Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)123(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am
11.11.2026 - Patientenrechte
09.11.2026#

Stellungnahme

des Marburger Bund Bundesverbandes

zu dem

Gesetzentwurf der Abgeordneten Linda Heitmann, Dr. Lena Gumnior, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Misbah Kahn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu dem

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Patientenrechtegesetzes

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 09. November 2026

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

Allgemeine Ausführungen

Der Marburger Bund bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und sieht es grundsätzlich positiv, dass über 10 Jahre nach Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ 2013 eine Bewertung der Auswirkungen des damaligen Regelwerkes unter praktischen Gesichtspunkten erfolgt und gleichzeitig die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt werden sollen, so wie es der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode vorsieht.

Wir hatten uns bereits 2012 in Stellungnahmen vom 9. März und 19. Oktober zu dem damaligen Referentenentwurf geäußert und zentrale Forderungen erhoben.

Zum einen hatten wir vorgeschlagen, die Regelungen zum Qualitäts- und Beschwerdemanagement im SGB V auf den ambulanten Bereich zu übertragen. Zum anderen hatten wir gefordert, die Einrichtung eines Entschädigungsfonds oder einer anderen entsprechenden Lösung in Erwägung zu ziehen, um das „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ im Haftungsrecht zumindest bei besonders schweren Fällen aufzufangen und den Patientinnen und Patienten den langwierigen Gang durch die Instanzen mit ungewissem Ausgang zu ersparen. Dieser Vorschlag ist nun aufgegriffen worden in Form einer Prüfung „ergänzender Unterstützungsmechanismen“ und hier insbesondere einer Untersuchung der möglichen Einrichtung eines Härtefallfonds, was wir begrüßen.

Keine zufriedenstellende Lösung sind aus unserer Sicht die im Gesetzentwurf vorgesehenen Eingriffe in die bisherigen ausgewogenen und durch jahrelange höchstrichterliche Rechtsprechung gefestigten Maßgaben der Judikatur in Arzthaftungsfragen, die in ihren Ergebnissen zu keiner Zeit von den juristischen Fachkreisen als defizitär empfunden wurden. Jeder Eingriff in diese komplexe und sorgfältig austarierte Rechtslage, insbesondere durch gesetzliche Änderungen bei den Beweislastgrundsätzen und die Einführung neuer Informations- und Offenbarungspflichten wird neue rechtliche Fragen aufwerfen, deren Beurteilung ihrerseits wieder über die Gerichte erfolgen muss mit – auch für die Patientinnen und Patienten – nicht absehbaren Folgen. Hinzu kommt, dass eine Verschiebung von Haftungsrisiken und Aufstockung von Dokumentationspflichten nicht nur mehr Bürokratie mit sich bringt, sondern die Behandelnden auch zu einer defensiveren Vorgehensweise zwingt und geeignet ist, Haftpflichtversicherungsprämien nach oben zu treiben.

Andere Regelungen des Gesetzentwurfs, wie beispielsweise die Festschreibung struktureller Rahmenbedingungen und Sicherstellungspflichten der Einrichtungen hinsichtlich organisatorischer, personeller und sachlicher Voraussetzungen wie in § 630a Abs. 3 BGB-E oder § 630f Abs.4 BGB-E sind aus unserer Sicht nicht im Behandlungsvertragsrecht, sondern aus systematischen Gründen an anderer Stelle, beispielsweise im Krankenhausrecht oder Notfallversorgungsrecht, anzusiedeln.

Insgesamt würden wir uns statt einer Verschiebung bewährter Haftungsgrundsätze und der Einführung zusätzlicher Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten und damit des Aufbaus von Bürokratie einen eher präventiven Ansatz in dem Sinne wünschen, dass die Rahmenbedingungen, in denen ärztliche Behandlungen stattfinden, verbessert werden. Dies kann beispielsweise durch eine positive Fehlerkultur geschehen, in der unerwünschte Ereignisse nicht sanktioniert, sondern transparent aufgearbeitet werden, aber auch durch die Ausstattung der Einrichtungen mit ausreichenden personellen und sächlichen Ressourcen wie etwa einer leistungsfähigen IT- Infrastruktur.

Eine Behandlung nach Facharztstandard ist umso weniger fehleranfällig, je mehr die Patientinnen und Patienten im Fokus stehen und Behandelnde sich nicht ausufernden

Haftungsrisiken und zusätzlichen bürokratischen Pflichten ohne erkennbaren Mehrwert für die Patientenversorgung ausgesetzt sehen.

Wir nehmen im Folgenden zu aus unserer Sicht besonders relevanten Vorschriften Stellung:

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Art. 1 Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB)

§ 630c Abs. 2 und 3-BGB-E Informations- und Aufklärungspflichten

§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB-E normiert eine neue Pflicht zur standardmäßigen Erstellung, Aushändigung und Aufbewahrung von Patientenbriefen und verweist in der Begründung auf das Innovationsfonds- und Forschungsprojekt „PaSta“. Bei einer gesetzlichen Festschreibung würde die automatisierte Erstellung und Aushändigung laienverständlicher Patientenbriefe in die gesetzliche Regelversorgung überführt.

Wir lehnen das Vorhaben in dieser kategorischen Form ab. Die Behandelnden sollten je nach Anlass selbst entscheiden können, ob die Erstellung eines solchen Briefs sinnvoll ist, um hier nicht insbesondere in Bagatellfällen zusätzlich unnötige Bürokratie aufzubauen.

§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB-E enthält eine unverzügliche Informationspflicht der Behandelnden über einen möglichen Behandlungsfehler oder die naheliegende Möglichkeit eines drittverursachten Schadens. Drittverursacher können auch Hersteller von Arzneimitteln, Medizin- oder Blutprodukten sein. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll Ziel der Vorschrift nicht die zusätzliche Sanktionierung einzelner Behandelnder sein, sondern die Verbesserung von Transparenz, Patientensicherheit und Fehlerprävention.

Allerdings soll eine Haftungsverschärfung nach § 630c Abs. 3 BGB-E nur gegenüber den Behandelnden und nicht gegenüber den Herstellern eintreten. Verstöße gegen die Informationspflicht sollen als beweisrechtliche Konsequenz eine Kausalitätsvermutung auslösen in dem Sinne, dass der Behandlungsfehler bzw. der Einsatz des fehlerhaften Medizin- oder Blutproduktes ursächlich für den entstandenen Gesundheitsschaden sind, sofern die unterlassene Information die Aufklärung des Behandlungsgeschehens wesentlich erschwert hat.

Diese Verpflichtung ist bereits von der in § 630e BGB normierten Selbstbestimmungsaufklärung umfasst und daher nicht nur überflüssig, sondern aufgrund der Doppelung auch geeignet, Wertungswidersprüche bei den Rechtsfolgen zu erzeugen.

Der Marburger Bund lehnt die genannten Regelungen in § 630c Abs. 2 und 3 BGB-E ab. Es ist nicht angemessen und zielführend, Behandelnde mit derart umfassenden zusätzlichen Verpflichtungen zu überziehen, insbesondere wenn es um den Einsatz von Produkten geht, die von Dritten hergestellt und auf den Markt gebracht werden. Ärztinnen und Ärzte trifft im Rahmen des Behandlungsvertrages aus gutem Grund eben keine allgemeine Pflicht zur Überwachung oder Identifizierung von Fehlern in diesem Bereich. Sollte die geplanten Regelungen in Kraft treten, würden sich die Produktbeobachtungspflicht und damit das Haftungsrisiko von den eigentlich zuständigen Herstellern auf die Behandelnden verschieben, was inakzeptabel ist.

§ 630d Abs. 1 S.3 BGB-E Einwilligung

Die Regelung, nach der die Einwilligung auch durch eine fortgeschrittene elektronische Signatur erfolgen kann, ist aus unserer Sicht überflüssig und verwirrend, da es bisher keine Vorgaben für die Form der Signatur gibt und daher auch keine Klarstellung erforderlich ist. Im Gegenteil würde die Normierung eher zu Rechtsunsicherheiten führen, da sich aus der expliziten Aufführung der fortgeschrittenen elektronischen Signatur Zweifel hinsichtlich der Zulässigkeit anderer Einwilligungsformen ergeben könnten. Im Übrigen ist die praktische Umsetzbarkeit unklar.

§ 630f Abs. 1 und 4 BGB-E Dokumentationspflichten Ersteinschätzungsverfahren

Die Neuregelung in Abs. 1 ist aus unserer Sicht unnötig und führt zu Bürokratieaufbau. Auch hier gibt es bisher keine Vorschriften zum Format. Außerdem ist unklar, welcher Erkenntnisgewinn sich daraus ergibt, dass bei Änderungen an der Behandlungsakte erkennbar sein soll, wer diese warum vorgenommen hat.

Die Normierung der Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht für Leitstellen ist aus unserer Sicht rechtssystematisch nicht an dieser Stelle, sondern gegebenenfalls bei den Regelungen zur Notfallversorgung zu verorten.

§ 630g Abs. 1 und 3 BGB-E Einsichtsrecht Patientenakte und Abschriften

Grundsätzlich befürwortet der Marburger Bund die Stärkung der Patientenrechte. Bei den einzelnen in § 630g vorgesehenen Änderungen handelt es sich aber um einen reinen Aufbau der bereits in den Kliniken überbordend vorhandenen Bürokratie.

Dies gilt für zum einen für den Anspruch auf Abschriften von den Änderungs- und Speicherprotokollen der Behandlungsakte. Dieser sollte nur bestehen, sofern es um personen- und behandlungsbezogene und nicht nur um technische oder sonstige Daten geht, die mit dem eigentlichen Behandlungsgeschehen in keinem Zusammenhang stehen. Eine so weitgehende Vorschrift würde sich zu einem allgemeinen Informationsanspruch entwickeln und einem etwaigen gerichtlichen Verfahren vorgreifen.

Unnötige zusätzliche Bürokratie würde aus unserer Sicht auch erzeugt durch die Normierung einer Pflicht der Behandelnden zur schriftlichen Bestätigung der Vollständigkeit der Abschriften, also der Behandlungsakte, der Änderungs- und Speicherprotokolle sowie anderer behandlungsrelevanter Unterlagen wie Hygieneprotokollen. Dies würde im ohnehin bürokratieüberladenen ärztlichen Alltag dazu führen, dass detailliert geprüft werden müsste, ob die – meist durch andere Beschäftigte gefertigten - Kopien tatsächlich lückenlos sind, dies zu anschließend zu Beweiszwecken zu dokumentieren oder die Abschriften selbst zu erstellen. Beides ist aus unserer Sicht nicht zumutbar und auch nicht zielführend, da die Behandelnden in einem möglichen Gerichtsverfahren ohnehin verpflichtet wären, entsprechende Unterlagen vorzulegen.

§ 630h Abs. 6 BGB-E Beweislast und Feststellung der Kausalität

Durch diese Neuregelung wird in Abkehr von der bisherigen Praxis normiert, dass zukünftig in arzthaftungsrechtlichen Streitigkeiten durch die Gerichte für die Feststellung der Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden nicht mehr wie bisher das strenge Beweismaß der vollen richterlichen Überzeugung nach § 286 ZPO, sondern das erleichterte Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach § 287 ZPO anzuwenden sein soll.

Hierdurch möchte man eine „sachgerechte Angleichung an die allgemeinen Grundsätze der Vertragshaftung“ erreichen und der Tatsache Rechnung tragen, dass weder Patientinnen und Patienten noch die Behandelnden in der Lage sind, den hypothetischen Verlauf einer sorgfaltsgemäßen Behandlung vollständig aufzuklären.

Wir haben in der Einführung bereits darauf hingewiesen, dass in der höchstrichterlichen Rechtsprechung eine über Jahrzehnte entwickelte ausdifferenzierte Haftungssystematik einschließlich des Konstrukts des „groben Behandlungsfehlers“ entwickelt wurde, die den berechtigten Interessen beider Seiten aus unserer Sicht ausreichend Rechnung trägt und sich auch bewährt hat. Hinzu kommt, dass auch der Rechtsbegriff der „überwiegenden Wahrscheinlichkeit“ auslegungsbedürftig ist und damit Unwägbarkeiten mit sich bringt.

Aus unserer Sicht würde die geplante Änderung dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte wie auch die Einrichtungen, in denen sie beschäftigt sind, in Zukunft defensiv behandeln und gezwungen sind, mit erhöhtem Aufwand Diagnostik zu betreiben sowie weitere haftungsvermeidende Vorkehrungen zu treffen, die zwangsläufig zu Lasten der eigentlichen Versorgung gehen. Außerdem steht zu erwarten, dass die Haftpflichtversicherer angesichts einer solche grundsätzlichen Änderung in der Systematik durch § 630h BGB-E nicht nur die Höhe ihrer Prämien neugestalten, sondern die bisherigen Policen insgesamt in Frage stellen.

Art. 2 Änderung der Zivilprozessordnung (ZPO)

§ 278a Abs. 1a ZPO-E Durchführung einer Mediation oder eines Güterichterverfahrens

Der Marburger Bund begrüßt das Vorhaben eine gütliche Streitbeilegung zu etablieren, schlägt aber vor, dies als „Muss-„ und nicht nur als „Soll-Vorschrift“ auszugestalten sowie gleichzeitig dem Gericht freie Hand in der Wahl der Vorschläge zu lassen, so dass auch weitere Verfahrensformen in Betracht kommen.

Art. 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 25b Abs. 1 SGB V-E

Mit der Ergänzung dieser Vorschrift um den Zweck der Erkennung von Behandlungsfehlern sollen die Patientensicherheit sowie die Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben der GKV gestärkt werden. Dies soll beinhalten, dass die Krankenkassen ihre Mitglieder nicht nur wie bisher bei der Verfolgung von privatrechtlichen Schadensersatzansprüchen wegen eines Behandlungsfehlers unterstützen, sondern auch die versorgungsbezogenen Daten zum Zweck der Erkennung möglicher Behandlungs- und Pflegefehler auswerten dürfen. Dies soll Hinweise auf Auffälligkeiten liefern, die sonst unentdeckt geblieben wären, und eine frühzeitige Unterstützung und Beratung der Versicherten ermöglichen.

Daneben soll als weiterer positiver Effekt die Auswertung dieser Daten Hinweise auf Fehlerquellen und Risiken im Versorgungskontext liefern sowie helfen, diese abzustellen.

Der Marburger Bund hält die Änderung der Vorschrift aus verschiedenen Gründen für rechtlich unzulässig und zudem nicht zielführend:

Die geplanten neuen Befugnisse der Krankenkassen sind nicht von der Verpflichtung zur Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen in § 66 SGB V gedeckt. Dort geht es gerade nicht um das Aufspüren von Behandlungs- und Pflegefehlern durch die Kassen selbst und die Bewerbung ihrer Beratungsangebote, sondern

um die Unterstützung von Versicherten bei der haftungsrechtlichen Bewertung von Behandlungen und die Hilfe bei der Verfolgung von privatrechtlichen Schadenersatzansprüchen. Es ist zu befürchten, dass aufgrund der Möglichkeit durch die Unterstützung mittels künstlicher Intelligenz eine flächendeckende „Fahndung“ nach potentiellen Behandlungs- und Pflegefehlern entsteht.

Auch kann die Neureglung weder nach Überschrift noch nach Inhalt und Zweck der dortigen Regelungen rechtssystematisch in § 25b Abs.1 SGB V untergebracht werden. Beim nachträglichen Scannen möglicher Behandlungs- und Pflegefehler ginge es eben gerade nicht um den Gesundheitsschutz und die Erkennung möglicher individueller Gesundheitsrisiken, sondern um eine nachträgliche Bewertung von Behandlungs- und Pflegesituationen mit Blick nicht nur auf Regressansprüche der Versicherten, sondern auch auf eigene Schadenersatzansprüche nach § 116 SGB X aus übergegangenen Forderungen.

Diese Konstruktion ist auch nicht mit dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und ihren Patienten vereinbar. Letztere müssen sicher sein können, dass ihre Daten nur aus den gesetzlich beschriebenen Zwecken der gesundheitlichen Versorgung erhoben sowie verarbeitet werden und nicht automatisiert mit Blick auf mögliche Regressforderungen der Krankenkassen ausgewertet werden. Dies würde generelles Misstrauen in die Datenerhebung und -speicherung hervorrufen.

Haftungsrechtliche Verdachtsfälle in großem Ausmaß wären vorprogrammiert, was zu einer weiteren Aushöhlung des Systems führen und für Bürokratieaufbau sorgen würde. Sozialgerichte würden überlastet und Haftpflichtprämien erheblich ansteigen.

Die Regelung ist darüber hinaus auch wegen Unvereinbarkeit mit Art. 9 Abs. 2 DSGVO abzulehnen.