Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)123(9)
gel. VB zur öffent. Anh. am
11.11.2026 - Patientenrechte
09.11.2026

Medizinischer Dienst Bund

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Patientenrechtegesetzes

BT-Drs. 21/6916

vom 9.11.2026

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

Medizinischer Dienst Bund | Willy-Brandt-Platz 5 | 45127 Essen | Telefon: 0201 8327-0 | www.md-bund.de

Medizinischer Dienst
Bund

Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wesentliche Defizite bei der Patientensicherheit und der Durchsetzung von Patientenrechten im Hinblick auf zugrundeliegende strukturelle und organisatorische Versäumnisse aufgegriffen werden. Auch aus Sicht des Medizinischen Dienstes Bund besteht hier ein erheblicher gesetzlicher Handlungs- und Regelungsbedarf. Erforderlich sind verbindliche gesetzliche Anpassungen, die das Erkennen von Sicherheitsrisiken, die systematische Aufarbeitung von Fehlern und die Umsetzung wirksamer Präventionsmaßnahmen sicherstellen.

Besonders bedeutsam sind aus Sicht des Medizinischen Dienstes Bund die Einführung eines bundesweit einheitlichen, verpflichtenden Meldesystems für sogenannte Never Events sowie die gesetzliche Verankerung einer Pflicht zur Offenheit gegenüber Patientinnen und Patienten. Beide Maßnahmen sind fachlich begründet, international erprobt und geeignet, die Patientensicherheit nachhaltig zu verbessern. Sie senden ein starkes Signal, Patientensicherheit stärker in den Fokus zu rücken und tragen dazu bei, die bestehende Sicherheitskultur weiter zu verbessern.

Zur Einführung eines Meldesystems für „Never Events“ in Medizin und Pflege

Vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE) treten regelmäßig in der medizinischen und pflegerischen Versorgung auf. Dabei kommen oftmals Patientinnen und Patienten bzw. pflegebedürftige Menschen zu Schaden. VUE sind in der Regel auf Fehler im Behandlungsprozess zurückzuführen. Sie treten lt. wissenschaftlicher Studien in Deutschland jährlich bei zwischen 340.000 und 680.000 Krankenhauspatienten auf, wobei von 17.000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr durch VUE im Krankenhaus ausgegangen wird.[1]

International werden bestimmte, eindeutig definierbare VUE, die schwerwiegende Schäden bis hin zum Tod verursachen und gleichzeitig durch geeignete Patientensicherheits-Maßnahmen zu vermeiden wären, als „Never Events“ (NE) bezeichnet. Dazu gehören z. B. Seiten- oder Patientenverwechslungen, zurückgelassene Fremdkörper oder Medikationsfehler. Weil NE eindeutig definiert werden können und dort, wo sie passiert sind, leicht zu erkennen sind, sind sie bestens geeignet für eine aufwandsarme und valide Erfassung.

Never Events sind zwar seltene Ereignisse, spielen jedoch eine bedeutende Rolle für die Verbesserung der Patientensicherheit. Sie weisen darauf hin, dass Risiken im Versorgungsprozess bestehen und die Sicherheitsvorkehrungen vor Ort unzureichend sind. Deshalb sind diese Ereignisse für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen von zentraler Bedeutung. Ziel ist es, Fehlerquellen systematisch aufzuspüren, geeignete Präventionsmaßnahmen zu ergreifen und deren Wirksamkeit zu überprüfen. Durch die verpflichtende Meldung bestimmter Schadensereignisse wird eine aktive Auseinandersetzung der meldenden Gesundheitseinrichtung mit dem Ereignis sichergestellt. Zuvor unerkannte fehlerbegünstigende Faktoren werden sichtbar – dies stärkt das Bewusstsein für Risiken und verbessert die Sicherheitskultur vor Ort.

Der internationale Vergleich zeigt, dass Meldesysteme für NE in vielen Ländern bereits etabliert sind. Die WHO hat in ihrem „Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021 – 2030“ vorgegeben, dass spätestens bis zum Jahr 2030 neunzig Prozent der Mitgliedsstaaten – also auch Deutschland – über ein derartiges Meldesystem verfügen sollen.

[1] Berechnung MD Bund bezogen auf 17 Mio. Krankenhausfälle nach Schrappe, Matthias (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit.1. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Die Einführung eines Meldesystems für NE in Deutschland würde eine systematische Fehleranalyse und eine strukturierte Implementierung von Maßnahmen zur gezielten Fehlervermeidung ermöglichen. Dadurch kann die hohe Zahl von Schadensereignissen wirksam bekämpft werden (lt. Studien werden nur drei Prozent der Schäden transparent gemacht, der Rest ist als Dunkelziffer nicht sichtbar).

Der Sachverständigenrat Gesundheit hat in seinem Gutachten aus April 2024 festgestellt, dass von dem zunehmenden Mangel an Fachkräften in der Versorgung erhöhte Risiken für Patientinnen und Patienten im Sinne einer Gefährdung der Patientensicherheit entstehen[2]. Daher ist es folgerichtig, frühzeitig gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit einzuführen. Ein Meldesystem für NE, analog zu vergleichbaren Meldepflichten wie beispielsweise der im Infektionsschutzgesetz verankerten Meldepflicht für bestimmte Gruppen multiresistenter Erreger, ist dabei einfach umzusetzen und angesichts des zu erwartenden Nutzens mit vergleichsweise geringem Aufwand zu implementieren.

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde die Förderung von Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit über den Innovationsfonds ermöglicht. Dadurch soll insbesondere der Aufbau eines nationalen Meldesystems zur anonymen Erfassung von Never Events unterstützt werden.

Dies beinhaltetet auch bei guter Absicht, das Risiko, dass die Umsetzung eines Meldesystems stark verzögert wird, obwohl kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsdefizit vorliegt. Patientinnen und Patienten sollten jedoch schnellstmöglich, ohne weitere Verzögerungen, von einer gestärkten Patientensicherheit profitieren.

Aus Sicht des Medizinischen Dienstes Bund besteht weniger ein grundlegender Erkenntnisbedarf als vielmehr ein Umsetzungsdefizit. Die Förderung zusätzlicher Forschungs- und Entwicklungsvorhaben kann die Einführung eines Meldesystems unterstützen, darf jedoch nicht zum Ersatz für die erforderliche gesetzliche Regelung werden.

Zur Einführung einer „Pflicht zur Offenheit“

Als Pflicht zur Offenheit, engl. „Duty of Candour“, wird die ethische und gesetzliche Verantwortung von Gesundheitsdienstleistern bezeichnet, Fehler und ähnliche sicherheitsrelevante Vorkommnisse, die die Sicherheit von Patientinnen und Patienten beeinträchtigen, transparent und ehrlich zu kommunizieren. Dieser Grundsatz zielt darauf ab, das Vertrauen zwischen Patientinnen und Patienten auf der einen und Gesundheitsdienstleistern auf der anderen Seite zu stärken, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Verantwortlichkeit der Institutionen im Falle des Auftretens vermeidbarer unerwünschter Ereignisse zu fördern.

In vielen Ländern ist die Pflicht zur Offenheit gesetzlich verankert. In Großbritannien etwa wurde mit dem “Health and Social Care Act 2008” eine rechtliche Grundlage geschaffen, die Gesundheitsorganisationen zur Offenlegung von Fehlern und Vorfällen verpflichtet. Diese Verantwortung geht über eine bloße Mitteilung hinaus und erfordert eine aktive und verständliche Kommunikation mit den Betroffenen und ihren Familien.

Deutschland bleibt deutlich hinter solchen Regelungen zurück. In § 630c Absatz 2 Satz 2 BGB besteht eine Informationspflicht Betroffener über einen Umstand, der die Annahme eines Behandlungsfehlers

[2] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Gutachten 2024

begründet, lediglich auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren. Diese Festlegung ignoriert das bestehende Informationsgefälle zwischen Behandelnden sowie Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig würde eine offene Kommunikation von Fehlern fördern, dass Maßnahmen ergriffen werden, um die Wiederholung von Fehlern zu vermeiden. Es ist aus fachlicher Sicht nicht überzeugend, dass Betroffene regelmäßig selbst nach möglichen Behandlungsfehlern fragen müssen, obwohl sie aufgrund des bestehenden Informationsgefälles häufig gar nicht erkennen können, dass ein solcher Fehler in Betracht kommt.

Die Bereitschaft von Leistungserbringern, Fehler offen zu kommunizieren, ist darüber hinaus für eine Verbesserung der Sicherheitskultur wichtig. Nach einer Erhebung der OECD aus dem Jahr 2022 fühlen sich lediglich 52 % der Befragten in den OECD-Mitgliedsstaaten durch die Klinikleitung ermutigt, vermeidbare unerwünschte Ereignisse offen gegenüber Kolleg/innen und Vorgesetzten zu thematisieren und nur 41 % sind überzeugt, dass das Berichten von Fehlern keine negativen persönlichen Konsequenzen für den Meldenden birgt. Dabei wäre dies eine grundlegende Voraussetzung für mehr Offenheit und Transparenz Betroffenen gegenüber.

Fazit:

Die Pflicht zur Offenheit fördert Transparenz, Vertrauen und Qualitätssicherung im Gesundheitssystem, indem die individuelle Patientensicherheit zu erhöht und eine langfristige Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Systemeffizienz bewirkt wird.

Die Pflicht des Behandelnden, Tatsachen mitzuteilen, die das Vorliegen eines Behandlungsfehlers möglich oder naheliegend erscheinen lassen, sollte künftig deshalb generell, auch ohne Nachfrage der Betroffenen, bestehen.