

„Der anspruchsvolle Patient“

Als ich von Herrn Meyinger gefragt wurde, ob ich mir vorstellen könnte, zu diesem Thema ein Referat zu halten, versuchte ich zunächst einmal, mir darüber klar zu werden, um welche Patienten es sich hierbei handelt: Was kennzeichnet einen anspruchsvollen Patienten? Sind es vielleicht unsere sogenannten „schwierigen Patienten“? Und wenn ja – müssen die schwierig sein?

Ich merkte, dass diese Frage eine Vielzahl von Aspekten beinhaltet und z.B. abhängig ist von der **Praxisstruktur** (Hausarzt- oder Facharztpraxis, Kinderarztpraxis, Psychotherapiepraxis, MVZ, Klinik-Ambulanz oder Notfallambulanz). Bei unserer Betrachtung wird es aber auch um die **Persönlichkeitsstruktur**, um die **soziale Position** und um die **Krankheiten der Patienten** gehen.

Ich habe das Referat in 3 Hauptpunkte unterteilt:

1. Klärung des Begriffs <Anspruchsvoller Patient>
2. Was haben Patienten für Ansprüche?
3. Wie gehen wir mit den Patienten und ihren Ansprüchen um?

I. Was kennzeichnet den anspruchsvollen Patienten?

Um mir darüber klar zu werden, mit welchem Klientel ich zu tun haben würde, habe ich erst einmal eine Umfrage in meinem Kollegen- und Freundeskreis sowie bei meinen ehemaligen Mitarbeiterinnen durchgeführt. Dabei haben sich drei Aspekte herauskristallisiert, die für das Praxis-Team ganz besondere Herausforderungen darstellen:

1. Die Persönlichkeitsstruktur des Patienten
2. Die zugrundeliegenden Krankheiten
3. Die soziale Position des Patienten

1) Persönlichkeitsaspekte

Es gibt...

- Dominante Persönlichkeitstypen, die jede Situation beherrschen und alles kontrollieren müssen, weil sie kein Vertrauen haben und sich nicht für andere und deren Befindlichkeiten interessieren.

-

- narzisstische Patienten, die beweisen wollen, wie gut sie sind und Krankheiten als persönliche Kränkungen empfinden
- der Internet informierte Patient
- ungeduldige Patienten (keine Zeit)
- beehrliche Patienten (Wunschrezepte, z.B. Massagen)

2) Krankheitsaspekte

Es gibt...

- akut kranke Patienten
- schwer kranke Patienten mit infauster Prognose
- chronisch kranke Patienten, die häufig in die Praxis kommen müssen
- psychotisch alterierte Patienten
- infektiöse Patienten
- transplantierte und infektgefährdete Patienten

3) Soziale Aspekte

Es gibt...

- Hartz IV-Empfänger
- Patienten mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge, Asylanten
- V.I.P.'s aus dem gesellschaftlichen Leben

Interessant zum Thema Patiententypen ist das Ergebnis einer aktuellen Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung. Sie hat in einer wissenschaftlichen Studie **vier verschiedene Patiententypen** feststellen können, die zufällig auch jeweils gleich stark vertreten waren.

1. Der Gleichgültige, der glaubt oder hofft ohne medizinische Hilfe über die Runden zu kommen und im Grunde nichts davon wissen will.

2. Der Arztgläubige, der davon ausgeht: Der Doktor wird's schon richten (Beide sind oberflächlich unproblematisch im Handling, die Kommunikation läuft reibungslos. Aber man läuft Gefahr, dass wichtige Aspekte gar nicht angesprochen werden und unter den Tisch fallen.)

3. Der Arztkritische, der alles infrage stellen muss, schnell unzufrieden ist und zum Arztwechsel tendiert.

4. Die Co-Therapeuten, die besonders gut informiert sind und hohe Ansprüche an die Kommunikation in der Praxis stellen.

(Diese beiden stellen eine ausgesprochene Herausforderung für den Arzt und seine Mitarbeiter dar)

Der „anspruchsvolle Kassenpatient“ – um jetzt mal ein Beispiel zu geben - neigt gelegentlich dazu, an den Arzt Forderungen zu stellen, die dessen Möglichkeiten oder sein Budget unter Umständen deutlich übersteigen, so dass er ihm Leistungen verwehren muss. Es gibt Krankenkassen, die hier manchmal ein doppeltes Spiel spielen, indem sie dem Patienten sagen, dass er durchaus Anspruch auf dieses Medikament oder jene Massage hat, den Arzt damit indirekt unter Druck setzen, sich das Geld vom Arzt später aber durch Regressforderungen dann wieder zurückholen.

Der unzufriedene Patient kontert in so einem Fall dann ggf. mit **Doktorhopping** und versucht es in der nächsten Praxis. Das hat übrigens auch die Einführung der **Praxisgebühr** nicht verhindern können.

In diesem Zusammenhang spielt der Aspekt der **Patientenbindung** an eine Praxis natürlich eine große Rolle. Der Arzt und seine Mitarbeiter müssen daraufhin wirken, dass der Patient nicht das Gefühl hat, dass ihm etwas vorenthalten wird, sondern im Gegenteil: Er muss das Gefühl haben, dass für ihn alles Menschenmögliche getan wird, um ihn in seinem Gesundungsprozess zu unterstützen.

Stellen wir uns also zunächst einmal die Frage:

II. Was haben Patienten eigentlich für gesetzliche Ansprüche?

Sowohl die Ansprüche der gesetzlich Versicherten als auch der privat Versicherten haben sich im Lauf der Jahre nachhaltig geändert.

(z.B. gab es früher von Seiten der gesetzlichen Krankenkasse für zahnlose Patienten das Angebot zwischen Totalprothese und Pürriergerät zum Herstellen passierter Kost zu wählen). Die Unterschiede gesetzlicher und privater Krankenkassen waren früher grösser und die Frage „Wie sind Sie denn versichert?“ ging meist allen weiteren Ausführungen voraus. Früher gab es mancherorts sogar 2 verschiedene Wartezimmer. Heute beschränkt sich der Unterschied in erster Linie auf die Wartezeiten, aber auch das ist inzwischen vom Gesetzgeber neu geregelt worden:

Mit Inkrafttreten des **Versorgungsstärkungsgesetzes** haben die gesetzlich krankenversicherten Patienten seit Anfang dieses Jahres Anspruch darauf,

innerhalb von 4 Wochen einen Termin beim Facharzt zu bekommen. Zumindest auf dem Papier ist es also geregelt...

Der Krankenversicherte hat im Rahmen seiner Mitgliedschaft gegenüber seiner Krankenkasse einen **Anspruch auf Verschaffung aller erforderlichen Heilbehandlungsmaßnahmen**. Diese sind im **SGB** folgendermaßen geregelt:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder wirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Dabei gilt für **Kassenpatienten** grundsätzlich das sogenannte **Sachleistungsprinzip**, wonach der Patient gegenüber seiner Krankenversicherung einen Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen hat. Diese sind im Rahmen einer Vierecksbeziehung zwischen Patienten, Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzten vertraglich geregelt.

Bei den **Privatpatienten** besteht nur ein Rechtsverhältnis zwischen Patient und Krankenversicherung einerseits, sowie zwischen Patient und Arzt andererseits, aber nicht zwischen Arzt und Krankenversicherung. Der Leistungsumfang entspricht mit geringen Abweichungen dem der gesetzlichen Krankenkassen. Weitere Ansprüche ergeben sich aus ggf. ergänzend abgeschlossenen Zusatzverträgen.

Schon seit 2013 sind eine Reihe von Ansprüchen der Versicherten durch das **Patientenrechtegesetz im BGB** verankert und 2015 im Hinblick auf Fragen zur **Sterbehilfe** ergänzt worden.

Im Folgenden möchte ich noch ein paar schon länger verankerte und inzwischen **selbstverständliche Ansprüche** benennen, die Ihnen allen schon bekannt sein dürften:

- freie Arztwahl
- ärztliche Schweigepflicht, die natürlich auch für die Mitarbeiter zutrifft
- Sicherstellen einer intimen, vertraulichen Gesprächssituation auch im Empfangsbereich einer Praxis
- Aufklärungspflicht vor ärztlichen Eingriffen im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen
- Informationen über Zusatzkosten durch nicht von der Krankenkasse abgedeckte Leistungen, z.B. individuellen Gesundheitsleistungen (Igeleistungen)
- Aufklärung über genehmigungspflichtige Leistungen (bestimmte Hilfsmittel, Zahnersatz, Fahrtkosten, psychotherapeutische Sitzungen)

- Hygienestandards
- Sicherheit der medizinisch technischen Geräte
- das richtige Lagern von Patienten bei Untersuchungen
- Dokumentation aller patientenbezogenen Maßnahmen in der Praxis
- Qualitätsmanaging in der Praxis

III. Wie gehen wir mit den Patienten und ihren Ansprüchen um? (Kommunikative Grundhaltung)

Ich habe mich natürlich auch ein bisschen umgesehen, was es zum Thema anspruchsvolle Patienten für **Literatur** gibt. Und tatsächlich gibt es einen **Praxis-Knigge** von einer Autorin namens **Sibylle David**, allerdings geschrieben für Zahnarztpraxen, jedoch zwanglos auch anwendbar für andere Facharzt- oder Hausarztpraxen.....

Eigentlich wollte ich von Knigge gar nichts erzählen. Was wir heute in einem „Knigge“ vorfinden, sind üblicherweise Hinweise, wie man Rot- und Weißweingläser am gedeckten Tisch zueinander gruppiert, wie man einen Hummer zerlegt, und welches Besteck wann benutzt wird.

Knigge selber hatte eine andere Zielsetzung: Mit seinem Buch „**Über den Umgang mit Menschen**“ beabsichtigte er eine Aufklärungsschrift für Taktgefühl und Höflichkeit im Umgang mit anderen Generationen, Berufen, Charakteren, die dem aufmerksamen Leser Enttäuschungen durch Fehlverhalten ersparen sollte. Er wollte einen Rahmen schaffen für ein wertschätzendes und kultiviertes Miteinander.

Diese Zielsetzung ist auch in dem Praxis-Knigge von Sibylle David sehr gut gelungen.

Unsere Art zu kommunizieren ist übrigens komplexer, als wir es vermuten würden. Bevor wir überlegen, wie wir unsere Kommunikation vielleicht verbessern können, werfen wir kurz noch einmal einen Blick darauf, wie Kommunikation überhaupt funktioniert. Ein amerikanische Psychologin namens **Albert Mehrabian** hat festgestellt, dass beim Verstehen einer Information verschiedene Ebenen beteiligt sind:

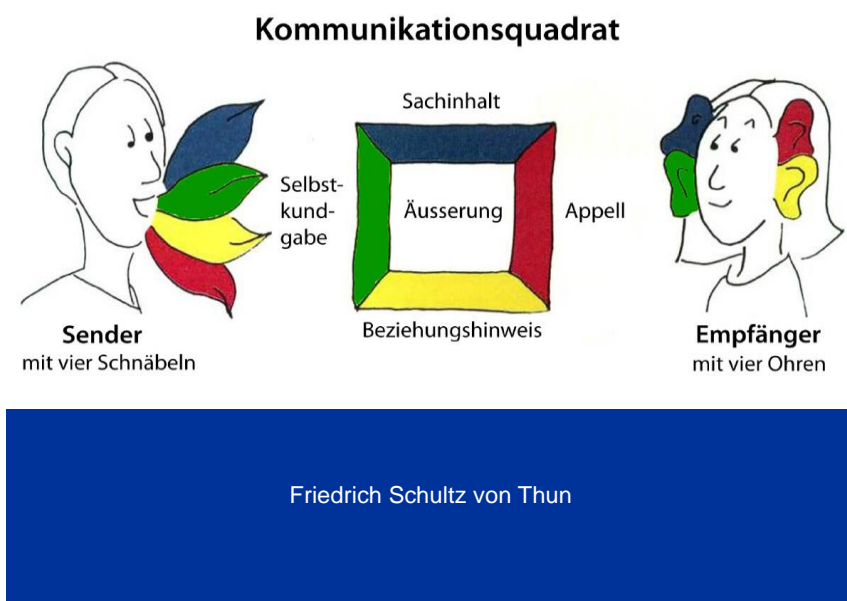
7% verbale Kommunikation (Inhalt)

38% paraverbale Kommunikation (Tonfall, Betonung, Artikulation)

55% nonverbale Kommunikation (Auftreten, Bewegung, Mimik, Gestik)

Und wenn wir uns jetzt die 7 Prozent genauer anschauen, wie es **Friedemann Schultz von Thun** getan hat, dann werden aus **einer** Äußerung plötzlich **4 Botschaften**:

- eine Sachinformationen (worüber ich informiere)
- eine Information über sich selbst (was ich von mir zu erkennen gebe)
- ein Beziehungshinweis (was ich von dir halte und wie ich zu dir stehe)
- ein Appell (was ich bei dir erreichen möchte)



Wirkt im ersten Moment ein bisschen trocken – ich gebe Ihnen ein Beispiel:
Ich fahre mit meiner Frau im Auto in die Stadt. Zuerst läuft alles ganz ruhig, wir schweigen ein bisschen. Dann plötzlich, wie der Blitz aus heiterem Himmel sagt meine Frau unvermittelt: „Hier ist 30!“ - Nach 40 Jahren Ehe bin ich im selektiven Nichthören geübt aber es geht nicht! Es ginge vielleicht, wenn es nur eine Sachinformationen wäre. Aber wie wir an dem Bild sehen, blasen da ja 4 Trompeten, also fast ein Orchester:

- Sachinformationen: Geschwindigkeitsbegrenzung 30 km/h
- Sie gibt zu erkennen: Ich bin genervt
- Ihr Beziehungshinweis: Du bist unaufmerksam und rast schon wieder
- Ihr unausgesprochener Appell: Halt dich gefälligst an die Regeln.

Entsprechend kommen bei mir als Hörer auch 4 Botschaften an, die aber außer der Sachinformation alle anders ausfallen können, als es gemeint war.

- Sachinformationen: „Geschwindigkeitsbegrenzung 30 km/h“
- Bei mir kommt an: „Meine Frau ist genervt und meckert dauernd an meinem Fahrstil rum.“
- Beziehungshinweis: „Sie glaubt, dass ich ein schlechter Autofahrer bin, aber ich glaube, dass sie ein schlechter Beifahrer ist. Vermutlich ärgert sie sich, weil sie weitaus mehr Strafzettel bekommt als ich.“
- Unausgesprochener Apell: „Halt an – ich lauf lieber.“

(Dieses Beispiel habe ich natürlich erfunden...)

Was wir dem Beispiel entnehmen können ist, dass es bei der Fülle an kommunizierten Inhalten zu zahlreichen Missverständnissen kommen kann. Für uns ist es hilfreich, zu wissen, dass unsere Botschaften als Arzt oder Arzthelferin nicht immer so eindeutig sind für den Empfänger, wie wir es vermuten. Und umgekehrt kommt es vonseiten des Patienten auch bei uns nicht immer so an, wie es gemeint war.

Wenn ich mir unsicher bin, wie ich einem Patienten begegnen möchte, kann ich ihn vielleicht erst einmal **auf mich wirken lassen und spüren, was er in mir auslöst**. Dann fällt es mir etwas leichter, auf ihn in der einen oder anderen Weise zuzugehen.

Professionell sein heißt hier nicht, dass ich mein persönliches Gefühl ausschalte, sondern dass ich es nutze.

Aufpassen muss ich vor allem, dass ich nicht zu schnell urteile über einen Menschen, also **Vorurteile vermeide**. (Gut / schlecht; positiv / negativ; sympathisch / unsympathisch; Daumen hoch / Daumen runter). Dahinter steckt oft ein **Schubladendenken**, das uns zum großen Teil noch nicht einmal bewusst ist. Es ist, als hauste in unserem Kopf ein Wesen, das Tag und Nacht an der Strickleiter unserer Gedanken auf und ab klettert und uns zwingt alles zu beurteilen.

Nicht nur in der Praxis, sondern immer, wenn Menschen sich begegnen, bilden sie sich nämlich in Bruchteilen von Sekunden ein erstes Urteil übereinander, das über Sympathie oder Antipathie entscheidet. Es ist nicht möglich, diesen natürlichen Vorgang zu verhindern, wohl aber positiv zu beeinflussen – z.B. durch ein freundliches Lächeln oder einen Blick in die Augen des Gegenüber. Beim Grüßen in der Praxis oder auch privat entscheiden die kleinen aufmerksamen Gesten, ob sich Ihr Gegenüber willkommen oder abgelehnt fühlt.

Mit anderen Worten:

Wenn sie einen Patienten negativ bewerten, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass der Patient durch ihre negative Bewertung zum schwierigen Patienten für sie wird. Spürt der Patient jedoch, dass er als Person geachtet und wertgeschätzt wird, ist die Wahrscheinlichkeit, dass er als schwieriger Patient agiert, wesentlich geringer. Letztlich kann es nicht darum gehen, dass wir hier irgendwelche **Benimm-Regeln** pauken. Es wird in erster Linie darum gehen, wie wir unsere knapp bemessene Zeit nutzen können, um den Umgang mit den Patienten zu optimieren, d.h. wie wir es schaffen unter Zeitdruck (und sonstigem Druck von mehreren Seiten) ein **Mindestmaß an Anstand, Höflichkeit und Freundlichkeit** nicht nur den besonders wichtigen Patienten gegenüber, sondern allen Patienten gegenüber aufbringen können. Und da kann es manchmal wichtig sein, dass man Prioritäten setzen muss und z.B. die Arbeit am Computer kurz unterbricht, um einen Patienten zu begrüßen und ihm sagt, dass man sich gleich um ihn kümmern kann, aber nur noch kurz etwas fertig machen muss.

Eine gute Orientierung bietet uns die **klientenzentrierte Gesprächsführung von Carl Rogers**, einem Amerikaner, der einen grundlegenden Beitrag zur Gesprächsführung in der Psychotherapie, aber auch für unsere Alltags- und berufliche Kommunikation entwickelt hat. Dabei spielen 3 Aspekte eine wesentliche Rolle:

1. Die bedingungslose positive **Wertschätzung** gegenüber dem Patienten
2. **Empathie**: Gemeint ist das einfühlsame Verstehen der Probleme aus der Sicht des Patienten
3. Die Kongruenz der eigenen Haltung: Damit ist gemeint die eigene **Echtheit** oder auch Wahrhaftigkeit gegenüber dem Patienten.

Man könnte auch sagen, es geht um das Vermeiden eines aufgesetzten geschäftsmäßigen und unpersönlichen Verhaltens als Fachperson.

Oder wie **Friedemann Schultz von Thun** es mal formuliert hat:

Willst du ein guter Helfer sein - dann schau auch in dich selber rein.

Übrigens:

Glaubwürdig bin ich als Helfer nur, wenn ich auch in der Lage bin, gut für mich selber zu sorgen. So lässt sich **das Helfersyndrom und seine Folgen (Burnout)** am besten verhindern. Wenn die körpersprachliche Mitteilung an den Patienten ist: „Mir geht es miserabel, weil ich selber am Rad dreh!“, sind alle sprachlichen

Mitteilungen, die dem Patienten eigentlich helfen sollen, nur Sprechblasen, die zerplatzen und bei ihm kein Gehör finden.

Bei meiner Literaturrecherche bin ich auch auf einen interessanten sprachlichen Aspekt gestoßen, nämlich dass es in der englischen Sprache zwei Ausdrücke für Krankheit gibt: > **disease**<, das meint die objektive Krankheit, und > **illness**< das meint das subjektive Kranksein. Und für illness gibt es eigentlich im Deutschen keinen eigenen Ausdruck, sondern wir umschreiben dies z.B. „es geht mir nicht gut“ oder etwas direkter „es geht mir miserabel“ oder – wie der Allgäuer sagt: „passtscho“. Vielleicht ist es wichtig, dass wir uns nicht nur mit zeitaufwendigen Disease-Management-Programmen beschäftigen - uns allen als DMP bestens vertraut - sondern auch dem **subjektiven Kranksein des Patienten** unsere Aufmerksamkeit widmen.

Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist **das Thema Angst**. Sie können davon ausgehen, dass fast jeder Patient, der sich in einem Medizinbetrieb einfindet, Angst hat. Ihn treiben Gedanken um wie:

- Was steckt hinter meinen Beschwerden?
- Was wird wohl schlimmstenfalls herauskommen?
- Hoffentlich ist es was Harmloses!
- Hoffentlich geht alles gut!

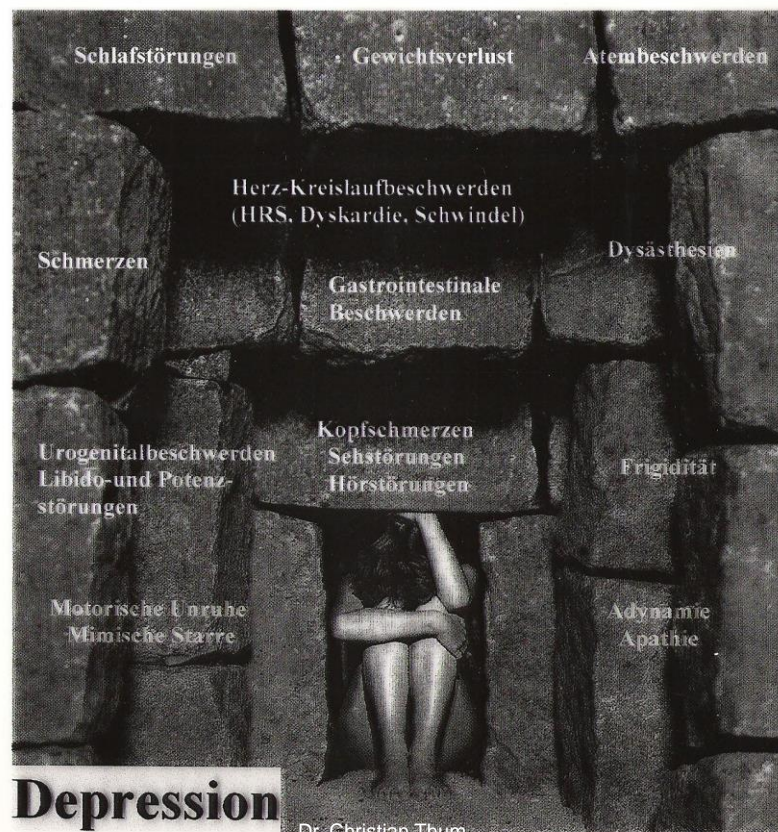
Nur wenige Patienten sprechen über ihre Ängste. Die meisten lassen sich nichts anmerken. Aber **die Angst ist der Motor**, ohne Angst wären sie nicht zum Arzt gegangen. Patienten verhalten sich dann unter Umständen kontraphobisch, d.h. sie tun so, als ob sie kein Wässerchen trüben könnte und treten unbekümmert und selbstsicher auf. Dies führt dann ebenfalls zu einer doppelbödigen Kommunikation, die letztlich zu Missverständnissen auf beiden Seiten führen kann.

Ängste können ihrerseits zu ausgeprägten körperlichen Beschwerden führen, die zum Teil erheblichen Krankheitswert besitzen. Man sollte daher auch **die körpersprachliche Seite der Angst** kennen, um Patienten richtig einschätzen zu können.



Abb. 6.1 Körperliche Beschwerden bei Angst (Mack 1973)

Diese Symptome gehören in den umfangreichen Formenkreis der **funktionellen Störungen**, die uns in allen Fachgebieten begegnen können. Man nennt sie auch **somatoforme Störungen**. Sie liegen vor, wenn der Patient mit körperlichen Beschwerden in die Praxis kommt und es lässt sich kein organpathologischer Befund erheben. Der Patient fühlt sich dann manchmal **als Simulant abgestempelt**. Nicht selten stecken aber **seelischen Notsituationen** dahinter, die der Betroffene nicht wahrhaben will oder nicht lösen kann, und er versucht das Problem zu ignorieren, zu verdrängen. Und oft wird der ursprünglich seelische Konflikt dann unbewusst ins Körperliche abgedrängt und führt zu einer Lawine von Untersuchungen, die das Problem aber alle nicht lösen können. Auch Depressionen können sich hinter körperlichen Krankheitsbildern verstecken. Man nennt sie dann **somatisierte Depression**:



Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen bei Patienten mit Migrationshintergrund etwa doppelt so häufig sind. Auch diese Situation stellt an den Arzt und sein Team den Anspruch, mit viel Geduld und Empathie den Patienten für die **psychosomatischen Zusammenhänge** zu sensibilisieren und ihm zu helfen, die notwendigen Schritte zu unternehmen und ggf. einen Psychotherapeuten zu konsultieren.

Oft ist aber das, was der Patient für sich selber tun kann, das Allerwichtigste.

Teresa von Avila hat es vor 600 Jahren so formuliert:

Sei freundlich zu deinem Leib, damit die Seele Lust hat darin zu wohnen.

In meiner internistisch ausgerichteten Hausarzt-Praxis in Hindelang, in der ich 30 Jahre lang tätig war, haben wir schon vor Einführung des Qualitätsmanagements regelmäßig unsere **Teambesprechungen** gemacht, und ein wesentlicher Punkt dabei war immer, dass wir über Patienten gesprochen waren, die besondere Aufmerksamkeit erforderten, sei es aus Krankheitsgründen, psychischen oder sozialen Gründen, oder weil andere vielleicht noch unklare Umstände eine Rolle spielten. Oft habe ich als Nicht-Hindelanger dabei ganz wichtige Hintergrund-Infos von meinen Mitarbeiterinnen bekommen, die nicht nur für das medizinische

Handling, sondern auch für das Verständnis oder den Umgang mit dem Patienten von großer Bedeutung waren.

Am **Schluss** möchte ich nochmal eine Lanze brechen für den „**anspruchlosen Patient**“, der meist so unauffällig wirkt, dass man ihn glatt übersehen könnte. Es ist, als ob er eine Tarnkappe auf hätte, die ihn unsichtbar werden lässt. Und doch hat er unter Umständen ganz schwerwiegende gesundheitliche Probleme und große Ängste und hofft, dass nichts dabei herauskommt und er sich den Gang zum Arzt eigentlich hätte ersparen können. Auch er muss ans Ziel geleitet werden und benötigt vielleicht besonders viel Einfühlungs-vermögen und Zuwendung von uns.

Summa summarum also eine **anspruchsvolle Aufgabe**, um die es da geht. Und man ist gut beraten, wenn man da kein allgemeingültiges Patentrezept verwendet, sondern versteht, dass es darum geht, eine **flexible und achtsame Herangehensweise** für die unterschiedlichsten Patienten zu finden.

Abschließend möchte ich meine persönliche **Idealvorstellung für die Zukunft** so formulieren:

Ich wünsche mir sowohl **selbstbewusste und anspruchsvolle Patienten, als auch anspruchsvolle Ärzte und Praxisteams und nicht minder anspruchsvolle Krankenkassen, wobei im Zentrum immer der Patient und seine Gesundheit stehen sollte**. Und wenn dieses Dreiergespann gut zusammen arbeitet, kann der Erfolg nicht ausbleiben.

Literatur-Quellen

- **Kommunikation im medizinischen Alltag** (Ein Leitfaden für die Praxis von der Ärztekammer Nordrhein, nach Schweizer Vorlage)
- **Der schwierige Patient** (Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag von Kowarowsky)
- **Umgang mit schwierigen Klienten leicht gemacht** (von Duxbury)
- **Patientengespräche besser gestalten** (Gebrauchsanleitungen für helfende Kommunikation von Hüllemann)
- **Der Praxis-Knigge** (von Sybille David)
- **Ratgeber für Patientenrechte** (vom Gesundheitsministerium)
- **Sterbehilfe & assistierter Suizid** (Rechtslage in Deutschland)