweck des Verfahrens
- ☐ 4 Hinweis auf nicht korrekt ausgestellte Quittung
- ☐ 5 Verbesserungsvorschlag-/wunsch

☐ 10 Sonstige Gesprächsinhalte: _____
in "Stichworten"

Quittungsbewertung durch Anrufer:

(nach eigener Einschätzung)

- ☐ 6 (eher) neutral
- ☐ 7 (eher) positiv
- ☐ 8 (eher) negativ
- ☐ 9 unklar

Gesprächsgründe in Kurzform

Gesprächs-
notiz

Erledigt durch

- ☐ Anruf
- ☐ Fax
- ☐ Brief
- ☐ email
- ☐ Ablage unter

Datum

Zchn.

©

KV-Hotline PATIENTEN

- **FRAGEBOGEN**

Erste Arztbefragung

nach dem ersten Modellversuchsquartal (II/02)



Fragebogen

**für teilnehmende Arztpraxen
am**

Modellversuch "Patientenquittung"

**im Bereich der
Kassenärztlichen Vereinigung
Rheinhausen**

Wir bitten Sie, nach Möglichkeit alle Fragen zu beantworten.
Bei vielen Fragen ist dies auf einfache Weise und zeitsparend durch
Ankreuzen möglich. Bei Zahlenangaben reichen Schätzwerte.

Wenn Sie noch Fragen haben, können Sie uns gerne anrufen:

Herr Ludger Rode, KV Rheinhausen, Mainz, Tel.: 06131/326 103
Frau Maria Rita Meye, Zentralinstitut, Köln, Tel.: 0221/4005-127
Herr Dr. Heinz Koch, Zentralinstitut, Köln, Tel.: 0221/4005-134

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen
möglichst innerhalb von 14 Tagen im beigefügten Freiumschlag
mit Arztstempel (letzte Seite) an das Zentralinstitut zurück!

Juli 2002

- 1 Welche Art von Quittungen stellen Sie aus?**

- ☐ 8 Tagesquittung
- ☐ 9 Quartalsquittung

3

- 2** Welches EDV-System setzen Sie ein?

- ☐ 1 DocExpert/ -comfort
- ☐ 2 Medistar
- ☐ 3 TurboMed

4

- 3** Wie viele Kassenpatienten haben Sie im letzten Quartal behandelt und für wie viele dieser Patienten haben Sie Quittungen ausgestellt bzw. einen Versand vorgemerkt?

habe im letzten Quartal

circa **Patienten behandelt**

5-8

davon haben

circa **Patienten Quittungen erhalten** (Tagesquittungen) bzw. **gewünscht** (Quartalsquittungen)

9-12

Falls Sie **Tagesquittungen** ausstellen:
Wie viele Quittungen haben Sie im letzten
Quartal **je Patient** schätzungsweise ausge-
stellt?

- ☐ **1** eine Quittung je Patient
- ☐ **2** zwei bis drei Quittungen je Patient
- ☐ **3** vier und mehr Quittungen je Patient

13

- 4** Hatten Sie Patienten, die das Angebot der Quittung ablehnten?

- ☐ 8 ja
- ☐ 9 nein

14

Wenn ja, war das eher selten oder häufig?

- ☐ 1 Ablehnung eher selten
- ☐ 2 Ablehnung eher häufig

15

- 5** Gab es im Zusammenhang mit der Quittungserstellung bisher irgendwelche Probleme?

08 ja

☐ 9 nein → bitte weiter mit Frage 7

16

- 6** Welche Art von Problemen traten auf?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

technische Probleme:

- | | | |
|----------------------------|---|----|
| ☐ 1 | mit der Software | 17 |
| ☐ 2 | mit dem Drucker | 18 |
| ☐ 3 | mit den Quittungsformularen | 19 |
| ☐ 4 | in anderen technischen Bereichen | 20 |

organisatorische Probleme:

- | | | |
|----------------------------|---|----|
| ☐ 5 | bei Quittungsausgabe/-versand | 21 |
| ☐ 6 | durch Patientenrückfragen/-reaktionen | 22 |
| ☐ 7 | in anderen organisatorischen Bereichen | 23 |

Bitte beschreiben Sie die Probleme kurz in Stichworten:

[illegible]

- 7 Wie hoch schätzen Sie nach Ihrer jetzigen Anwendungserfahrung den durchschnittlichen Zeitaufwand für die **Erstellung einer Quittung** ein?

für eine Quittung im Durchschnitt

(unter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch-organisatorischen Abläufe und Personal-/Arbeitszeiten)

circa Minute(n) **für Ärztin/Arzt** 24-25

+
circa Minute(n) **für das Praxispersonal** 26-27

- 8 Wie oft haben Patienten im letzten Quartal **Erläuterungen** zum Angebot einer Quartals- oder zur Ausstellung einer Tagesquittung gewünscht?

- ☐ 1 eher häufig
☐ 2 eher selten
☐ 3 nie

Falls nachgefragt wurde, worauf zielten die Rückfragen der Patienten genau?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ 4 Allgemeine Informationswünsche 29
☐ 5 Sinn und Zweck des Verfahrens 30
☐ 6 Erläuterung von Quittungsinhalten 31
☐ 7 Sonstiges: 32

sonstiges, bitte nennen

Wie hoch war der durch solche Fragen bedingte zeitliche Mehraufwand im letzten Quartal etwa?

circa Stunden je Woche 33-34

- 9 Können Sie aufgrund Ihrer jetzigen Anwendungserfahrung den folgenden Aussagen zustimmen?

(Bitte setzen Sie in jede Zeile nur ein Kreuzchen)

ja	eher ja	eher nein	nein
☒ 1	☒ 2	☒ 3	☒ 4

Für Arzt/Ärztin und Praxis ist die Quittungserstellung mit geringem Aufwand verbunden.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

35

Patienten finden die Quittung ansprechend und verständlich.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

36

Die Rückfragen der Patienten zur Quittung kann die Ärztin / der Arzt konstruktiv zur Compliance-Förderung nutzen.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

37

Diese Rückfragen kann die Ärztin / der Arzt auch konstruktiv zur Förderung des Kostenbewußtseins nutzen.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

38

Die Quittung verbessert das Image der Ärzteschaft.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

39

Die Quittung verbessert die Arzt-Patienten-Beziehung.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

40

Die Quittung führt zu einer sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung seitens der Patienten.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

41

Patienten finden es wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

42

Die Kenntnis der Kosten-situation reduziert die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

43

Patienten mit geringen Quittungs-Summen fragen verstärkt medizinische Leistungen nach.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

44

Das Reden über Geld schmälert das Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

45

- 10 Können Sie abschließend sonstige **Vorteile** und / oder **Nachteile** der Quittungserstellung in Ihrer Praxis konkretisieren, die sich nach Ihrer jetzigen Anwendung bereits abzeichnen?

Vorteile:

bitte nennen

Nachteile:

bitte nennen

- 11 Weitere Anregungen / Bemerkungen?

bitte nennen

Chiffre-Nummer: ..

**Für Ihre Mitarbeit
danken wir Ihnen
sehr herzlich**

und bitten um baldige Rücksendung
des ausgefüllten Fragebogens

Arztstempel:

- **FRAGEBOGEN**

Zweite Arztbefragung
im letzten Modellversuchsquartal (I/03)

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG RHEINHESSEN

Körperschaft des öffentlichen Rechts



**Zentralinstitut
für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Stiftung der Kassennärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassennärztlichen Bundesvereinigung



Fragebogen

**für die
Abschlussbefragung
aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte
am**

Modellversuch "Patientenquittung"

**im Bereich der
Kassennärztlichen Vereinigung
Rheinhausen**

Wir bitten Sie, nach Möglichkeit alle Fragen zu beantworten.
Bei vielen Fragen ist dies auf einfache Weise und zeitsparend durch
Ankreuzen möglich. Bei Zahlenangaben reichen Schätzwerte.

Wenn Sie noch Fragen haben, können Sie uns gerne anrufen:

Frau Daniela Maass, KV Rheinhausen, Mainz, Tel.: 06131/326 109

Frau Marita Mey, Zentralinstitut, Köln, Tel.: 0221/4005-127

Herr Dr. Heinz Koch, Zentralinstitut, Köln, Tel.: 0221/4005-125

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen
möglichst innerhalb von 14 Tagen im beigefügten Freiumschlag
mit Arztstempel (letzte Seite) an das Zentralinstitut zurück!**

Februar 2003

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Stiftung der Kassennärztlichen Vereinigungen der Bundesländer und der Kassennärztlichen Bundesvereinigung

Höninger Weg 115, 50969 Köln

- 1 Welcher der folgenden „Quittungs-Optionen“ könnten Sie nach Ihrer bisherigen Modellversuchsteilnahme hinsichtlich der geplanten bundesweiten Einführung einer Patientenquittung zustimmen?

Patientenquittung (Einführungsoptionen):

- ☐ 1 für jeden Patienten bei jedem Arzt-Praxis-Kontakt
- ☐ 2 für jeden Patienten am Quartalsende
- ☐ 3 als Angebot nur auf Wunsch des Patienten bei jedem Arzt-Praxis-Kontakt
- ☐ 4 als Angebot nur auf Wunsch des Patienten am Quartalsende
- ☐ 5 überhaupt nicht für Patienten gesetzlicher Krankenversicherung einführen, weder obligatorisch noch als Angebot

3

- 2 Welche Art von Quittungen stellen Sie aus?

- ☐ 8 Tagesquittung
- ☐ 9 Quartalsquittung

4

- 3 Wie viele Kassenpatienten haben Sie in den letzten drei Modellversuchsquartalen etwa jeweils behandelt und für wie viele dieser Patienten haben Sie etwa Quittungen ausgestellt?

Quartal	behandelte Patienten insgesamt (ca.)	Patienten mit Quittung insgesamt (ca.)
II/2002		
III/2002		
IV/2002		

5-12

13-20

21-28

- 4 Falls die **Quittungsausgabe** in Ihrer Praxis **rückläufig** ist, was sind Ihrer Wahrnehmung nach die vorwiegenden Gründe? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- ☐ 1 Sättigungseffekt nach anfänglichem Interesse der Patienten
- ☐ 2 unzulängliche öffentliche Werbung für die Patientenquittung
- ☐ 3 verringerte Kapazitäten der Praxis
- ☐ 4 nachlassende Motivation der Praxis, bzw. bei Ärztin/Arzt, Praxispersonal
- ☐ 5 sonstige Gründe *(bitte nennen)*

29-33

- 5 Falls die **Quittungsausgabe** in Ihrer Praxis **angestiegen** ist, was sind Ihrer Wahrnehmung nach die vorwiegenden Gründe? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- ☐ 1 Interessenzunahme nach erstem Quittungserhalt seitens der Patienten
- ☐ 2 öffentliche Werbung für die Patientenquittung
- ☐ 3 verstärkte Kapazitäten der Praxis
- ☐ 4 zunehmende Motivation der Praxis, bzw. bei Ärztin/Arzt, Praxispersonal
- ☐ 5 sonstige Gründe *(bitte nennen)*

34-38

- 6 Welche sind nach Ihren Erfahrungen im Modellversuch die vorrangigen Motive für Patienten, die eine **Quittung annehmen**? *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- ☐ 1 Informationsbedürfnis
- ☐ 2 Kontrollbedürfnis
- ☐ 3 Patienten möchten Arzt/Ärztin und Praxispersonal nicht verärgern, wenn sie die Quittungsannahme verweigern
- ☐ 4 sonstige Motive *(bitte nennen)*

39-42

7 Welche sind nach Ihren Erfahrungen im Modellversuch die vorrangigen Motive für Patienten, die eine **Quittung ablehnen**?

- ☐ 1 fehlendes Informationsbedürfnis
- ☐ 2 fehlendes Kontrollbedürfnis
- ☐ 3 Patienten möchten Arzt/Ärztin und Praxispersonal keine zusätzliche Arbeit machen
- ☐ 4 sonstige Motive (bitte nennen)

43-46

8 Gab es in Ihrer Praxis Patienten, die besonders hohes Interesse an der Quittung zeigten?

- ☐ 8 ja
- ☐ 9 nein

47

Wenn ja, welche besonderen Eigenschaften zeichnen solche Patienten aus?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ 1 sie sind überwiegend jünger (unter 40 Jahre alt)
- ☐ 2 sie sind überwiegend älter (über 60 Jahre alt)
- ☐ 3 sie haben überwiegend ein niedrigeres Bildungsniveau (Haupt-/Realschüler)
- ☐ 4 sie haben überwiegend ein höheres Bildungsniveau (Gymnasium/Hochschule)
- ☐ 5 sie haben überwiegend leichte Erkrankungen
- ☐ 6 sie haben überwiegend schwere Erkrankungen
- ☐ 7 sie haben überwiegend andere besondere Eigenschaften (bitte nennen)

48-54

- ☐ 8 sie haben keine besonderen Eigenschaften

55

9 Haben Sie eine Erklärung dafür, dass Ersatzkassenpatienten - laut Statistik der KV - Quittungen deutlich häufiger wünschen als Primärkassen-Patienten?

- ☐ 1 ja
- ☐ 2 nein

56

Wenn ja, bitte nennen:

10 Wie hat sich der Bearbeitungsaufwand je ausgegebener Quittung (einschließlich aller damit verbundenen organisatorisch/technischen Abläufe) im Modellversuchsverlauf entwickelt?

der Bearbeitungsaufwand je Quittung

- ☐ 7 ist jetzt niedriger
- ☐ 8 ist gleich geblieben
- ☐ 9 ist jetzt höher

57

11 Wie hoch schätzen Sie nach Ihrer jetzigen Anwendungserfahrung den durchschnittlichen Zeitaufwand für die Erstellung einer Quittung ein?

für eine Quittung im Durchschnitt

(unter Berücksichtigung aller damit verbundenen technisch-organisatorischen Abläufe und Personal-/Arbeitszeiten)

circa _____ Minute(n) für Ärztin/Arzt

58-59

+
circa _____ Minute(n) für das Praxispersonal

60-61

12 Wie hoch schätzen Sie jetzt den wöchentlichen Zeitaufwand von Ärztin/Arzt und Praxispersonal für Erläuterungen/Rückfragen zur Quittung bzw. zu Quittungsinhalten?

circa _____ Stunden je Woche

62

13 Können Sie aufgrund Ihrer jetzigen Anwendungserfahrung den folgenden Aussagen zustimmen?

(Bitte setzen Sie in jede Zeile nur ein Kreuzchen)

	ja 1	eher ja 2	eher nein 3	nein 4
Für Arzt und Praxis ist die Quittungserstellung mit geringem Aufwand verbunden.	☒	☒	☐	☐
Patienten finden die Quittung ansprechend und verständlich.	☐	☐	☐	☐
Die Rückfragen der Patienten zur Quittung kann der Arzt konstruktiv zur Compliance-Förderung nutzen.	☐	☐	☐	☐
Diese Rückfragen kann der Arzt auch konstruktiv zur Förderung des Kostenbewußtseins nutzen.	☐	☐	☐	☐
Die Quittung verbessert das Image der Ärzteschaft.	☐	☐	☐	☐
Die Quittung verbessert die Arzt-Patienten-Beziehung.	☐	☐	☐	☐
Die Quittung führt zu einer sachlicheren Beurteilung der ärztlichen Leistung seitens der Patienten.	☐	☐	☐	☐
Patienten finden es wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können.	☐	☐	☐	☐
Die Kenntnis der Kosten-situation reduziert die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.	☐	☐	☐	☐
Patienten mit geringen Quittungs-Summen fragen verstärkt medizinische Leistungen nach.	☐	☐	☐	☐
Das Reden über Geld schmälert das Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit.	☐	☐	☐	☐

14 Falls alle niedergelassenen Ärztinnen / Ärzte "Patientenquittungen" ausstellen, würde dies Ihrer Ansicht nach zu einer insgesamt korrekteren Abrechnung führen ?

- ☐₁ ja
☐₂ nein

15 Halten Sie die im Modellversuch gezahlten Quittungsentgelte (für die Ausstellung einer Tagesquittung 1,50 Euro und für die Ausstellung einer Quartalsquittung 2,25 Euro) für kostendeckend?

- ☐₈ ja
☐₉ nein

Wenn **nein**, wie hoch müßte die Vergütung Ihrer Kalkulation nach ausfallen?

circa Euro je Quittung

Weitere Anmerkungen

zur Patientenquittung, die durch unsere vorausgehenden Fragen möglicherweise nicht erfaßt werden:

Chiffre-Nummer:

Arztstempel:

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen sehr herzlich

und bitten um baldige Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens

- **FRAGEBOGEN**

Patientenbefragung

Im zweiten Modellversuchsquartal (III/02)



Modellprojekt „Patientenquittung“

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG RHEINHESSEN

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Stiftung der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Patientenbefragung

zum Modellprojekt „Patientenquittung“

Patienteninformation über ärztliche Leistungen und
Behandlungskosten

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen eines Modellprojektes sollen ärztliche Leistungen und damit Ihre Behandlung für Sie übersichtlich und nachvollziehbar gemacht werden. Deshalb erhalten Sie eine Aufstellung über die Leistungen, welche Ihre Praxis für Sie erbracht hat.

Dieser neue Service wird Ihnen in Rheinhessen vorerst für den Zeitraum von einem Jahr von rund 100 Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen angeboten.

Träger des Modellvorhabens sind die Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen, die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

Vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) wird das Modellvorhaben wissenschaftlich begleitet. Hierfür brauchen wir Ihre Unterstützung. Wir möchten gerne wissen, wie Sie als Patientin/Patient diese Leistungs- und Kostentransparenz beurteilen.

Deshalb bitten wir um Ihre aktive Mitarbeit. Beantworten Sie bitte die Fragen auf der Rückseite dieses Bogens und senden Sie diesen bitte im beiliegenden freigestempelten Briefkuvert zur Auswertung an das Zentralinstitut. Wenn Sie möchten, kann das auch Ihre Arztpraxis übernehmen.

Die Befragung ist anonym, d.h. Ihr Name und Ihre Adresse werden nicht erfaßt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen, Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz
kostenlose Hotline unter der Telefonnummer 0800 - 101 3643.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Höninger Weg 115, 50969 Köln, Telefonnummern: 0221 4005 125 oder 0221 4005 127

Patientenfragebogen



1 Wann haben Sie die Leistungs- und Kosteninformation von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt bekommen?

- ☐ **1** am Tag Ihres Arztbesuchs
☐ **2** am Ende des Quartals

und zwar

- ☐ **1** vom Hausarzt
☐ **2** vom Facharzt

2 Wie viele Quittungen haben Sie bisher von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt erhalten? _____ (Anzahl)

3 Wie haben Sie von der Patientenquittung erfahren?

(Mehrfachankreuzungen möglich)

- ☐ **1** durch Presse / Medien
☐ **2** durch Plakat / Informationsblatt in der Praxis
☐ **3** mein Arzt hat mich auf das Angebot aufmerksam gemacht

4 Hatten Sie nach Durchlesen der Quittung Fragen?

- ☐ **1** ja ☐ **2** nein

Wenn Sie **Fragen** hatten:
 Worauf bezogen sich Ihre Fragen?

(Mehrfachankreuzungen möglich)

- ☐ **1** allgemeine Informationen
☐ **2** Sinn und Zweck des Verfahrens
☐ **3** Erläuterungen zu aufgeführten Leistungen
☐ **4** Sonstiges: _____
 bitte nennen

5 Haben Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt über die Quittung gesprochen?

- ☐ **1** ja ☐ **2** nein

6 Haben Sie mit der Arzthelferin über die Quittung gesprochen?

- ☐ **1** ja ☐ **2** nein

7 Wenn Sie Fragen hatten, aber **nicht nachgefragt** haben, warum nicht?

(Mehrfachankreuzungen möglich)

- ☐ **1** Ich hatte keine Zeit
☐ **2** Arzt/Arzthelferin hatte keine Zeit
☐ **3** Ich hatte Bedenken, ihn/sie zu verärgern
☐ **4** Ich hatte kein Interesse
☐ **5** Sonstiges: _____
 bitte nennen

8 Finden Sie das Formular verständlich?

- ☐ **1** ja ☐ **2** nein

9 Könnte das Formular noch verbessert werden?

- ☐ **1** ja ☐ **2** nein

Wenn **ja**, nennen Sie uns bitte Ihren Verbesserungsvorschlag:

10 Haben Sie im Zusammenhang mit der „Patientenquittung“ etwas über Ihre Krankheit erfahren, das Sie vorher noch nicht wußten?

- ☐ **1** ja ☐ **2** nein

Wenn **ja**, finden Sie das gut?

- ☐ **1** ja ☐ **2** nein

11 Können Sie aufgrund ihrer bisherigen Erfahrung mit der Patientenquittung folgenden Aussagen zustimmen?

Bitte kreuzen Sie jede Aussage an, der Sie zustimmen können.

- ☐ **1** Ich finde es wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können.
☐ **2** Das Warten auf den Quittungsdruck hat mich gestört.
☐ **3** Die Quittung verbessert die Arzt-Patienten-Beziehung.
☐ **4** Das Reden über Geld schmälert mein Vertrauen in die ärztliche Behandlung.
☐ **5** Durch die Quittung kann ich die Leistung meiner Ärztin / meines Arztes besser einschätzen.
☐ **6** Die „Patientenquittung“ verbessert das Image der Ärzteschaft.
☐ **7** Seitdem ich weiß, was meine Behandlung kostet, überlege ich zweimal, ob ich zum Arzt gehe.
☐ **8** Die Preise für ärztliche Leistungen sind niedriger als ich dachte.
☐ **9** Da meine Behandlung relativ wenig kostet, werde ich demnächst etwas öfter zum Arzt gehen.
☐ **10** Ich wäre bereit, für die Quittung einen begrenzten Betrag selber zu zahlen.

Wenn Sie eine Quartalsquittung erhalten haben:

- ☐ **1** Ich befürchte, daß meine Familienmitglieder ohne meine Erlaubnis meine Quittung lesen.
☐ **2** Als ich die Quittung bekam, hatte ich zum großen Teil vergessen, welche Leistungen ich im Einzelnen erhalten habe.

Zum Schluß noch drei allgemeine Fragen zu ihrer Person:

Ihr Geburtsjahr: _____

Ihr Geschlecht: ☐ **1** männlich
☐ **2** weiblich

Arztbesuche: ☐ **1** keine
 in den letzten ☐ **2** 1 bis 2
 drei Monaten ☐ **3** 3 bis 5
☐ **4** 6 und mehr

- **Nachtrag:**
Inanspruchnahmestatistik
im vierten Modellversuchsquartal
(I/03)

Modell-Versuch „Leistungs- und Kosten-Information über vertragsärztliche Leistungen“

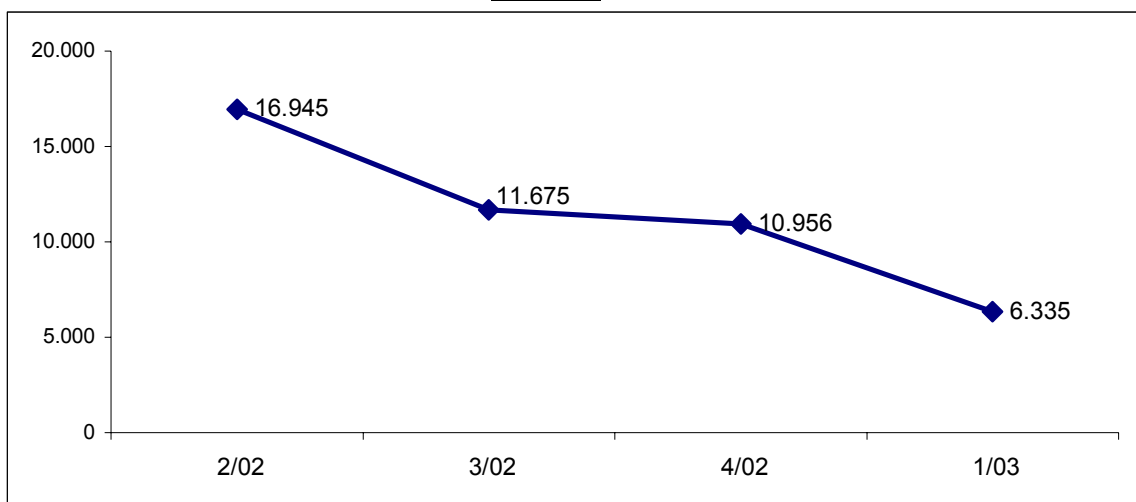
- Ergebnisse des Quartals 1/2003
und
Gesamtauswertung -

1. Im 1. Quartal 2003 (letztes Modell-Versuchs-Quartal) haben 63 Praxen mit 89 Ärzten bei 6.335 Patienten eine „**Patientenquittung**“ ausgestellt.

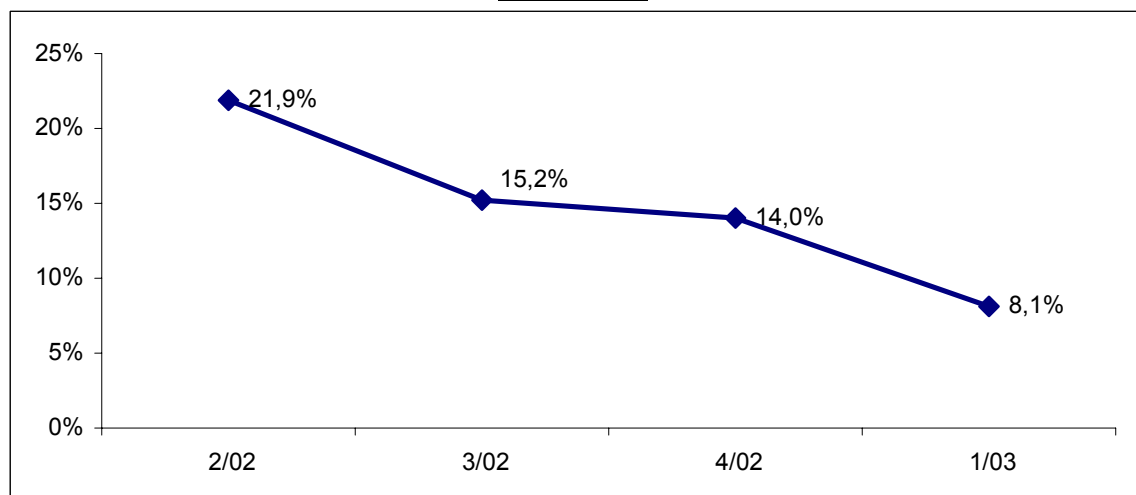
Bezogen auf die Abrechnungsfälle aller 63 Arztpraxen haben ca. 8,1 % aller Patienten eine „Patientenquittung“ erhalten.

Entwicklung der Quittungen

Absolut



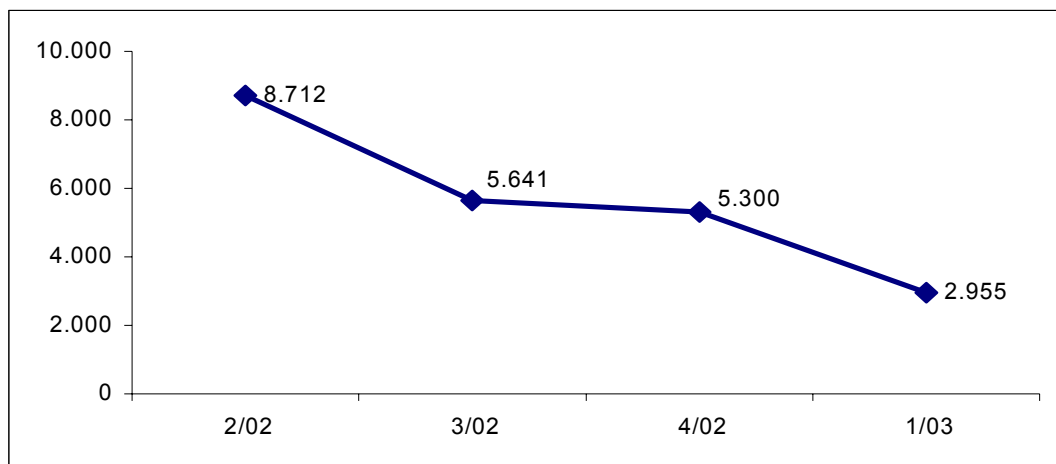
Prozentual



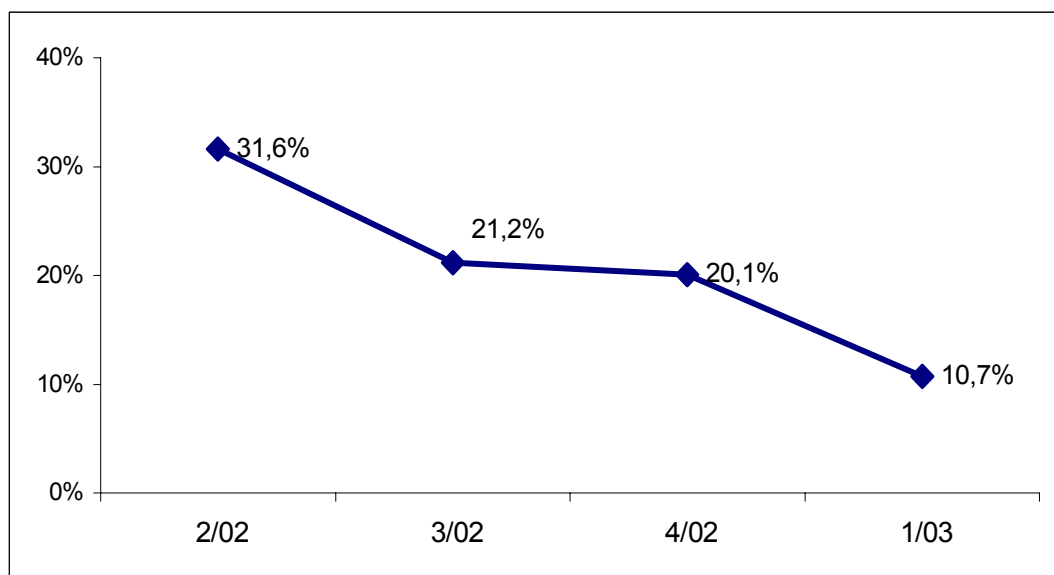
2. 21 Praxen mit 33 Ärzten haben im Quartal 1/2003 für 2.955 Patienten insgesamt 3.840 „**Tagesquittungen**“ ausgestellt; dies sind 10,7 % aller Patienten dieser Arztpraxen. Im Durchschnitt hat jeder Patient ca. 1,30 „Tagesquittungen“ erhalten.

Entwicklung der Tages-Quittungen

Absolut



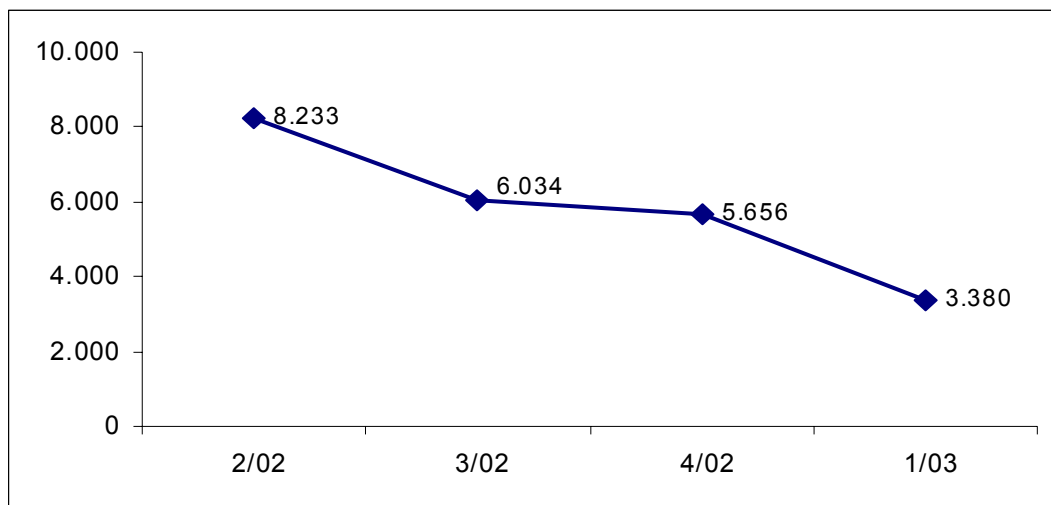
Prozentual



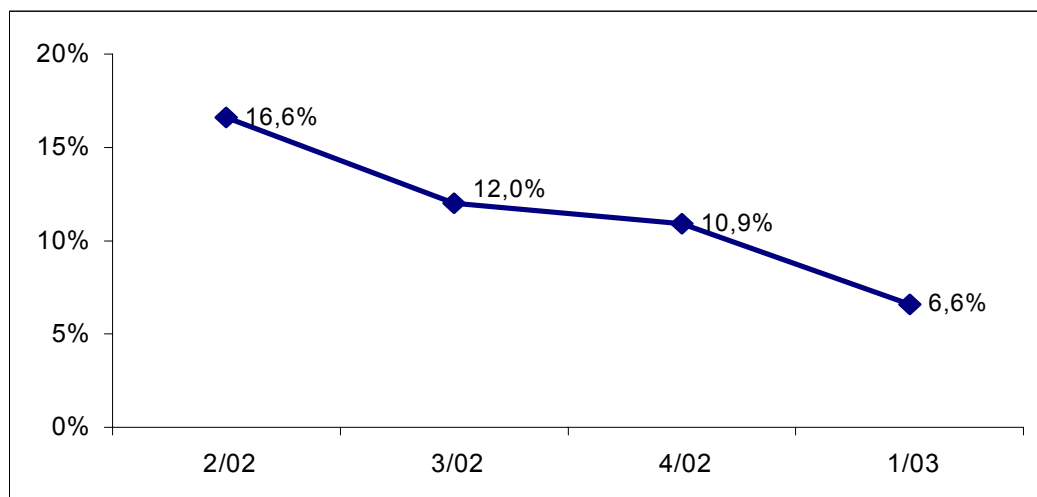
3. 42 Praxen mit 56 Ärzten haben im Quartal 1/2003 für 3.380 Patienten eine „**Quartalsquittung**“ ausgestellt; dies sind ca. 6,6 % aller Patienten dieser Arztpraxen

Entwicklung der Quartals-Quittungen

Absolut



Prozentual

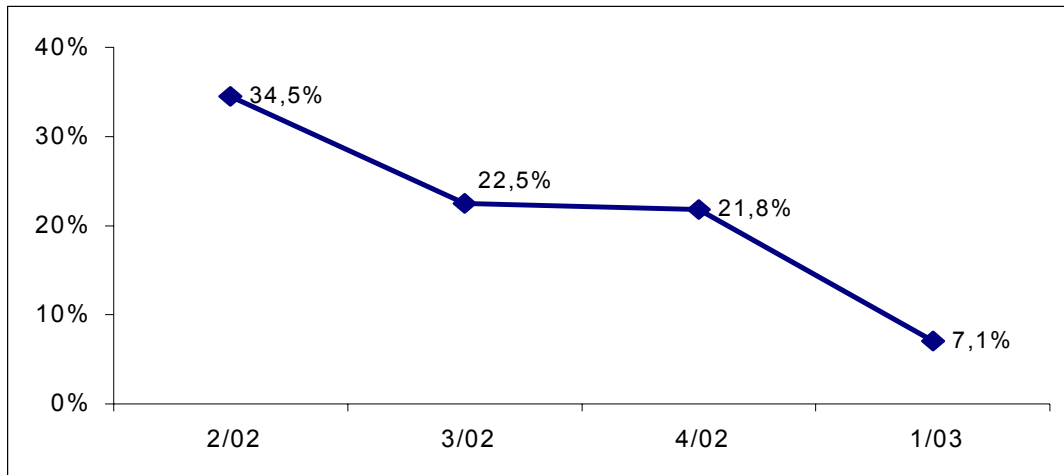


4. Die **Facharztpraxen** haben im Quartal 1/2003

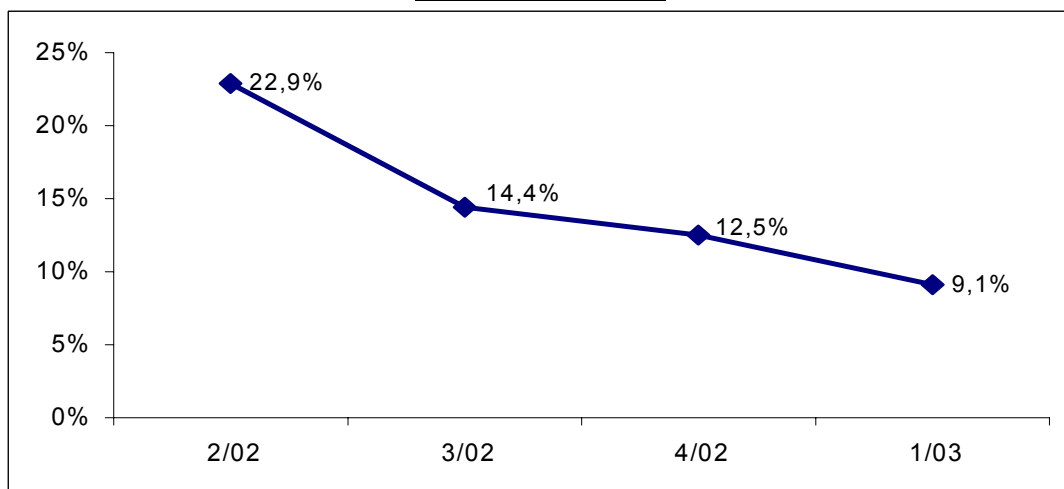
- bei 7,1 % ihrer Patienten eine „Tagesquittung“ ,
- bei 9,1 % ihrer Patienten eine „Quartalsquittung“
ausgestellt.

Entwicklung bei Fachärzten prozentual

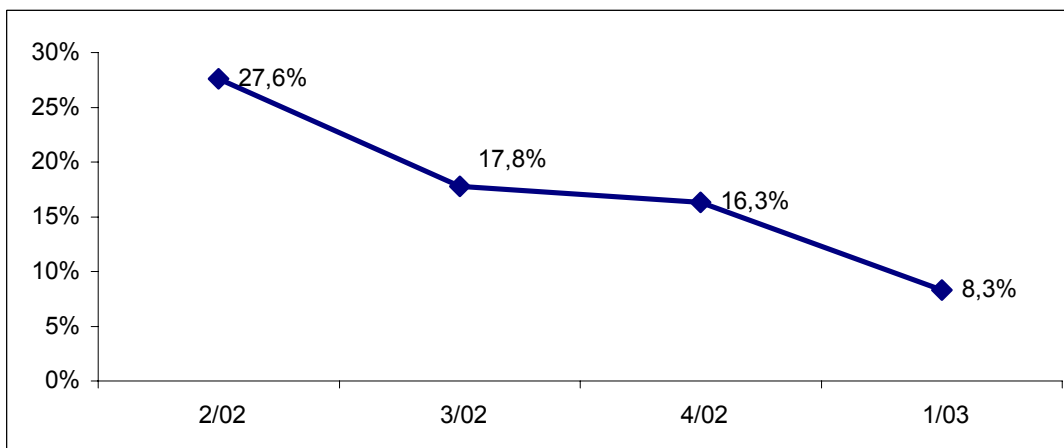
Tages-Quittung



Quartals-Quittung



Quittungen gesamt

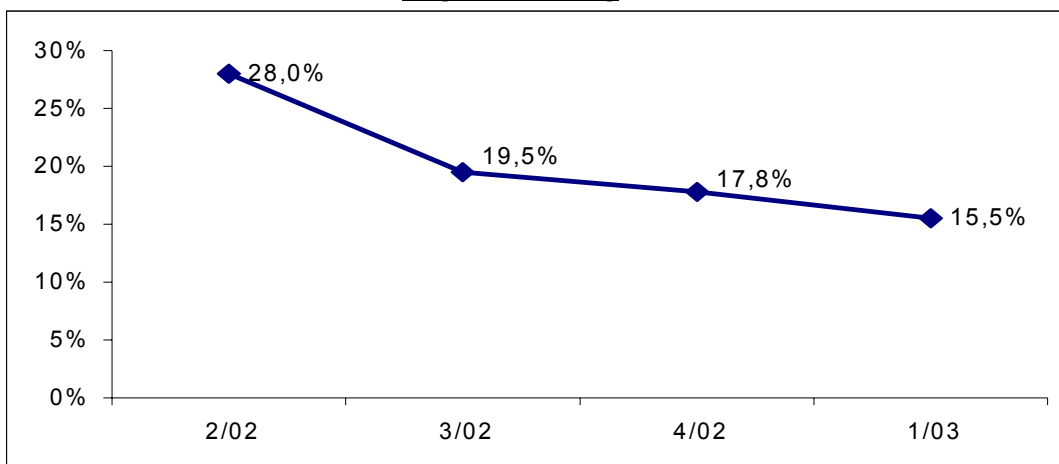


Bei den **hausärztlichen** Praxen waren dies im Quartal 1/2003

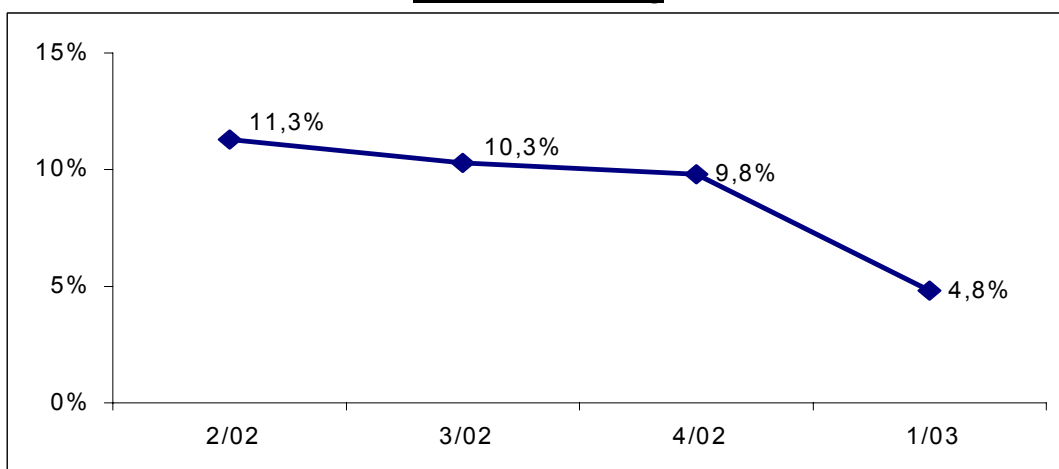
- 15,5 % („Tagesquittung“) bzw.
- 4,8 % („Quartalsquittung“)

Entwicklung bei Hausärzten prozentual

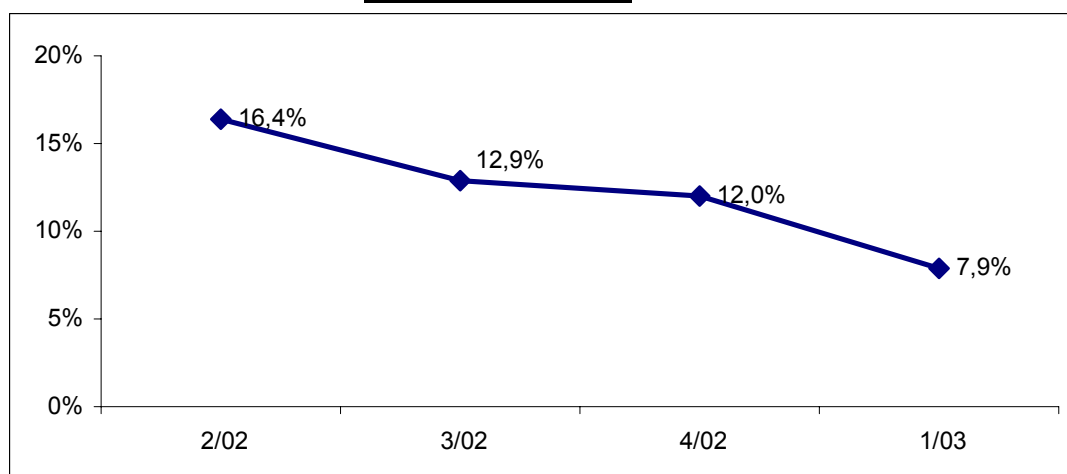
Tages-Quittung



Quartals-Quittung



Quittungen gesamt



5. Entwicklung der Inanspruchnahme nach Kassenarten:

