



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)78(2)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.03.2026 - Patientenrechte
23.03.2026

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Eine Reform des Patientenrechtegesetzes ist überfällig – Rechte von
Patientinnen und Patienten jetzt stärken“

(Bundestagsdrucksache 21/3796)

Berlin, 23.03.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Bewertung des Antrages

Mit dem Antrag „Eine Reform des Patientenrechtegesetzes ist überfällig – Rechte von Patientinnen und Patienten jetzt stärken“ beabsichtigen die Antragstellenden eine Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten.

Erreicht werden soll diese Verbesserung durch die Umstellung der anerkannten und erprobten Beweislastverteilung im Behandlungsvertragsrecht, eine Klarstellung der Organisationsverantwortung von Leitungen von Krankenhäusern, MVZ und vergleichbaren medizinischen Einrichtungen sowie durch die Einführung einer Verpflichtung, dass nachträgliche Änderungen an Behandlungsakten nicht nur dahingehend nachvollziehbar sind, dass Änderungen vorgenommen wurden, sondern auch von wem. Zudem soll ein „unabhängiges und qualitätsgesichertes“ Gutachterwesen für medizinische Fragestellungen gesetzlich verankert werden. Darüber hinaus sollen weitere nicht genauer bezeichnete geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz und Patientensicherheit ergriffen werden.

Ein großes Problem bei der Forderung nach „mehr“ Patientenrechten besteht darin, dass der Fokus bei dem Thema Patientenrechte – wie auch in dem Antrag – immer schnell auf der Frage der Arzthaftung liegt. Patientinnen und Patienten haben jedoch zunächst das Recht, gemäß dem anerkannten fachlichen Standard behandelt zu werden. Wenn ein vermeidbarer Fehler passiert, ist dieses Recht bereits verletzt. Eine nachträgliche finanzielle Entschädigung kann keinen Fehler, keine Schädigung bei einer Patientin oder einem Patienten rückgängig machen, sondern allenfalls Erleichterung für den Umgang mit den Folgen eines Behandlungsfehlers schaffen. Oberste Priorität sollte daher sein, dass möglichst wenig Fehler passieren, denn das hilft Patientinnen und Patienten am meisten.

Deshalb erscheinen der Bundesärztekammer für eine Stärkung der Patientenrechte Änderungen der Rahmenbedingungen der Behandlung im Sinne einer bestmöglichen Fehlerprävention wesentlich wichtiger als Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch. Das betrifft vor allem Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. In einem echten Patientenrechtegesetz bedarf es Lösungen, zum Beispiel zur **adäquaten Personalausstattung**, Ressourcen für die Befassung mit Fehlerprävention, zu einer **adäquaten IT-Infrastruktur**, zum **Abbau überbordender bürokratischer Vorgaben**, zur **besseren Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen** und zur **Finanzierung von Dolmetscherkosten**. Solche Maßnahmen schaffen Kapazitäten bei Ärztinnen und Ärzten sich mit fehlerhaften Abläufen und vermeidbaren und unvermeidbaren unerwünschten Ereignissen, die im Gesundheitswesen passieren, auseinanderzusetzen und daraus zu lernen.

Die Forderungen des Antrags führen zudem größtenteils nicht zu einer Verbesserung für Patientinnen und Patienten und erscheinen teils deklaratorisch. Zum einen bestehen bereits umfassende Organisationsverantwortungen für Leitungen von medizinischen Einrichtungen. Aufgrund der Komplexität der jeweiligen Anforderungen ergeben sich diese regelmäßig aus der Gesamtschau verschiedenster umfassender Regelungen, die bereits jetzt bei Verstoß haftungsrechtliche Folgen haben können. So gibt etwa die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) die Regelungen für das Risiko- und Fehlermanagement vor. Einer weiteren Klarstellung bedarf es deshalb nicht.

Auch die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation ist bereits jetzt ausreichend gesichert. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Behandlungsakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Bei Zweifeln kann sich der Behandelnde nicht mehr auf die Beweiswirkung der Behandlungsakte berufen. Es besteht deshalb bereits ein Eigeninteresse an der möglichst umfassenden und lückenlosen Dokumentation von Änderungen. Unabhängig davon dürfte die Pflicht zur Kenntlichmachung dahingehend, wer Zugriff auf die Daten genommen und diese ggf. geändert hat, bereits aus datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Protokollierung bestehen. Eine doppelte Verpflichtung ist auch deshalb obsolet.

Auch das Herabsetzen des Beweismaßstabes wird nach Sicht der Bundesärztekammer faktisch nicht zur Stärkung der Patientenrechte führen. Die Rechtsprechung hat bereits ein ausgewogenes und differenziertes System des Arzthaftungsrechts mit einer Vielzahl von Beweiserleichterungen geschaffen. Dieses sollte im Grundsatz beibehalten werden. Das Absenken des Beweismaßstabs von der „vollen Überzeugung“ auf die Wahrscheinlichkeit oder eine generelle Beweislastumkehr würde nicht zu mehr „Gerechtigkeit“ führen. Denn es wäre auch nicht gerechter, wenn Ärztinnen und Ärzte für Schäden haften würden, die sie nicht verursacht haben. Es würde sich zudem die Frage stellen, warum letztlich beim Behandlungsvertrag das Verschuldensprinzip relativiert wird. Denn das Verschuldensprinzip kann auch als Ausfluss der grundgesetzlich geschützten Handlungsfreiheit verstanden werden. Wer sorgfältig handelt, muss keine Haftung befürchten. Eine Absenkung des Beweismaßes würde mithin eine Defensivmedizin befördern und den Schwerpunkt stärker auf eine noch mehr Zeit einnehmende Dokumentation legen. Auch würde das Gesundheitssystem nicht zuletzt durch gestiegene Versicherungsprämien teurer, da Risiken mitversichert werden müssten, die Schäden beinhalten, bei denen der Arzt nicht nachweislich der Verursacher war. Im Extremfall können sehr hohe Versicherungsprämien sogar zu Versorgungsengpässen führen, wie man am Beispiel der Geburtshilfe und der Hebammen gesehen hat.

Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass die Auswahl ärztlicher Sachverständiger in Arzthaftungsverfahren ebenso erfolgt wie die Auswahl Sachverständiger in anderen haftungsrechtlichen Verfahren, in denen die nötige Expertise zur Beantwortung beispielsweise technischer Fragen nicht bei dem Gericht liegt oder liegen kann. Weshalb bei ärztlichen Sachverständigen ein Misstrauen an ihrer Neutralität und Unabhängigkeit konstatiert werden soll, erschließt sich nicht. Gerade vor dem Hintergrund, dass besonders in bestimmten Spezialbereichen nicht viele Sachverständige zur Verfügung stehen, dient es der Verbesserung der Prozessqualität im Sinne der Patientinnen und Patienten mehr, ärztliche Sachverständige zu fördern, statt weitere bürokratische Hürden aufzubauen.