Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)123(11)
gel. VB zur öffent. Anh. am
11.11.2026 - Patientenrechte
10.11.2026

Stellungnahme

Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

09.11.2026

zum
Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS90/ DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Patientenrechtegesetzes
Drucksache 21/6916

anlässlich der öffentlichen Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit
am 11. November 2026

■ Der PKV-Verband begrüßt das Ziel, die Patientensicherheit zu stärken und Geschädigten die Durchsetzung berechtigter Ansprüche zu erleichtern. Richtig ist auch der Ansatz, die organisatorischen und strukturellen Ursachen von Behandlungsfehlern stärker in den Blick zu nehmen.

■ Der Entwurf setzt vor allem auf Haftungsverschärfungen und neue Bürokratie statt auf wirksame Fehlervermeidung. Für eine erfolgreiche Prävention von Behandlungsfehlern braucht es eine bessere Fehlerkultur und ein systematisches Risiko- und Fehlermanagement in medizinischen Einrichtungen. Diese Punkte werden im Gesetzentwurf nicht ausreichend adressiert.

■ Der Entwurf regelt die datengestützte Fehlererkennung im Rahmen des § 25b SGB V für die gesetzlichen Krankenkassen. Für Privatversicherte braucht es eine gleichwertige Rechtsgrundlage, damit auch private Krankenversicherer auf diesem Weg ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern unterstützen und vorhandene Daten dafür auswerten dürfen.

■ Die Absenkung des Beweismaßes für die Kausalität auch bei einfachen Behandlungsfehlern verschiebt das Gleichgewicht im Arzthaftungsrecht grundlegend. Vermutungen und Plausibilitätserwägungen gewinnen dadurch an Gewicht; Unsicherheitsfaktoren und das Risiko von Fehlentscheidungen nehmen zu. Die Folge sind steigende Haftpflichtprämien und Folgekosten, die am Ende von den Versicherten getragen werden müssen. Vor einer solchen gravierenden Änderung braucht es eine belastbare Folgenabschätzung.

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

I. Allgemeine Anmerkungen

Der Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN soll die 2013 mit dem Patientenrechtegesetz eingeführten Regelungen zum Behandlungsvertrag (§§ 630a bis 630h BGB) weiterentwickeln. Im Mittelpunkt stehen sechs Maßnahmen:

- Verankerung der Organisationsverantwortung der Leitung medizinischer Einrichtungen
- Erweiterung der Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, etwa durch einen Patientenbrief und eine Pflicht zur Fehlerinformation
- Erweitertes Recht der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen auf Akteneinsicht
- Stärkung der Beweisposition der Patientinnen und Patienten durch Vermutungsregeln und ein abgesenktes Beweismaß beim Kausalitätsnachweis
- Qualitätsanforderungen an medizinische Sachverständige und Förderung der Mediation in der Zivilprozessordnung
- Verbindliche Unterstützungspflichten der gesetzlichen Krankenkassen

Zudem soll im Rahmen einer nach fünf Jahren durchzuführenden Evaluation der gesetzlichen Regelungen geprüft werden, ob ein Härtefall- oder Entschädigungsfonds eingerichtet werden soll.

Aus Sicht des PKV-Verbands ist das Ziel stärkerer Patientenrechte grundsätzlich zu begrüßen. Patientensicherheit liegt im unmittelbaren Interesse der Versicherten und der Kostenträger. Zutreffend stellt der Entwurf fest, dass Behandlungsfehler häufig nicht allein auf individuellem Fehlverhalten beruhen. Ihre Ursachen liegen oft in Organisation, Personalausstattung und Strukturen der Einrichtungen. Die gewählten Instrumente setzen jedoch überwiegend nachträglich an, also bei Haftung, Beweislast und Dokumentation. Fehler werden dadurch kaum vermieden. Stattdessen entstehen neue bürokratische Pflichten, die der Entwurf weder quantifiziert noch refinanziert.

Anstatt die unzureichende Fehlerkultur im deutschen Gesundheitswesen direkt zu adressieren, setzt der Gesetzentwurf auf einen indirekten Weg: Es wird davon ausgegangen, dass stärkere haftungsrechtliche Verantwortlichkeit zu einer stärkeren Fehlerkultur in medizinischen Einrichtungen führen wird. Dies klingt logisch, ist aber eine Kette aus mehreren Annahmen, die in ihrer Abfolge so nicht eintreten müssen. Was außer Acht bleibt: Die Grundlage für eine erfolgreiche Fehlerkultur ist Vertrauen, nicht Misstrauen. Eine gute Fehlerkultur lässt sich nicht verordnen und sie entsteht auch nicht als Nebenprodukt von Haftungsregeln. Fehlerkultur wächst dort, wo Fehler als Informationen betrachtet werden und nicht als Makel. Sanktionen führen dagegen zu Vertuschung und schreiben Fehler einzelnen Personen zu, anstatt organisatorische und kulturelle Faktoren in den Blick zu nehmen. Hier sollte angesetzt und der Gesetzentwurf entsprechend ergänzt werden.

II. Kommentierungen

1. Datenauswertung zur Erkennung von Behandlungsfehlern

Gesetzliche Krankenkassen sollen künftig die ihnen vorliegenden versorgungsbezogenen Daten zur Erkennung von Behandlungs- und Pflegefehlern auswerten dürfen (Art. 3 Nr. 1, § 25b Abs. 1 Nr. 7 SGB V-E). Für die PKV fehlt eine vergleichbare Rechtsgrundlage. Privatversicherte würden damit bei der Aufklärung und Durchsetzung ihrer Ansprüche schlechter gestellt als gesetzlich Versicherte. Der PKV-Verband hat bereits zum Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) eine eigenständige Datenverarbeitungsbefugnis für die Privatversicherten im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gefordert. Diese Forderung gilt hier gleichermaßen.

2. Vermutungswirkung bei der Organisationsverantwortung

Die Organisationsverantwortung der Leitung (Art. 1 Nr. 1, § 630a Abs. 3 BGB-E) ist im Grundsatz richtig angelegt. Offen bleibt jedoch, wen die Regelung adressiert: den Träger, die Geschäftsführung, die ärztliche Leitung oder die Chefärztinnen und Chefärzte. Begriffe wie „bedarfsgerecht“ und ein nicht abschließender Pflichtenkatalog überlassen die Maßstäbe der Einzelfallrechtsprechung. Nach der Begründung handelt es sich ohnehin um bereits geltende Pflichten. Die eigentliche Neuerung liegt in der Vermutungswirkung. Der Entwurf sollte daher klar auf den Träger abstellen und die Pflichten an bestehende verbindliche Vorgaben knüpfen, etwa Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Personaluntergrenzen oder Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO). Wer diese Vorgaben nachweislich einhält, muss von der Vermutung ausgenommen sein.

3. Ausweitung bürokratischer Vorgaben

Die neuen Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten (Art. 1 Nr. 2 bis 6, §§ 630c bis 630g BGB-E) gehen weit über das erforderliche Maß hinaus. Die Pflicht zu einem Patientenbrief, der „nach der Behandlung standardmäßig“ erstellt werden soll, gilt unterschiedslos für alle Sektoren und für jede Behandlung. Die Pflicht, unaufgefordert über „erkennbare“ Fehler zu informieren, ist unbestimmt und mit Beweisnachteilen bewehrt (§ 630c Abs. 3 BGB-E). Gleiches gilt für Aufklärungspflichten über einrichtungsbezogene Risiken und Standardabweichungen. Hinzu kommen Dokumentationspflichten für Leitstellen in der Notfallversorgung, eine schriftliche Bestätigung der Vollständigkeit der Akte und ein Einsichtsrecht in organisatorische Unterlagen. All dies bindet wertvolle Zeit, die anschließend in der Versorgung fehlt. Stattdessen sollte auf bewährte Instrumente gesetzt werden, damit Informationen im Interesse der Patientinnen und Patienten zwischen den behandelnden Einrichtungen ausgetauscht werden können. Diese werden durch die aktuelle Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen weiter ausgebaut. Hierzu gehören etwa Entlassbriefe aus dem Krankenhaus, der elektronische Medikationsplan oder die elektronische Patientenakte.

4. Änderungen im Beweisrecht

Das Beweisrecht soll grundlegend geändert werden (Art. 1 Nr. 7, § 630h BGB-E). Der Entwurf sieht eine Vermutung bei Nichtbeachtung der KRINKO-Empfehlungen vor. Hinzu kommt eine Vermutung, dass die Dokumentation zugunsten der Patientinnen und Patienten richtig ist. Für die Kausalität soll künftig das Beweismaß des § 287 ZPO gelten, auch bei einfachen Behandlungsfehlern. Der PKV-Verband erkennt die Beweisnot geschädigter Patientinnen und Patienten an. Eine Vermutung, die nur zugunsten einer Seite wirkt, entwertet jedoch die Dokumentation als objektive Quelle. Sie führt eher zu defensiver Überdokumentation als zu besserer Versorgung. Die Absenkung des Beweismaßes verändert die Haftungsrisiken in der gesamten Versorgung. Ihre Folgen für Haftpflichtprämien, Versicherbarkeit und Vergütung werden im Gesetzentwurf nicht thematisiert.

5. Qualitätsanforderungen an medizinische Sachverständige

Die Qualitätsanforderungen an medizinische Sachverständige (Art. 2 Nr. 2, § 404b ZPO-E) und die frühzeitige Information über Mediation und Güterichterverfahren (Art. 2 Nr. 1, § 278a ZPO-E) sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings kritisiert der Entwurf die Nähe der Gutachter zum Berufsstand und überträgt die Verfahrensordnung dennoch der Bundesärztekammer. Das ist widersprüchlich. Qualitätsstandards sollten durch ein pluralistisch besetztes Gremium oder durch Rechtsverordnung festgelegt werden.

6. Mehr Prävention von Behandlungsfehlern statt Haftungsverlagerung

Weniger Behandlungsfehler entstehen vor allem durch ein funktionierendes Risiko- und Fehlermanagement in den medizinischen Einrichtungen. Es braucht eine bessere Fehlerkultur im Gesundheitswesen und sanktionsfreie Lernsysteme für die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Eine ausreichende Personalausstattung und verbindliche Strukturvorgaben, die auch eingehalten werden, sind dabei essenziell. Nicht entscheidend sind dagegen zusätzliche Haftungs- und Dokumentationspflichten. Diese würden die Bürokratie im Gesundheitswesen weiter ausbauen, obwohl sie dringend reduziert werden muss. Der PKV-Verband unterstützt Instrumente wie ein Never-Event-Register und mehr Transparenz über die Qualität von Einrichtungen. Voraussetzung ist, dass Fehlermeldungen im Sinne eines lernenden Systems verwendet werden und nicht als Sanktionierung oder Haftungsbeweis.

7. Härtefall- oder Entschädigungsfonds

Der Fonds ist im Normtext nicht geregelt. Der Entwurf benennt ihn jedoch im Abschnitt „Lösung“ und in der Begründung als Prüfauftrag einer Evaluation. Der PKV-Verband lehnt die Einrichtung eines solchen Fonds ab. Er bricht mit dem Prinzip, dass der individuelle Schädiger für den Schaden einsteht, und schwächt die präventive Funktion der Haftung. Zudem würde der Fonds eine Privilegierung von Patienten gegenüber sonstigen Unfallopfern u. ä. schaffen. Davon abgesehen würde ein solcher Fonds ggf. Entschädigungen leisten (müssen), die deutlich unter dem Entschädigungsniveau des Haftungsrechts bleiben würden.

8. Erfüllungsaufwand und Inkrafttreten

Der Entwurf räumt zusätzlichen Erfüllungsaufwand bei Einrichtungen, Justiz und Verwaltung ein, hält ihn aber für nicht quantifizierbar. An anderer Stelle bezeichnet er ihn als „begrenzt“. Eine Reform dieser Tragweite braucht eine belastbare Gesetzesfolgenabschätzung. Notwendig sind außerdem angemessene Übergangsfristen, insbesondere für IT- und Dokumentationspflichten. Ein Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung (Art. 4) lässt Einrichtungen und Versicherern keine Zeit zur Umstellung.