Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)123(12)
gel. VB zur öffent. Anh. am
11.11.2026 - Patientenrechte
10.11.2026

BKK® Dachverband

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 56
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-200
FAX (030) 2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 09.11.2026

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Änderung des Patientenrechtegesetzes (BT-Drs. 21/6916)

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

Inhalt

I. VORBEMERKUNG _____ 3

II. DETAILKOMMENTIERUNG _____ 4

Artikel 3 _____ **4**

Zu Nr. 1: § 25b SGB V 4

Zu Nr. 2: § 66 SGB V 5

I. VORBEMERKUNG

Der BKK Dachverband begrüßt das Anliegen, die Rechte von Patientinnen und Patienten zu stärken, vermeidbare Behandlungsfehler frühzeitig zu erkennen und die Aufklärung möglicher Versorgungsschäden zu erleichtern. Eine verlässliche Fehlerkultur, eine hohe Patientensicherheit und der sachgerechte Umgang mit Versorgungsdaten liegen gleichermaßen im Interesse der Versicherten und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die vorliegende Bewertung beschränkt sich auf Artikel 3 des Gesetzentwurfs (BT-Drs. 21/6916), soweit darin § 25b und § 66 SGB V geändert werden sollen. Beide Vorschriften sind miteinander verknüpft: Die erweiterte Möglichkeit der datengestützten Fehlererkennung soll mit einer Pflicht zur aktiven Information der Versicherten und einer ausgeweiteten Unterstützung bei der Anspruchsverfolgung verbunden werden.

Die vorgeschlagene Erweiterung der zulässigen Datennutzung in § 25b SGB V ist geeignet, die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Interesse der Patientensicherheit zu verbessern. Die praktische Aussagekraft von Abrechnungs- und Versorgungsdaten für den Nachweis eines konkreten Behandlungs- oder Pflegefehlers ist jedoch begrenzt. Datenbasierte Auffälligkeiten begründen nicht ohne Weiteres einen medizinisch oder rechtlich bestätigten Fehler.

Bei § 66 SGB V ist zwischen der bereits bestehenden Regelverpflichtung zur Unterstützung und den tatsächlich neuen Aufgaben zu unterscheiden. Insbesondere die aktive Information auf Grundlage von Datenanalysen sowie die Erweiterung der anspruchsberechtigten Personenkreise und Schadenskonstellationen erfordern eine klare Aufgabenabgrenzung, rechtssichere Verfahren und eine realistische Bewertung des Erfüllungsaufwands. Zusätzliche Pflichten dürfen nicht ohne entsprechende Umsetzungsfristen und eine tragfähige Aufwandsschätzung eingeführt werden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 3

Zu Nr. 1: § 25b SGB V

Mit der Ergänzung des § 25b Absatz 1 SGB V um eine neue Nummer 7 soll die datengestützte Erkennung von Behandlungs- und Pflegefehlern als weiterer Auswertungszweck eröffnet werden (BT-Drs. 21/6916, S. 10 und 29). Dies kann dazu beitragen, bislang unerkannte Auffälligkeiten im Versorgungsgeschehen zu identifizieren und die Betroffenen frühzeitig auf bestehende Unterstützungsangebote hinzuweisen.

Bewertung:

Der Ansatz wird begrüßt. Für eine belastbare Umsetzung ist allerdings zu berücksichtigen, dass Abrechnungsdaten keinen vollständigen Einblick in Behandlungsentscheidungen, individuelle Krankheitsverläufe und Ursachen möglicher Schäden ermöglichen. Das Auftreten einer Komplikation ist nicht mit einem Behandlungsfehler gleichzusetzen. Eine automatisierte Auffälligkeitserkennung bedarf daher einer qualifizierten fachlichen Prüfung, bevor auf dieser Grundlage individuelle Fehlervorwürfe kommuniziert werden.

Hinzu kommt, dass finale Abrechnungsdaten teilweise verspätet vorliegen, datengestützte Auswertungen daher häufig erst mit erheblichem Zeitverzug vorliegen. Darum sollten die Kranken- und Pflegekassen perspektivisch tagesaktuelle Versorgungsdaten erhalten und nutzen dürfen.

Zudem ist das Verhältnis zu den bestehenden Voraussetzungen des § 25b SGB V, insbesondere zu Zweckbindung, Informationspflichten und Widerspruchsrechten, eindeutig zu regeln. Der Erkennungszweck unterscheidet sich von der bislang im Mittelpunkt stehenden Identifikation individueller Gesundheitsrisiken – und damit potentieller, künftiger Schäden – auch dadurch, dass ein möglicherweise bereits eingetretener Schaden bewertet werden soll.

Eine Abstimmung mit dem GeDIG ist erforderlich: Auch dieses Vorhaben sieht eine neue Nummer 7 in § 25b Absatz 1 SGB V vor. Widersprüchliche Fassungen sind zu vermeiden.

Zu Nr. 2: § 66 SGB V

Der Gesetzentwurf ersetzt in § 66 Satz 1 SGB V das Wort „sollen“ durch „müssen“, das bedeutet, Krankenkassen müssen ihre Versicherten künftig bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen. Darüber hinaus bleibt der Anspruch auf Unterstützung auch bei einem Krankenkassenwechsel oder nach dem Tod eines Versicherten bestehen und wird auf die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen bei Schäden durch Arzneimittel oder Medizinprodukte erweitert. Ergänzend sollen Krankenkassen auf unabhängige Beratungs- und Beschwerdestellen hinweisen und Versicherte bei offensichtlichen Anhaltspunkten für einen möglichen Behandlungs- oder Aufklärungsfehler mit nicht unerheblichem Schaden aktiv unterrichten (BT-Drs. 21/6916, S. 10–11 und 29).

Bewertung:

Zu begrüßen sind eine bessere Kontinuität der Unterstützung und die niedrigschwellige Information über unabhängige Beratungsangebote.

Besonders sorgfältig zu prüfen ist die neue aktive Hinweispflicht in § 66 Sätze 7 und 8 neu. Die Formulierung „offensichtliche Anhaltspunkte“ sowie die Schwelle eines „nicht unerheblichen Schadens“ lassen offen, wann eine Kasse zur Information verpflichtet ist und welche vorgelagerte medizinische Plausibilisierung erwartet wird. Unbestätigte Hinweise könnten Versicherte verunsichern und das Vertrauensverhältnis zu Behandelnden beeinträchtigen. Zugleich können zusätzliche Prüf-, Dokumentations- und Kommunikationspflichten entstehen. Eine Pflicht zur umfassenden Suche nach jedem möglichen Behandlungsfehler lässt sich aus dem Wortlaut nicht ausdrücklich ableiten; dies sollte klargestellt werden.

Der Entwurf enthält keine belastbare Abschätzung des hiermit bei den Krankenkassen und gegebenenfalls beim Medizinischen Dienst entstehenden zusätzlichen Aufwands. Für die operative Umsetzung sind klare Verfahrensstandards und angemessene Übergangsfristen notwendig. Die bereits bestehenden Unterstützungsinstrumente einschließlich der sozialmedizinischen Begutachtung sollten dabei sachgerecht einbezogen werden.

§ 66 Satz 3 und Satz 4 (Unterstützung von Hinterbliebenen und sonstigen gesetzlichen Vertretern) erweitert die Unterstützungspflicht der Krankenkassen über den Tod des Versicherten hinaus auf die Hinterbliebenen oder sonstige gesetzliche Vertreter. Dies

lehnen wir ab, da es sich bei der Unterstützung nach § 66 SGB V um eine versichertenbezogene Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Ein Bedürfnis für die Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf Hinterbliebene und sonstige gesetzliche Vertreter ist nicht erforderlich. Die Durchsetzung von Ansprüchen der Hinterbliebenen (meist Erben) ist ebenso wenig Aufgabe der Sozialversicherung, wie die Durchsetzung eigenständiger zivilrechtlicher Ansprüche Dritter, etwa von Hinterbliebenen nach § 844 BGB.

Auch inhaltlich wirft die Regelung Fragezeichen auf: müssen Versicherte zu Lebzeiten bereits einen Antrag auf Unterstützung nach § 19 Satz 1 SGB IV gestellt haben, können Hinterbliebene und sonstige gesetzliche Vertreter erstmals nach dem Tod des Versicherten Unterstützungsleistungen beanspruchen? Wer ist der anspruchsberechtigte Personenkreis?

Die klarstellende Erweiterung des § 66 Satz 5 (Schäden durch Arzneimittel und Medizinprodukte) auf Schadensersatzansprüche wegen Schäden durch Arzneimittel oder Medizinprodukte wird begrüßt. Sie greift Fallgestaltungen auf, in denen Krankenkassen bereits heute Unterstützungsleistungen erbringen. Der Wortlaut des neuen Satz 8 bestätigt, dass auch die Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen wegen Aufklärungsmängeln vom Anspruch umfasst ist.