

Oktober 2014

Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlerverdacht

Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen

Verbraucherzentrale NRW
Gruppe Gesundheits- und Pflegemarkt
Mintropstraße 27
40215 Düsseldorf
Ansprechpartnerin: Regina Behrendt
Tel: 0211/3809-445
Fax: 0211/3809-222
gesundheit@vz-nrw.de
www.vz-nrw.de

1. Problemskizze

Versicherte bzw. Patienten fühlen sich häufig verunsichert und unterlegen, wenn sie meinen, falsch behandelt worden zu sein. Die rechtliche Auseinandersetzung mit Ärzten, Versicherern und gegnerischen Anwälten gleicht häufig einem Kampf von David gegen Goliath. Genaue Zahlen zum Ausmaß von Behandlungsfehlern liegen nicht vor. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) begutachtete im Jahr 2013 14.585 Krankengeschichten, bei einem Viertel davon kamen die Gutachter zu dem Schluss, dass ein Behandlungsfehler vorlag. An die Gutachterkommissionen der Ärztekammern wandten sich 12.173 Patienten. Von den 7.922 medizinisch beurteilten Fällen sahen die Gutachter bei 28 Prozent die Befürchtungen der Patienten bestätigt. Allerdings ist die Dunkelziffer unbekannt. Die Unabhängige Patientenberatung registrierte 7.132 besorgte Anrufer, von denen viele Vorbehalte gegenüber den Krankenkassen und Ärztekammern äußerten. Das finanzielle Risiko und die psychischen Belastungen eines Rechtsstreits hält außerdem viele davon ab, ihre Situation klären zu wollen.

Das Patientenrechtegesetz stärkt die Patienten, in dem es die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten bei der Aufklärung des Sachverhalts zu unterstützen. Nach § 66 SGB V sollen die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind. Voraussetzung ist dabei, dass die Schadensersatzansprüche nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen.

Vorher war es in das Ermessen der Krankenkasse gestellt, ob sie die Behandlungsfehleranfragen bearbeiten oder nicht. Die unterschiedliche Handhabung hat schließlich den Gesetzgeber (BT 17/10488, S. 32) veranlasst, die Ansprüche der Versicherten in diesem Punkt zu unterstreichen. Insbesondere sollen die Krankenkassen die Beweisführung der Versicherten erleichtern, beispielsweise durch medizinische Gutachten.

Wie die Unterstützungsleistung genau aussehen muss, ist jedoch im Gesetz nicht genau geregelt. Spickhoff und Nebendahl (2014) gehen davon aus, dass diese Leistung typischerweise die Beratung über die Vorgehensweise, die Beschaffung von Unterlagen und bei Anhaltspunkten für einen Behandlungsfehler die Beauftragung des MDK mit einem Gutachten umfassen. Auch die Vermittlung an und die Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern gehören dazu sowie weitere Unterstützungsangebote. Dabei wird auf den Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen den Kranken- bzw. Pflegekassen und den MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden verwiesen (MDS 2009).

Der Leitfaden empfiehlt ein ausführliches Gespräch mit dem Versicherten zu führen. Sollte der Betroffene danach den Verdacht weiter verfolgen wollen, muss er ein ausführliches Gedächtnisprotokoll anfertigen und gegebenenfalls die Krankenkasse bevollmächtigen, weitere Behandlungsunterlagen von Ärzten und Krankenhäusern einzuholen, die die Krankenkasse sodann anfordert. Die Mitarbeiter der Krankenkasse können sich zusätzlich weitere interne Informationen beschaffen, z. B. Pflegegutachten, Reha-Maßnahmen oder Kostenübernahmeanträge. Die Fakten können im Rahmen einer medizinisch-juristische Fallberatung geprüft werden, bestehend aus einem erfahrenen Schwerpunktgutachter und einem besonders

geschulten Kassenmitarbeiter. Sollten sich Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler ergeben, kann der MDK mit einem Gutachten beauftragt werden. Andernfalls sollten die Gründe für die Entscheidung dem Versicherten schriftlich nachvollziehbar dargelegt werden. Sofern ein Gutachten erstellt wird, wird dem Versicherten ein Exemplar ausgehändigt.

2. Fragestellung

Die Krankenkassen sind nach § 66 SGB V verpflichtet, ihre Versicherten im Falle eines Behandlungsfehlers bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen. Bis 2012 enthielt der entsprechende Paragraph eine „Kann“-Regelung. Mit dem Patientenrechtegesetz wurde diese im Februar 2013 zu einer „Soll“-Regelung. Die Krankenkassen können demnach nicht mehr entscheiden, ob sie die Versicherten überhaupt unterstützen wollen. Vielmehr müssen Sie das Angebot machen. Nicht ganz eindeutig ist allerdings, wie dieses konkret auszugestalten ist. Anhaltspunkte dazu liefert ein Leitfaden des MDK. Deshalb wird mit einer direkten schriftlichen Befragung der Krankenkassen der Frage nachgegangen, welche Maßnahmen den Versicherten zur Verfügung stehen.

3. Vorgehen

Von den 131 gesetzlichen Krankenkassen wurden alle ausgewählt, die bundesweit oder ausschließlich für Nordrhein-Westfalen geöffnet sind. Diese wurden mit einem vierreihigen Fragebogen angeschrieben, der folgende Aspekte enthält:

- a) Die Zugangsmöglichkeiten zu der Beratung bei Behandlungsfehlern.
- b) Die Art der Unterstützungsleistungen.
- c) Die Rückmeldung an die Versicherten.
- d) Die Organisation der Unterstützung bei den Krankenkassen

Die Fragebögen wurden Mitte Juni 2014 versandt. Alle Rückläufe bis Ende Juli gingen in die Auswertung ein.

4. Ergebnisse

Von den 72 angeschriebenen Krankenkassen haben 50 geantwortet.

41 der befragten Krankenkassen (82 Prozent) machten 2013 Angaben zur Zahl ihrer Beratungsfälle bei Behandlungsfehlern. Die absolute Anzahl betrug 26.355. Das waren 2.953 mehr Fälle als im Vorjahr, allerdings sind darin auch 82 Beratungsfälle von zwei Krankenkassen enthalten, die keine Angaben für das Jahr 2012 machten. Je nach Krankenkasse variieren die Beratungszahlen erheblich, die Bandbreite reicht von minimal einem Fall bis hin zu über 6.000. Der Median lag 2013 bei 101 Beratungsfällen

zu Behandlungsfehlern, ein Viertel der Krankenkassen hatte bis zu 32 Beratungsfälle registriert, drei Viertel bis zu 500 Fälle.

Der Großteil der Krankenkassen verzeichnete von 2012 auf 2013 einen Anstieg (64 Prozent), bei einem Viertel waren es weniger. Der Rest hatte keine Veränderung dokumentiert.

a) Zugangsmöglichkeiten zu der Beratung bei Behandlungsfehlern

Alle 50 Krankenkassen gaben an, Patienten bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler zu unterstützen. Bei den meisten Kassen erhalten die Versicherten diesen Service auf Anfrage (98 Prozent, N=50), häufig sind auch Informationsangebote im Internet (78 Prozent, N=50). 60 Prozent (N=50) veröffentlichen dazu Beiträge in ihrem Mitgliedermagazin. Lediglich 4 Prozent (N=50) teilen das Angebot mit einem Anschreiben ihren Versicherten mit. Insgesamt informieren nur 62 Prozent (N=50) der Krankenkassen schriftlich mittels Anschreiben oder Mitgliederzeitschrift.

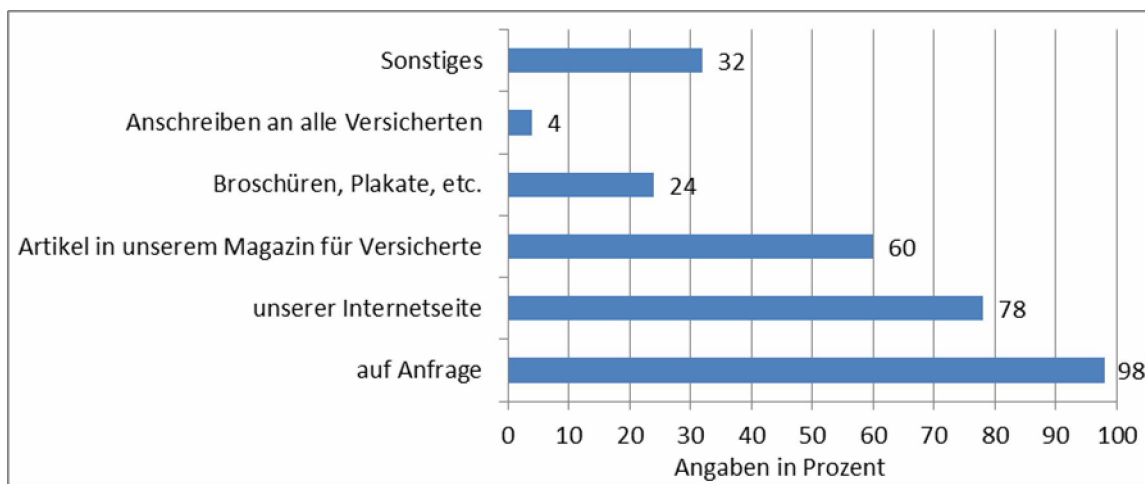


Abb. 1: Informationskanäle der Krankenkassen über Unterstützungsmöglichkeiten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (N=50).

Die Erreichbarkeit der Unterstützungsmöglichkeiten ist bei allen Kassen über E-Mail und Telefon (jeweils 100 Prozent, N=50) und bei fast allen über Fax und Postweg (jeweils 98 Prozent, N=50) gegeben. Bei 60 Prozent (N=50) der Antwortenden ist der Kontakt auch über ein Kontaktformular auf der Internetseite möglich.

b) Art der Unterstützungsleistungen

98 Prozent (N=49) der Krankenkassen haben feste Ansprechpartner, mit denen die Versicherten ihren Fall telefonisch, schriftlich oder im direkten Gespräch klären können. 94 Prozent (N=50) der Befragten gaben an, dass diese Kontaktperson auch über den gesamten Beratungsprozess hinweg die selbe bleibt. Bei 88 Prozent (N=50) der Kassen können die Versicherten bei Erstkontakt auch wählen, ob sie einen gleich- oder gegengeschlechtlichen Gesprächspartner wünschen.

Inhaltlich bieten die überwiegende Mehrheit der Krankenkassen (jeweils über 95 Prozent der Befragten) den Versicherten immer eine allgemeine Aufklärung über ihre

Rechte (N=48), die Unterstützungsmöglichkeiten der Krankenkasse (N=49) und die erforderlichen Schritte bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler (N=50).

Seltener stellen die Krankenkasse eigene Recherchen an. Jeweils rund 74 Prozent der befragten Krankenkassen äußerten, dass sie immer den Sachverhalt klären, in dem sie interne Akten und Daten sichten, Kranken- und Behandlungsunterlagen von Ärzten und Krankenhäusern beschaffen und Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen oder weiteres Bildmaterial anfordern. 70 Prozent (N=50) gaben an, immer den MDK mit einem Gutachten zu beauftragen, weitere 30 Prozent meistens. 70 Prozent (N=50) weisen eigenen Angaben zufolge auch immer auf die Schlichtungsstellen der Ärztekammern.

50 Prozent (N=42) der Antwortenden geben immer schriftliches Informationsmaterial heraus, 42 Prozent (N=43) führen immer eine medizinisch-juristische Fallberatung durch.

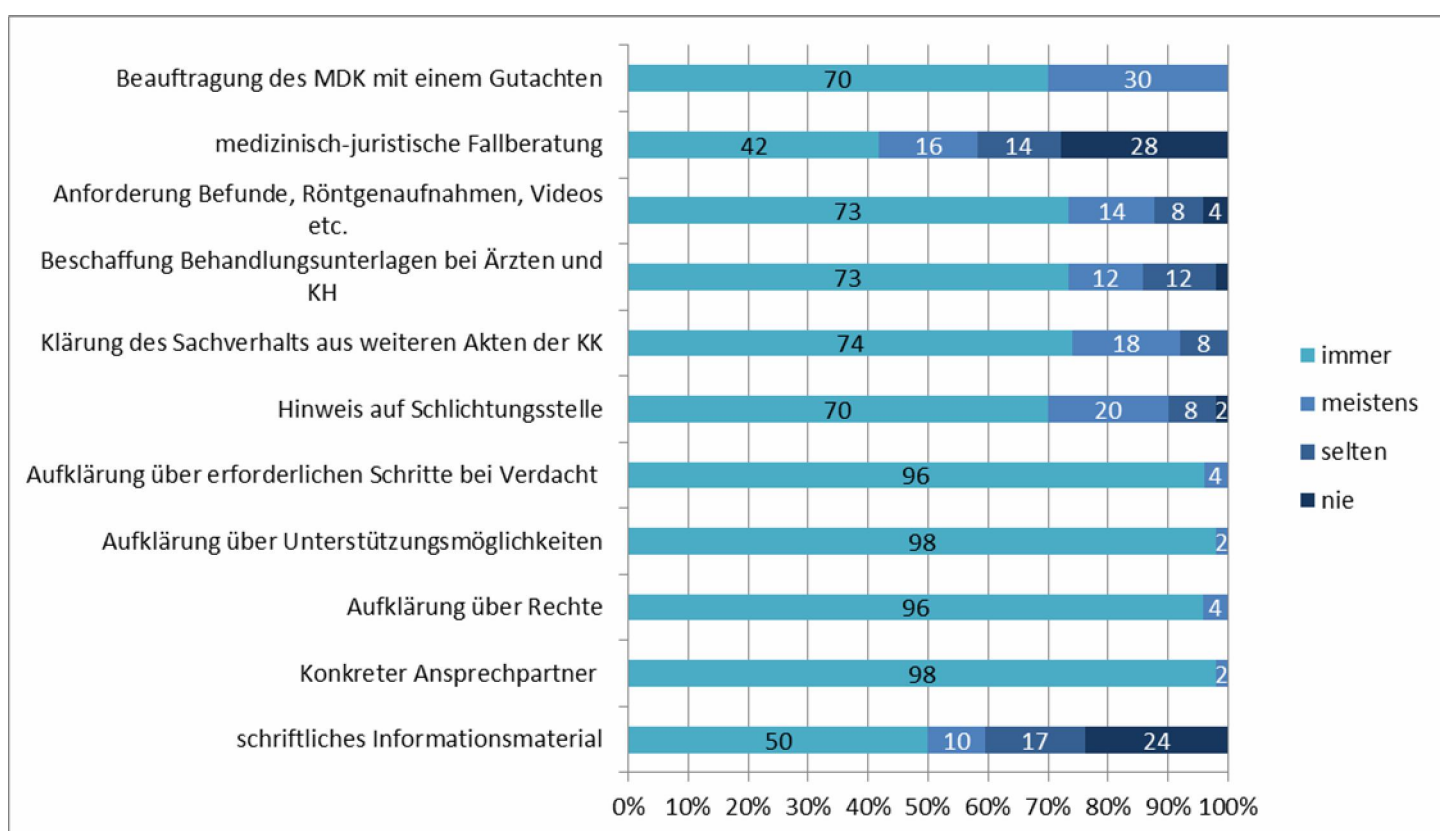


Abb. 2: Unterstützungsangebote der Krankenkassen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (Anzahl N von oben nach unten=50,43,49,49,50,50,50,49,48,49,42).

c) Rückmeldung an die Versicherten

92 Prozent (N=48) der Krankenkassen geben ein MDK-Gutachten immer an ihre Versicherten weiter. Eine schriftliche Stellungnahme, die die wesentlichen Punkte der gewonnenen Erkenntnisse nachvollziehbar darstellt, fertigen demgegenüber nur 70 Prozent (N=50) der befragten Krankenkassen immer an, 82 Prozent immer oder meistens. Fernmündliche Gespräche führen nur 29 Prozent (N=49) der Kassen immer. Berücksichtigt man auch die Kategorie meistens, sind es hier knapp 70 Prozent. Persönliche Gespräche sind deutlich seltener. Insgesamt geben nach eigenen Angaben 94 Prozent (N=50) der Krankenkassen immer eine schriftliche und 33

Prozent (N=46) immer eine mündliche Rückmeldung zu ihren Erkenntnissen bei einem Behandlungsfehlerverdacht.

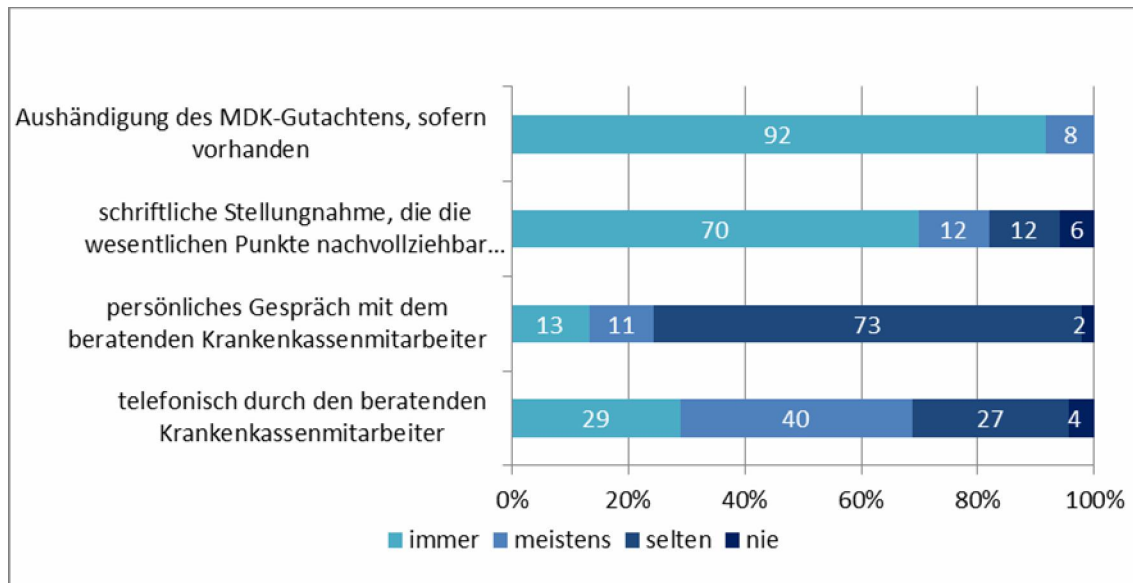


Abb. 3: Rückmeldung der gewonnenen Erkenntnisse an die Versicherten (Anzahl N von oben nach unten=48,50,45,45).

d) Organisation der Unterstützung bei den Krankenkassen

Bis auf eine haben alle Krankenkassen Ansprechpartner festgelegt. Das können einzelne Personen sein (64 Prozent, N=50) oder auch bestimmte Fachabteilungen (74 Prozent, N=50), die diese Aufgabe mit übernehmen. Zu etwa gleichen Teilen ist die Unterstützungsleistung beim Forderungsmanagement, der Regressabteilung oder im Bereich Ersatzleistungen angesiedelt. 38 Prozent (N=50) der teilnehmenden Kassen haben eigens eine Organisationseinheit für das Behandlungsfehlermanagement eingerichtet. Vereinzelt stehen den Versicherten dafür auch externe Fachanwälte für Medizinrecht zur Verfügung.

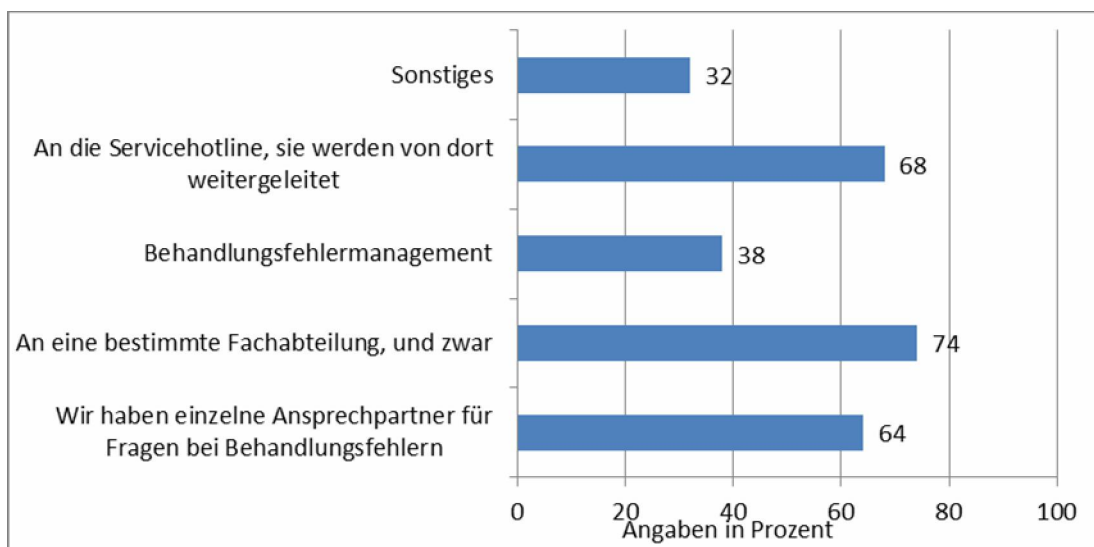


Abb. 4: Ansprechpartner für das Behandlungsfehlermanagement bei den Krankenkassen (N=50).

Bis auf eine Krankenkasse ohne Angabe dazu haben alle ihre Mitarbeiter für die Unterstützung der Patienten geschult und die Verantwortlichkeiten und Ressourcen festgelegt. Die Abläufe für die Bearbeitung von Behandlungsfehlern sind bei fast allen Krankenkassen definiert (98 Prozent, N=50) und die Unterstützungsmaßnahmen werden nahezu von allen erfasst (96 Prozent, N=49). Den Erfolg dieser Maßnahmen evaluieren 54 Prozent (N=48) der befragten Kassen.

Das Patientenrechtegesetz war bei den meisten Krankenkassen kein Auslöser für Veränderungen bei der Beratung von Versicherten zu Behandlungsfehlern. 92 Prozent (N=50) der Krankenkassen berichteten, dass es ihre Angebote schon vorher gab. Lediglich 16 Prozent (N=50) der befragten Kassen nahmen die Gesetzesänderung zum Anlass, ihre Mitarbeiter zu schulen und 12 Prozent (N=50) haben Strukturen und Prozesse überarbeitet.

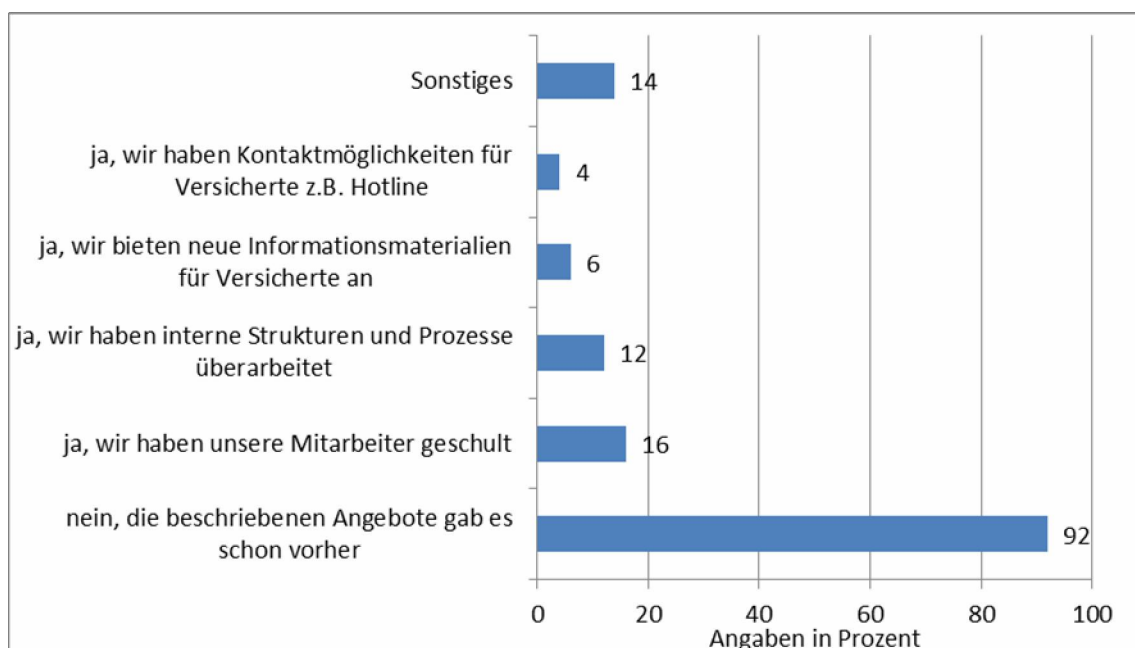


Abb. 5: Veränderung der Unterstützungsleistung aufgrund des Patientenrechtegesetzes (N=50).

5. Diskussion und zentrale Forderungen

Knapp zwei Drittel der befragten Krankenkassen verzeichneten 2013 einen Anstieg der Beratungszahlen. Auch beim MDK der Krankenkassen waren die Verdachtsfälle 2013 gegenüber dem Vorjahr gestiegen, während sie in den Vorjahren vergleichsweise konstant blieben bzw. sich nur geringfügig veränderten (2013 14.585, 2012 12.483, 2011 12.686). Der Trend geht bei der Unabhängigen Patientenberatung in die gleiche Richtung (2013 7.132, 2012 6.781). Bei den Gutachterkommissionen der Ärztekammern stieg die Zahl der medizinischen Gutachten (2013 7.922, 2012 7.578, 2011 7.452), nicht aber die der Anträge.

Wahrscheinlich ist die gestiegene Nachfrage auf das Patientenrechtegesetz zurückzuführen und die damit verbundenen Medienberichte. Offenbar nehmen Patienten verstärkt wahr, dass sie bei vermuteten Behandlungsfehlern nicht völlig schutzlos sind, sondern Unterstützungsleistungen und Rechte einfordern können.

Gänzlich unklar bleibt jedoch, ob bzw. inwieweit die gestiegene Nachfrage das tatsächliche Ausmaß des Problems abbildet. Da die objektive Zahl der Behandlungsfehler nicht bekannt ist, ist auch nicht bezifferbar, wie hoch die Nachfrage theoretisch sein müsste. Aus den Beratungsfällen der Unabhängigen Patientenberatung lässt sich jedoch ablesen, dass viele Verbraucher den zuständigen Stellen misstrauen und aus Angst vor finanziellen Nachteilen und psychischen Belastungen von einer rechtlichen Klärung absehen. Daher ist davon auszugehen, dass die Behandlungsfehleranfragen trotz ihres Anstiegs lange nicht alle Fälle abdecken und möglicherweise sogar besonders bedürftige Patienten keine Hilfe anfordern. Dafür spricht auch, dass die Zahl der bestätigten Behandlungsfehler trotz des allgemeinen Anstiegs der Fallzahlen nicht zugenommen hat. So schwankten die Anteile der tatsächlichen Behandlungsfehler laut MDK-Gutachten vor dem Patientenrechtegesetz um die 30 Prozent, 2013 lag der Anteil dagegen bei rund 25 Prozent.

Für die Krankenkassen bedeutet die gestiegene Nachfrage einerseits, dass sie sich organisatorisch auf größere Fallzahlen einstellen müssen und andererseits, dass sie sich stärker als bisher als vertrauenswürdige Partner auf der Seite der Patientinnen und Patienten präsentieren müssen, um die Betroffenen besser zu erreichen.

a) Zugangsmöglichkeiten zu der Beratung bei Behandlungsfehlern

Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass lediglich vier Prozent der Krankenkassen aktiv mit einem Anschreiben auf die Versicherten zugehen und ihre Aufgaben bei einem Behandlungsfehlerverdacht bekannt machen. Nur durch die direkte Ansprache ist gewährleistet, dass auch alle Versicherten von den Möglichkeiten der Krankenkassen erfahren. 60 Prozent informieren auch über ihre Mitgliederzeitschrift die Versicherten, wobei man allerdings mit dieser Form der Bekanntmachung nicht mehr sicher sein kann, dass jeder sie zur Kenntnis nimmt. Selbst wenn man beide Optionen zusammenrechnet, bleibt über ein Drittel der Kassen übrig, deren Mitglieder nichts von den Unterstützungsleistungen erfahren. Stattdessen setzen nahezu alle Krankenkassen darauf, dass sich die Versicherten von selber melden. Häufig informieren die Kassen auch auf ihren Internetseiten zu Behandlungsfehlern. Das ist allerdings kein geeigneter Weg, um alle Mitglieder zu erreichen. Nicht alle Menschen nutzen das Internet und nicht jeder sucht bei den Krankenkassen nach Informationen zu Behandlungsfehlern.

In Anbetracht der Tatsache, dass der Gesetzgeber eine Stärkung der Patientenrechte und eine größere Vereinheitlichung der Unterstützungsleistung für alle Patienten erreichen wollte, ist aus Sicht der Verbraucherzentrale NRW eine aktive Informationspolitik angebracht, so dass alle Versicherten die gleichen Chancen auf die Unterstützung haben. Der häufigste Informationsweg besteht zur Zeit darin, dass die Versicherten von selbst darauf kommen müssen, was ihnen zusteht und von sich aus Kontakt zur Krankenkasse aufnehmen. Das ist inakzeptabel. Eine offensivere und vertrauensbildende Öffentlichkeitsarbeit für diese Unterstützungsleistung ist dringend geboten, weil viele Menschen den Schritt einer rechtlichen Klärung bei einem Behandlungsfehlerverdacht scheuen und außerdem Berührungspunkte mit den Krankenkassen haben.

b) Art der Unterstützungsleistungen

Bei fast allen Krankenkassen finden Ratsuchende einen festen Ansprechpartner bei einem Behandlungsfehlerverdacht. Diese Person steht in der Regel auch über einen längeren Prozess mit mehrmaligen Kontakten zur Verfügung, teilweise können die Versicherten auch wählen, ob sie mit einem Mann oder einer Frau sprechen möchten. Die personelle Kontinuität ist zu begrüßen, da dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler häufig schon eine längere Vorgeschichte vorausgeht und ein häufiger Personenwechsel mit einem Verlust von Vertrauen und Inhalten einher geht.

Die meisten Krankenkassen leisten zur Unterstützung zunächst eine allgemeine Beratung, die die Unterstützungsmöglichkeiten der Krankenkassen, die erforderlichen Schritte und die allgemeinen Rechte der Versicherten umfasst.

Auffällig ist jedoch, dass nur drei Viertel der Krankenkassen immer eigene Recherchen anstellen, in dem sie krankenkasseninterne Unterlagen heranziehen und/oder diese von Ärzten und Krankenhäusern anfordern. Es mag Gründe geben, die gegen einen Behandlungsfehlerverdacht sprechen und sich möglicherweise schon im Gespräch klären lassen. Auch kann es sein, dass Versicherte nach eingehender Beratung von weiteren Schritten absehen möchten. Die Frage war allerdings so formuliert, dass die Versicherten eine Unterstützung wünschen und dass es außerdem Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler gibt. Wieso ein Viertel der Krankenkassen diesen Anliegen nicht immer weiter nachgehen, ist unklar. Auch den MDK beauftragen nur 70 Prozent der Krankenkassen immer, auch wenn es Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler gibt und die Versicherten eine weitere Abklärung wünschen. Eine medizinisch-juristische Fallberatung zur Einschätzung der Sachlage führen jedoch nur 42 Prozent der befragten Krankenkassen immer durch. Es bleibt die Frage offen, auf welcher Grundlage die Entscheidungen für oder gegen eine weitere Verfolgung der Patientenanliegen zustande kommen, wenn keine weiteren Unterlagen herangezogen werden und es darüber hinaus auch keine Fallberatung gibt. Deshalb fordert die Verbraucherzentrale NRW, den Versicherten die Prüfkriterien und die Entscheidungsgrundlagen für die Art der Unterstützungsleistung immer transparent zu vermitteln. Die Voraussetzungen dafür sind gegeben, da nahezu alle Krankenkassen nach eigenen Angaben die Abläufe für die Bearbeitung von Behandlungsfehlern definiert und die Verantwortlichkeiten festgelegt haben. Diese Angaben können in Broschüren und Anschreiben integriert werden, um Patienten die Orientierung zu erleichtern. Schriftliche Informationen werden jedoch nur von 50 Prozent der Befragten ausgegeben.

c) Rückmeldung an die Versicherten

Ein MDK-Gutachten geben 92 Prozent der Krankenkassen immer an ihre Versicherten weiter, Jeweils rund 74 Prozent der befragten Krankenkassen äußerten, dass sie immer den Sachverhalt klären, in dem sie interne Akten und Daten sichten, Kranken- und Behandlungsunterlagen von Ärzten und Krankenhäusern beschaffen und Untersuchungsberichte, Röntgenaufnahmen oder weiteres Bildmaterial anfordern., mit nur 70 Prozent schon deutlich weniger. Insgesamt geben 94 Prozent immer eine schriftliche Rückmeldung. Hier wären allerdings hundert Prozent wünschenswert, damit die Versicherten die Ergebnisse der Krankenkasse im Einzelnen auch nachvollziehen können. Zudem ist immer auch eine mündliche Rückmeldung sinnvoll, um sicherzustellen, dass die Versicherten die entscheidenden Gründe für die Einschätzung der Krankenkasse auch verstanden haben, was allerdings nur 33

Prozent der befragten Krankenkassen immer machen. Außerdem kann geklärt werden, wie es weitergehen soll, beispielsweise ob eine außergerichtliche Klärung oder eine Klage sinnvoll ist. Aber auch für den Fall, dass sich der Verdacht nicht erhärten ließ oder die Krankenkasse schon früh im Beratungsprozess erkennen kann, dass kein Behandlungsfehler vorliegt, ist es wichtig, den Patienten die Gründe dafür darzulegen, damit diese ihren Verdacht auch ausräumen können. Andernfalls bleiben sie unter Umständen dem behandelnden Arzt und/oder der Krankenkasse gegenüber misstrauisch und leiten weitere Schritte ein, die für sie unnötig belastend sind. Bei fortbestehenden Beschwerden können so auch Beratungen zu medizinischen Behandlungsalternativen oder Zweitmeinungen angebahnt werden.

d) Organisation der Unterstützung bei den Krankenkassen

Die Krankenkassen haben sich auf die Unterstützung ihrer Versicherten bei einem Behandlungsfehlerverdacht eingestellt. Die Aufgaben sind an feste Ansprechpartner delegiert, meistens bestimmte Fachabteilungen, seltener wurden dafür eigene Organisationseinheiten gebildet. Die Verantwortlichkeiten und Abläufe sind festgelegt, die Mitarbeiter geschult und in aller Regel werden die Beratungsfälle auch erfasst.

Umso mehr verwundert es, dass nur etwas mehr als die Hälfte (54 Prozent) der Krankenkasse ihre Unterstützungsleistungen auch bewerten. Ohne einer Evaluation kennen jedoch die Krankenkassen die Ergebnisqualität ihrer Bemühungen nicht. Sie wissen nicht, ob die Patienten mit ihrem Unterstützungsangebot zufrieden sind oder was sich noch verbessern ließe. Das Patientenrechtegesetz hat die Krankenkassen so gut wie gar nicht dazu veranlasst, ihr Angebot zu verbessern.

Die Verbraucherzentrale NRW hält es für unerlässlich, dass

- die Krankenkasse ihre Versicherten anschreiben und über die Möglichkeiten der Unterstützung bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler aufklären.
- die Krankenkassen allen Ratsuchenden helfen, den Sachverhalt aufzuklären, solange die Versicherten dies wünschen und es Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler gibt.
- die Krankenkassen den Ratsuchenden schriftlich transparent darlegen, nach welchen Prüf- und Entscheidungskriterien sie welche Art von Unterstützungsleistung anbieten.
- die Krankenkassen den Ratsuchenden immer ungeachtet der inhaltlichen Entscheidung eine abschließende schriftliche und mündliche Rückmeldung über ihre Einschätzung zu dem Behandlungsfehlerverdacht mitteilen und darin auch weiterführende Schritte benennen.
- die Krankenkassen ihre Unterstützungsleistungen bei einem Behandlungsfehlerverdacht im Hinblick auf die Zufriedenheit ihrer Versicherten evaluieren.

6. Literatur

Bundesärztekammer (2013): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2012. URL

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59.5301.11336>.
Eingesehen am 11.09.2014.

Bundesaerztekammer (2014): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2013. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59.5301.12212>.
Eingesehen am 11.09.2014.

Deutscher Bundestag (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Drucksache 17/10488, S. 32. URL <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/104/1710488.pdf>. Eingesehen am 11.09.2014.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes (2009): Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen/Pflegekassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern und Pflegefehlern. URL http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_November_2009.pdf.
Eingesehen am 11.09.2014.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes (2014, 2013): Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft, Jahresstatistik 2013, 2012, 2011. URL <http://www.mdk.de/319.htm>. Eingesehen am 11.09.2014.

Spickhoff & Nebendahl (2014): Medizinrecht, 2. Aufl., SGB V § 66 Rn. 1 – 5, München: Verlag C. H. Beck.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2014, 2013): Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Berichtszeitraum 01.04.2013 – 31.03.2014, Berichtszeitraum 01.04.2012 - 31.03.2013. URL <http://www.patientenberatung.de/monitor-patientenberatung/>. Eingesehen am 11.09.2014.