Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)123(13)
gel. SV zur öffent. Anh. am
11.11.2026 - Patientenrechte
10.11.2026

Universität zu Köln

Universität zu Köln • Institut für Medizinrecht • Albertus-Magnus-Platz • D-50923 Köln

Rechtswissenschaftliche Fakultät

Institut für Medizinrecht
& Professur für Bürgerliches Recht und Zivilprozessrecht

Prof. Dr. Christian Katzenmeier
Institutsdirektor

Telefon: +49 (0)221 470 1400
Telefax: +49 (0)221 470 1401
E-Mail: medizinrecht@uni-koeln.de
Internet: www.medizinrecht.uni-koeln.de

Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit

Sachverständigenanhörung am 11.11.2026

Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Patientenrechtegesetzes

BT-Drucksache 21/6916 vom 7. Juli 2026

A. Zusammenfassende Bewertung

Der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Patientenrechtegesetzes verfolgt ein wichtiges und grundsätzlich unterstützenswertes Anliegen. Mehr als zehn Jahre nach Inkrafttreten der §§ 630a ff. BGB ist es sachgerecht, die Erfahrungen mit dem Patientenrechtegesetz auszuwerten und zu prüfen, ob die bestehenden Regelungen den tatsächlichen Strukturen moderner medizinischer Versorgung noch hinreichend Rechnung tragen.

Insbes. drei Anliegen des Gesetzentwurfs verdienen nähere Betrachtung:

- Die stärkere Berücksichtigung institutioneller und organisatorischer **Verantwortlichkeit medizinischer Einrichtungen**
- Die Verbesserung der **Transparenz** und **Informationsrechte** von Patientinnen und Patienten
- Eine Überprüfung der tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten der Patienten bei der **Durchsetzung von Ansprüchen** wegen fehlerhafter medizinischer Behandlung.

Diese Anliegen bedeuten zentrale Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens. Medizinische Behandlung ist heute in hohem Maße arbeitsteilig, spezialisiert und institutionell organisiert. Behandlungsfehler lassen sich deshalb häufig nicht allein auf individuelles Fehlverhalten zurückführen. Sie können ebenso auf unzureichender Organisation, mangelhafter Kommunikation, unzureichender Personalausstattung oder strukturellen Defiziten beruhen.

Auch die Informations- und Wissensasymmetrie zwischen Behandelnden und Patienten ist eine reale Herausforderung. Der Patient verfügt regelmäßig weder über die medizinischen Kenntnisse noch über die tatsächlichen Informationen, die erforderlich sind, um den Behandlungsverlauf eigenständig zu beurteilen und mögliche Fehlerursachen zu erkennen.

Postadresse:
Albertus-Magnus-Platz
D-50923 Köln

Besucheradresse:
SSC, Universitätsstraße 22a
D-50937 Köln

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

Gleichwohl begegnen wesentliche Regelungsvorschläge des Gesetzentwurfs erheblichen **dogmatischen, systematischen und praktischen Bedenken**.

Dies gilt insbesondere für:

- die Ausgestaltung der Organisationsverantwortung in § 630a Abs. 3 BGB-E
- die Kausalitätsvermutung bei Verletzung der Fehleroffenbarungspflicht nach § 630c Abs. 3 BGB-E
- die Erweiterung der einrichtungsbezogenen Aufklärung nach § 630e BGB-E
- die Vermutung der Richtigkeit dokumentierter Maßnahmen nach § 630h Abs. 3 BGB-E
- die generelle Anwendung des reduzierten Beweismaßes des § 287 ZPO auf die haftungsbegründende Kausalität nach § 630h Abs. 6 BGB-E
- die Ausgestaltung der Anforderungen an medizinische Sachverständige nach § 404b ZPO-E.

Die wesentliche Kritik richtet sich dabei nicht gegen das Ziel einer Stärkung der Patientenrechte, sondern gegen die teilweise **undifferenzierte Verknüpfung von Informationspflichten, Dokumentationsanforderungen, Beweislastverschiebungen und materieller Haftung**. Eine Reform muss auf einer klaren Unterscheidung der verschiedenen Regelungsmechanismen aufbauen, statt die Grundlagen haftungsrechtlicher Zurechnung ohne hinreichende Differenzierung zu verändern.

B. Regelungsvorschläge im Einzelnen

I. Zur Organisationsverantwortung medizinischer Einrichtungen, § 630a Abs. 3 BGB-E

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird zu Recht darauf hingewiesen, dass Behandlungsfehler häufig nicht ausschließlich auf individuelle Fehlentscheidungen zurückzuführen sind. Sie können vielmehr durch organisatorische Rahmenbedingungen verursacht oder begünstigt werden. Hintergrund ist die zunehmende Arbeitsteilung in der Medizin mit notwendigen Kooperationen, gesteigertem Koordinationsaufwand und daraus resultierenden Risiken und Gefahren für Patienten.[1]

1. Bestehende Organisationsverantwortung

Die getroffene Aussage, die Verantwortung werde bislang häufig „allein dem unmittelbar behandelnden medizinischen Personal zugerechnet“, ist nicht richtig. Als Vertragspartner des Patienten werden der medizinischen Einrichtung Pflichtverletzungen der angestellten Ärzte und weiterer Hilfspersonen als deren Erfüllungsgehilfen nach **§ 278 Satz 1 BGB** zugerechnet. Außervertraglich haftet die medizinische Einrichtung nach **§ 831 Abs. 1 Satz 1 BGB** für vermutetes eigenes Auswahl- und Überwachungsverschulden. Die Pflichten sind streng, die in § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB vorgesehene, rechtspolitisch zweifelhafte Entlastungsmöglichkeit gelingt so gut wie nie, sie bereitet in der Praxis keine Probleme. Für leitende Ärzte haftet die

[1] Dazu *Katzenmeier*, in: Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 9. Aufl. 2026, § 10 Rn. 41 ff., 46 ff.

medizinische Einrichtung ohnedies unbedingt **analog § 31 BGB**. Daneben treffen medizinische Einrichtungen weitreichende Organisationspflichten zur Gewährleistung der Patientensicherheit in allen Phasen der Behandlung. Versäumnisse begründen eine Haftung unmittelbar aus **§ 823 Abs. 1 BGB**.[2]

Bestimmte Organisationspflichten im Gesetzestext konkret zu benennen, empfiehlt sich nicht. Die Rechtsprechung gestaltet das Pflichtenprogramm entsprechend den Bedürfnissen des Rechtsverkehrs mittels der bewährten Verkehrspflichtdogmatik aus. Eine allzu detaillierte gesetzliche Regelung engt die Interpretationsspielräume ein und erschwert die Rechtsfortbildung durch die Gerichte (s. unter D.).

2. Regelungstechnik

Im Übrigen ist § 630a Abs. 3 BGB-E regelungstechnisch missglückt. Die Vorschrift „vermutet" eine Pflicht der Leitung des Krankenhauses oder einer sonstigen medizinischen Einrichtung. Das Bestehen einer Rechtspflicht wird aber nicht vermutet. Vermutet werden kann, dass eine bestehende Pflicht verletzt wurde. Das ist etwa der Fall, wenn sich ein voll beherrschbares Risiko verwirklicht hat. Risiken aus dem Organisationsbereich sind in der Regel voll beherrschbar, so dass zugunsten des anspruchstellenden Patienten die Vermutung des § 630h Abs. 1 BGB greift.[3]

Vertragspartner ist der Träger, nicht die „Leitung" eines Krankenhauses oder einer sonstigen medizinischen Einrichtung. Offen bleibt, ob eine eigene Haftung der Leitungspersonen gemeint ist. Mit „bedarfsgerechter personeller Ausstattung" knüpft die Norm zudem an Fachkräftemangel und Finanzierung an, die ein Träger oft nicht allein steuern kann, und überführt diese in eine individuelle Vertragspflicht.

3. Notwendige Differenzierung der Verantwortlichkeit

Die Organisationsverantwortung von medizinischen Einrichtungen ist nach geltendem Recht weitreichend, ihre Begründung bereitet auch in der Praxis keine Probleme. Es besteht kein Reformbedarf. Im Gegenteil könnte eine ohne Notwendigkeit ausdrücklich hervorgehobene und besonders betonte Organisationsverantwortung der medizinischen Einrichtung Zweifel an der Verantwortung des Behandlungsteams für Zusammenarbeit, Kommunikation und Delegation sowie der **persönlichen Einstandspflicht** des angestellten Arztes für ihm unterlaufende Fehler aufkommen lassen. Es wäre aber – nicht zuletzt aus Präventionsgründen – falsch, dem unmittelbar Fehlbehandelnden nicht nur einen **Freistellungsanspruch** gegen seinen Arbeitgeber (die medizinische Einrichtung) zuzusprechen, sondern ihn von vornherein aus der Haftung gegenüber dem Geschädigten zu entlassen.[4]

---

[2] *Hart*, in: Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler/Ströttchen, Heidelberger Kommentar Medizin- und Gesundheitsrecht (HK-MG), 92. Lfg. Mai 2023, Nr. 3948 Organisationsfehler, Rn. 1 ff. mwN.

[3] Dazu *Katzenmeier*, in: Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 9. Aufl. 2026, § 11 Rn. 128 ff.

[4] *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 127 ff., 141 f.; *ders.*, in: FS Preis, 2021, S. 571 ff.

II. Zur Erweiterung der Informationspflichten, § 630c BGB-E

1. Informations-/Aufklärungspflichten

Durch die Ergänzung der wirtschaftlichen Informationspflicht in **Abs. 4 Satz 3** kommt es nach Abs. 2 Satz 1 zu weiteren **Überschneidungen** mit den Anforderungen an die Selbstbestimmungsaufklärung nach **§ 630e Abs. 1 Satz 1 und 2 BGB**. Therapeutische Information, wirtschaftliche Information und Selbstbestimmungsaufklärung müssen aber nicht zuletzt wegen unterschiedlicher beweisrechtlicher Folgen dogmatisch auseinandergehalten werden. Der Behandelnde schuldet nicht in jedem Fall eine umfassende Erläuterung sämtlicher individueller Nutzen-Risiko-Verhältnisse.

2. Verpflichtende Patientenbriefe

Die in **Abs. 2 Satz 2** bestimmte standardmäßige Erstellung und Aushändigung von **Patientenbriefen** kann die Information und die Kontinuität der Behandlung verbessern. Eine undifferenzierte Verpflichtung nach jeder Behandlung erscheint allerdings unverhältnismäßig. Der **Informationsbedarf** unterscheidet sich erheblich zwischen einem ambulanten Routinekontakt, einer komplexen stationären Behandlung und einem operativen Eingriff. Sinnvoller wäre eine Verpflichtung, die sich an der Bedeutung der Behandlung, ihrer Komplexität und dem konkreten Informationsbedarf des Patienten orientiert. Eine zusätzliche Dokumentationspflicht sollte nicht zum Selbstzweck werden.

3. Fehleroffenbarungspflicht

Die in **Abs. 2 Satz 3** vorgesehene Verpflichtung, Patienten auch dann, wenn ihnen **keine gesundheitlichen Gefahren drohen**, **nachfrageunabhängig** über erkennbare Behandlungsfehler und drittverursachte Risiken zu informieren, entspricht dem modernen Verständnis patientenorientierter Medizin.[5] Allerdings bedarf die konkrete Ausgestaltung einer differenzierten Betrachtung.

Der unverändert übernommene, unbestimmte **Erkennbarkeitsmaßstab** gewinnt durch die neue Rechtsfolge in Abs. 3 erheblich an Gewicht, umso dringlicher ist seine **Präzisierung**. Medizinische Behandlungsergebnisse lassen sich nicht immer unmittelbar als fehlerhaft oder fehlerfrei einordnen. Zwischen einer unvermeidbaren Komplikation, einem zunächst ungeklärten Schadensereignis und einem Behandlungsfehler bestehen erhebliche Unterschiede. Setzt eine Informationspflicht bereits bei einem hinreichend konkreten Verdacht ein, muss klargestellt werden, dass der Behandelnde zunächst über das Schadensereignis und die erkennbaren Umstände informiert, ohne bereits eine abschließende Bewertung vorzunehmen.

Der Entwurf möchte eine offene Fehlerkultur erreichen. Es könnte aber einen gegenläufigen Effekt haben, wenn jede vorläufige Fehlererkenntnis unmittelbar eine mit weiteren beweisrechtlichen Sanktionen bewehrte Informationspflicht auslöst. Hier ist eine sorgfältige Abstimmung mit klinischen Risikomanagement- und CIRS-Systemen erforderlich.

---

[5] Die Begründung zum PatRG, BT-Drs. 17/10488, S. 21, sprach sich gegen eine über die gesundheitliche Sorge hinausgehende, umfassende Fürsorgepflicht des Arztes aus.

4. Kausalitätsvermutung

Die in **Abs. 3** vorgesehene **Kausalitätsvermutung** ist kritisch. Nach dem Entwurf wird vermutet, dass der offen zu legende Umstand für das Entstehen oder die Aufrechterhaltung des geltend gemachten Gesundheitsschadens ursächlich war, sofern der Patient darlegt, dass die unterbliebene Information die Aufklärung des Behandlungsgeschehens wesentlich erschwert hat. Es werden zwei unterschiedliche Fragen miteinander verknüpft: Die Frage, ob ein (möglicher) Behandlungsfehler den Gesundheitsschaden verursacht hat, mit der Frage, ob die unterlassene Information die Aufklärung des Behandlungsgeschehens erschwert hat.

Die Verletzung einer Informationspflicht kann durchaus eigenständige haftungsrechtliche Folgen haben. Sie kann insbesondere dann für eine weitere Gesundheitsbeeinträchtigung ursächlich sein, wenn der Patient infolge der unterlassenen Information eine erforderliche Gegenmaßnahme nicht ergreifen konnte. Daraus folgt aber nicht ohne Weiteres, dass auch die Kausalität des ursprünglichen Behandlungsfehlers vermutet werden darf. Abs. 3 liefe auf eine generelle Beweislastumkehr bzgl. der haftungsbegründenden Kausalität durch die Hintertür hinaus, wenn man mit einem Behandlungsfehler regelmäßig auch die Pflicht zur Information darüber als verletzt ansieht, weil diese unabhängig von einer Gesundheitsgefahr oder Nachfrage des Patienten bestehen soll.

Die Regelung droht damit, eine Informationspflichtverletzung zu einem Instrument der Beweislastumkehr hinsichtlich eines anderen haftungsbegründenden Umstands zu machen – sogar bei möglicher Drittverursachung (Einsatz eines fehlerhaften Arzneimittels, Medizin- oder Blutprodukts). Das ist **systematisch nicht überzeugend**. Die Rechtsfolgen einer Informationspflichtverletzung müssen sich danach richten, ob die unterlassene Information eine weitere Gesundheitsbeeinträchtigung verursacht oder die Beweisführung über die Ursächlichkeit einer bereits eingetretenen Verletzung vereitelt beziehungsweise erheblich erschwert hat.

Die Kausalitätsvermutung des § 630c Abs. 3 BGB-E ist nicht angemessen. In Betracht kommt eine differenzierte Regelung über die Folgen einer schuldhaften Beeinträchtigung der Beweisführung (richtig verortet in § 630h BGB).

III. Elektronische Einwilligung, § 630d BGB-E

Die Möglichkeit einer Einwilligung durch fortgeschrittene elektronische Signatur ist grundsätzlich sinnvoll für telemedizinische Behandlungen. Erachtet man eine gesetzliche Regelung für angezeigt, müsste allerdings klargestellt werden, dass die elektronische Signatur lediglich eine mögliche Art der Einwilligungserklärung darstellt, aber weder die ordnungsgemäße Aufklärung noch die Einwilligungsfähigkeit des Patienten oder die tatsächliche Selbstbestimmungsentscheidung ersetzt.

IV. Zur einrichtungsbezogenen Aufklärung, § 630e BGB-E

Die Erweiterung der Aufklärung in Abs. 1 Satz 3 auf Alternativen zur einrichtungsspezifischen Behandlungssituation ist ein besonders weitreichender Reformvorschlag. Der Patient soll künftig auch über **erreichbare Behandlungsausstattungen** informiert werden, wenn diese zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Das Anliegen, Patienten eine selbstbestimmte Entscheidung über ihre Behandlung zu ermöglichen, ist berechtigt. Eine Pflicht des behandelnden Arztes, die Leistungsfähigkeit unterschiedlicher Einrichtungen umfassend zu vergleichen, wirft indes schwierige **Abgrenzungsfragen** auf, so z.B. welche anderen Einrichtungen berücksichtigt werden müssen, welche Recherchepflicht den behandelnden Arzt trifft, welche Bedeutung Spezialisierungen und Fallzahlen haben, wie mit unterschiedlichen technischen Ausstattungen umzugehen ist, wer die Verantwortung für die Richtigkeit der Informationen über andere Einrichtungen trägt usw.

Die ärztliche Aufklärungspflicht sollte sich auf solche einrichtungsbezogenen Umstände erstrecken, die für die konkrete Behandlungsentscheidung wesentlich und dem Behandelnden bekannt oder ohne unverhältnismäßigen Aufwand erkennbar sind. Weitergehende Informationen bieten **öffentlich abrufbare strukturierte Qualitätsberichte**, vgl. insbesondere § 136a Abs. 6, 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. 6 und 7 SGB V. Etwa Klinik-Suchmaschinen der Krankenkassen oder die Referenzdatenbank des G-BA lassen sich nutzerfreundlicher gestalten.

Besonders problematisch ist die vorgesehene Aufklärung, wenn eine Behandlung nicht entsprechend den allgemein anerkannten fachlichen Standards erfolgen kann. Eine Aufklärung kann eine **Behandlung unterhalb des geschuldeten Standards** nicht legitimieren. Der Patient kann nicht wirksam in eine Behandlung einwilligen, die der Arzt aus fachlichen Gründen nicht durchführen darf. Hier müsste klargestellt werden, dass die Aufklärungspflicht die Verpflichtung zur standardgerechten Behandlung nicht relativiert.

V. Audiovisuelle Dokumentation und Leitstellen, § 630f BGB-E

Eine audiovisuelle Dokumentation kann in bestimmten medizinischen Situationen sinnvoll sein. Sie bedarf jedoch einer sorgfältigen datenschutzrechtlichen Ausgestaltung. Insbesondere müssen Voraussetzungen der Aufzeichnung, Zweckbindung, Zugriffsrechte, Speicherdauer und Löschung geregelt werden.

Der Gesetzentwurf sieht in **Abs. 4** die Normierung von Dokumentationspflichten für **medizinische Leitstellen** vor. Öffentlich-rechtliche Behördenpflichten sind aber nicht im privaten Behandlungsvertragsrecht zu regeln. Bei Normierungen (ggfs. in den Rettungsdienstgesetzen der Länder) müssen die vorgeschriebene zehnjährige Aufbewahrung und der Einsatz standardisierter softwaregestützter Ersteinschätzungsverfahren mit den bestehenden rettungsdienst- und datenschutzrechtlichen Regelungen abgestimmt werden.

VI. Zur Erweiterung des Einsichtsrechts, § 630g BGB-E

Die vorgesehene Ausweitung des Einsichtsrechts in die Behandlungsakte ist zu begrüßen. Insbesondere der **Zugang zu Änderungs- und Speicherprotokollen elektronischer Behandlungsakten** (sog. Metadaten) kann dazu beitragen, die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation zu verbessern.[6]

Nachvollziehbar ist auch die Erstreckung des Einsichtsrechts auf Hygienepläne und **weitere Unterlagen**, hinsichtlich derer ein Zusammenhang mit der Behandlung bestehen kann. Die Formulierung ist allerdings sehr weit, sie kann auch interne Unterlagen und Dokumente mit personenbezogenen Daten Dritter erfassen. Hier bedarf es einer klaren **Abgrenzung** zwischen dem berechtigten Informationsinteresse des Patienten – nicht Ausforschung des Anspruchsgegners, eine solche ist unzulässig[7] – und **schutzwürdigen Interessen der Einrichtung sowie anderer Personen**.

Die vorgeschlagene Regelung in **Abs. 4**, wonach bei unberechtigter Verweigerung oder unvollständiger Aktenvorlage die **Verjährung** gem. §§ 195, 199 Abs. 1 BGB frühestens mit vollständiger Einsichtsgewähr beginnt, erscheint plausibel. Allerdings bedeutet eine unvollständige Behandlungsakte nicht notwendig, dass der Patient keine ausreichende Kenntnis von den anspruchsbegründenden Tatsachen und der Person des Schuldners hat. Sachgerechter wäre ein Hemmungstatbestand für die Dauer der unberechtigten Verweigerung.

VII. Zu den beweisrechtlichen Änderungen des § 630h BGB-E

Die vorgesehenen Änderungen des § 630h BGB betreffen den Kern des Arzthaftungsrechts. Die Verbesserung der Beweisposition von Patienten ist ein legitimes Reformziel. Allerdings muss zwischen struktureller Beweisnot und medizinisch bedingter Unaufklärbarkeit unterschieden werden.

1. Vermutung bei Verstößen gegen Hygieneempfehlungen, § 630h Abs. 1 Satz 2 BGB-E

Bei Hygienemängeln hat die Rechtsprechung mit Bejahung einer erweiterten **„sekundären Darlegungslast“** der Behandlungsseite eine Lösung gefunden, die dem Wissensdefizit des Patienten Rechnung trägt und ihm gute Erfolgsaussichten im Haftungsprozess gewährt.[8] Der Gesetzentwurf verkennt die Bedeutung der Rechtsprechung, die Fehlervermutung in Abs. 1 Satz 2 bleibt hinter der judiziellen Hilfe mit einer Geständnisfiktion nach **§ 138 Abs. 2 und 3 ZPO** zurück, welche eine Beweisführung erübrigt.

Die vorgeschlagene Regelung knüpft an die Nichtbeachtung von KRINKO- und ART-Empfehlungen an. Die Bedeutung dieser Empfehlungen für die medizinische Praxis steht außer Frage. Allerdings handelt es sich nicht um Rechtsnormen. Ihre Nichtbeachtung kann ein wichtiges Indiz für einen Hygienefehler sein, darf aber

---

[6] *Heynemann*, MedR 2024, 788; *Brocks*, MedR 2026, 599; abl. LG Hamburg, MedR 2026, 982, 985; LG Köln, MedR 2026, 1107, 1108.

[7] *Thole*, in: Stein, ZPO-Komm., 24. Aufl. 2026, § 284 Rn. 48 ff.

[8] BGHZ 221, 139 = MedR 2019, 649 mAnm *Lorz*; BGH, MedR 2020, 924; zur Rechtsprechung s. *Bollweg/Wächter*, in: FS Hart, 2020, 1 ff.; *Katzenmeier*, MedR 2020, 900 ff.

nicht schematisch mit einem Behandlungsfehler gleichgesetzt werden. Es muss möglich bleiben, medizinisch vertretbare Abweichungen im konkreten Einzelfall zu berücksichtigen.

2. Vermutung der Richtigkeit dokumentierter Maßnahmen, § 630h Abs. 3 BGB-E

Problematisch erscheint die vorgeschlagene Vermutung, dass der Inhalt dokumentierter Maßnahmen zugunsten des Patienten als richtig unterstellt wird, sofern der Behandelnde nicht das Gegenteil nachweist.

Die Dokumentation erfüllt faktisch eine wichtige Beweisfunktion.[9] Sie darf aber nicht zu einer pauschalen gesetzlichen Vermutungswirkung führen, die sämtliche dokumentierte Inhalte erfasst.[10] Das könnte zu knapper oder defensiver Dokumentation verleiten, obwohl der Entwurf mehr Dokumentation wünscht. Zu unterscheiden ist zwischen objektiv feststellbaren Tatsachen, subjektiven Wahrnehmungen, medizinischen Bewertungen und vorläufigen Einschätzungen. Eine dokumentierte Messung kann eine andere Beweisqualität besitzen als die Einschätzung, ein Patient habe sich in einem bestimmten Zustand befunden. Auch automatisiert erzeugte Einträge und nachträgliche Ergänzungen bedürfen einer eigenständigen Bewertung. Die **freie richterliche Beweiswürdigung** muss erhalten bleiben.

Eine sachgerechte Reform sollte daher die Nachvollziehbarkeit und Authentizität der Dokumentation stärken, nicht aber ihren gesamten Inhalt mit einer einseitigen Vermutungswirkung versehen.

3. Generelle Anwendung des § 287 ZPO auf die haftungsbegründende Kausalität, § 630h Abs. 6 BGB-E

Die geforderte Beweismaßreduktion ist keine bloße prozessuale Korrektur einer Informationsasymmetrie, sie würde vielmehr die materielle **Risikoverteilung des Arzthaftungsrechts** weitreichend verändern. Zwei Situationen müssen unterschieden werden.

- Der Kausalitätsnachweis scheitert, weil notwendige Informationen aus der Sphäre des Behandelnden fehlen.
- Der Kausalitätsnachweis scheitert, weil der medizinische Ursachenzusammenhang auch bei vollständiger Information nicht zuverlässig festgestellt werden kann, etwa weil die Gesundheitsbeeinträchtigung möglicherweise auf einer schicksalhaften Weiterentwicklung der Krankheit des Patienten beruht.

Im ersten Fall können gezielte Beweiserleichterungen gerechtfertigt sein. Im zweiten Fall geht es um eine bewusste Zuweisung des Risikos medizinischer Ungewissheit.

Der Entwurf differenziert zwischen diesen Konstellationen nicht hinreichend.

---

[9] Die Dokumentation zielt aber nicht deshalb auf Beweissicherung für den Haftungsprozess ab, s. nur etwa BGHZ 229, 331, 337 f. = NJW 2021, 2364, 2365 mwN.

[10] *Katzenmeier*, in: BeckOK-BGB, 80. Ed. 1.11.2026, § 630h Rn. 46; aA bereits de lege lata *Wagner*, in: MüKo-BGB, 9. Aufl. 2023, § 630h Rn. 67.

Das geltende Recht trägt diesem Unterschied Rechnung. Bei der Arzthaftung geht es um den Schutz des Lebens, des Köpers und der Gesundheit des Patienten. Die Verletzung eines dieser Rechtsgüter ist der **Haftungsgrund**. Das gilt nicht nur für das den deliktischen Anspruch nach § 823 Abs. 1 BGB, sondern kommt auch im Vertragsrecht insbesondere in § 630h BGB, der gegenüber § 280 Abs. 1 BGB beweisrechtlich spezielleren Norm, klar zum Ausdruck. Nach dem Gesetz, nach ständiger Rechtsprechung und nach herrschender Lehre unterfällt die haftungsbegründende Kausalität zwischen der Pflichtverletzung des Behandelnden und der Gesundheitsbeeinträchtigung des Patienten dem **Regelbeweismaß des § 286 Abs. 1 Satz 1 ZPO**, welcher die richterliche Wahrheitsüberzeugung fordert.[11] Der Behandelnde soll nicht haften müssen für nur mögliche, aber nicht feststehende Kausalverläufe. Das dem Anspruchsteller günstigere Beweismaß des **§ 287 ZPO** gilt nur hinsichtlich der **Haftungsausfüllung**, also hinsichtlich der aus der Rechtsgutsverletzung resultierenden Schäden (wobei die Gerichte auch hier oftmals eine deutlich überwiegende Wahrscheinlichkeit fordern).

Das strenge Beweismaß des § 286 ZPO ist im Prozess eine hohe Hürde. Man kann über weitergehende Vergünstigungen nachdenken. Eine Beweismaßreduktion aber ist **auch de lege ferenda nicht der richtige Weg**.

Das Überwiegensprinzip begegnet zunächst schon gewichtigen **Praktikabilitätsbedenken**. In aller Regel können Wahrscheinlichkeiten beim gerichtlichen Beweis nur in groben Werten ermittelt werden. Dazu aufgerufen wären bei der Beurteilung von Behandlungsgeschehen die medizinischen Sachverständigen, wodurch ihre Stellung im Arzthaftungsprozess nochmals aufgewertet würde. Tatsächlich führt das Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu einer großen Unsicherheit in der richterlichen Sachverhaltsfeststellung und damit zu Zweifeln an der Richtigkeit der Entscheidungsfindung.

Ein konsequentes Zu-Ende-Denken des Überwiegensprinzips müsste zudem dazu führen, dass auch das Prozessergebnis entsprechend der jeweils ermittelten Wahrscheinlichkeit zu teilen wäre.[12] Auch bei hoher Wahrscheinlichkeit hätte der Patient im Falle einer solchen probabilistischen **Proportionalhaftung** einen gewissen „**Selbstbehalt**“ zu tragen. Das aber wäre nicht nur der Ausgleichsfunktion des Haftungsrechts abträglich, es bestünde die Gefahr, dass an die Stelle einer rechtsklaren Lösung eine prozessual zu größeren Erschwernissen führende Praxis tritt.

Sodann verkennt die Argumentation, es sei „gerechter nach dem jeweils Wahrscheinlicheren zu urteilen“, das **Wesen von Beweislastentscheidungen** grundsätzlich. Beweislastregeln beruhen auf sachlichen Gründen. Es sind

---

[11] St. Rspr., deutlich BGH, NJW 1987, 705, 706 und h.L., s. nur etwa *Thole*, in: Stein, ZPO-Komm., 24. Aufl. 2026, § 287 Rn. 14 f.; *Greger*, in Zöller, ZPO-Komm., 36. Aufl. 2025, § 287 Rn. 3; *Laumen*, in: Prütting/Gehrlein, ZPO-Komm., 18. Aufl. 2026, § 287 Rn. 7 mwN; **a.A.** *Wagner*, in: MüKo-BGB, 9. Aufl. 2023, § 630h Rn. 133; *Gutmann*, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630h Rn. 222 u. 224. Dazu bereits SV-Anhörung im Dt. BT, Ausschuss für Gesundheit, v. 25.3.2026 zu BT-Dr. 21/3796 mit schriftlicher Stellungnahme *Katzenmeier*; s. auch bereits *ders*., Arzthaftung, 2002, S. 503 ff.; *ders*., MedR 2023, 118, 120 ff. mwN.

[12] Dafür *Wagner*, in: MüKo-BGB, 9. Aufl. 2023, § 630h Rn. 135.

materielle Gerechtigkeitserwägungen, die auch den auf sie gestützten Entscheidungen einen eigenen Gerechtigkeitswert verleihen. Das von dem Gesetzgeber durchdachte, fein ausdifferenzierte und von Rechtsprechung und Rechtswissenschaft entsprechend den Verkehrsbedürfnissen fortentwickelte **Beweislastsystem** ist im Ergebnis besser geeignet, den widerstreitenden Interessen von Kläger und Beklagtem gerecht zu werden, als Entscheidungen nach überwiegender Wahrscheinlichkeit.

Schließlich stünde zu befürchten, dass eine Verpflichtung des Arztes zum Ersatz von Schäden, die er nicht sicher, sondern nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit verursacht hat, zu einer **Ausuferung der materiell-rechtlichen Anspruchsgrundlagen** führt – zumal in der Kombination mit Beweislastumkehrungen nach Abs. 4 und 5 für die Fälle, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht festgestellt werden kann. Das Resultat einer Beweismaßreduzierung im Arzthaftpflichtprozess wäre eine weitere Haftungsverschärfung und Schadensverlagerung auf die Behandlungsseite, für die jede Rechtfertigung fehlt. Schon heute droht die Gefahr einer **Defensivmedizin**. Soll der Haftpflichtversicherungsschutz von Ärzten auch in den Hochrisikofächern finanzierbar bleiben, darf der Bogen nicht überspannt werden.

In letzter Konsequenz zielt das Konzept der Wahrscheinlichkeitshaftung auf eine Umgestaltung des Haftungsrechts von einem System, das Unrechtsschäden ersetzt, zu einem System, das Menschen für die Konfrontation mit einem Risiko entschädigt und damit Unglücksfälle ausgleicht. Werden aber nicht verursachte Schäden ersetzt, sondern bloße Gefahrerhöhungen sanktioniert, bedeutet dies einen **Systembruch**. Dem Haftungsrecht würde partiell eine Funktion zugewiesen, die das **Sozialrecht** zu erfüllen hat. Das Sozialrecht gewährt Unfallopfern Leistungen unabhängig von der Verantwortlichkeit eines Schädigers, es dient der Absicherung des Geschädigten, erfüllt eine Versorgungsfunktion.

Vorschlag: Eine generelle Erstreckung des § 287 ZPO auf die haftungsbegründende Kausalität ist abzulehnen. Stattdessen sollten die bestehenden Beweiserleichterungen gezielt für Fallgruppen struktureller Informations- und Beweisnot weiterentwickelt werden.

VIII. Zu den Anforderungen an medizinische Sachverständige, § 404b ZPO-E

Die Qualität und Unabhängigkeit medizinischer Sachverständigengutachten ist für die Funktionsfähigkeit des Arzthaftungsprozesses von zentraler Bedeutung. Die vorgeschlagene Einführung verbindlicher Qualifikations- und Transparenzanforderungen ist deshalb grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist die konkrete Ausgestaltung problematisch.

1. Medizinrechtliche Zusatzqualifikation

Der Entwurf verlangt eine von der zuständigen Ärztekammer geprüfte Zusatzqualifikation in medizinrechtlicher Begutachtung. Eine solche Qualifikation kann sinnvoll sein. Sie sollte aber nicht schematisch zur zwingenden Voraussetzung jeder gerichtlichen Begutachtung werden.

Entscheidend muss die fachliche Eignung für die konkrete **medizinische Fragestellung** sein. Eine medizinrechtliche Zusatzqualifikation garantiert nicht die Qualität des medizinischen Gutachtens. Umgekehrt kann ein hochqualifizierter medizinischer Sachverständiger auch ohne eine solche Zusatzqualifikation ein hervorragendes Gutachten erstatten. Die Qualifikationsanforderungen sollten deshalb differenziert ausgestaltet werden.

2. Rolle der Bundesärztekammer

Besonders kritisch ist die vorgesehene zentrale Rolle der Bundesärztekammer bei der Festlegung von Auswahlverfahren und verbindlichen Begutachtungsleitlinien. Die Bundesärztekammer ist eine wichtige Institution der ärztlichen Selbstverwaltung. Als nicht rechtsfähiger Verein hat sie aber keine Rechtsetzungsbefugnis. Die Entwicklung verbindlicher Standards für gerichtliche Sachverständige ist nicht ausschließlich einer **berufsständischen Organisation** zu überlassen. Erforderlich wäre ein pluralistisch besetztes Gremium unter Beteiligung von Medizin, Rechtswissenschaft, Justiz, Patientenvertretungen und unabhängigen Sachverständigen.

3. Wahrung der richterlichen Verantwortung

Die Auswahl des Sachverständigen ist eine gerichtliche Aufgabe. Die gesetzliche Festlegung von Mindestqualifikationen und Transparenzanforderungen ist legitim. Sie darf aber nicht dazu führen, dass die **richterliche Auswahlverantwortung** unangemessen eingeschränkt wird. Auch Zufalls- und Rotationsverfahren sind nicht in jedem Fall geeignet, den jeweils fachlich besten Sachverständigen zu gewährleisten. Die Auswahl muss sich an der konkreten medizinischen Fragestellung orientieren.

4. Trennung medizinischer und rechtlicher Bewertung

Besonders wichtig ist die Abgrenzung zwischen medizinischer Sachverhaltsbeurteilung und rechtlicher Bewertung. Der Sachverständige kann beurteilen, welche medizinischen Standards galten und ob die Behandlung diesen Anforderungen entsprach. Die **rechtliche Bewertung**, ob eine Pflichtverletzung vorliegt und wem sie zuzurechnen ist, bleibt **Aufgabe des Gerichts**. Dies gilt insbesondere für die Bewertung von Organisationsverschulden.[13]

Vorschlag: Die Einführung verbindlicher Qualifikations- und Transparenzanforderungen sollte unterstützt werden. Die Entwicklung der Standards sollte aber einem unabhängigen, pluralistisch besetzten Gremium übertragen werden. Die richterliche Auswahlverantwortung und die Trennung zwischen medizinischer und rechtlicher Bewertung müssen ausdrücklich gewahrt bleiben.

[13] *Katzenmeier*, in: Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 9. Aufl. 2026, § 12 Rn. 5 ff.; zu den multidisziplinären und multiprofessionellen Standards guter Organisation ebd. § 10 Rn. 42.

IX. Mediation und Güterichterverfahren, § 278a ZPO-E

Die Förderung außergerichtlicher Streitbeilegung ist grundsätzlich zu begrüßen. Gerade Arzthaftungsstreitigkeiten sind häufig mit erheblichen persönlichen und emotionalen Belastungen verbunden. Eine **einvernehmliche Konfliktlösung** kann deshalb im Interesse aller Beteiligten liegen. Eine nähere Betrachtung aber zeigt, dass Mediation – die nur dann sinnvoll sein kann, wenn eine ausreichende Informationsgrundlage besteht und die Parteien tatsächlich auf Augenhöhe verhandeln können – in der überwiegenden Zahl der Arzt-Patienten-Streitigkeiten, in denen der Patient einen finanziellen Ausgleich für erlittene Behandlungsschäden anstrebt, zunächst nicht zielführend ist. Hier gilt es, den Sachverhalt zu ermitteln und die **Haftungsfrage zu klären**, um eine Regulierung durch den **Haftpflichtversicherer** (5.2 AHB 2016; A1-4.2 AVB Arzt 2020) zu erreichen.

Steht eine Haftung dem Grunde nach aber fest, so kann es hinsichtlich der **Höhe des Anspruchs** sinnvoll sein, ein Mediationsverfahren anzuschließen, etwa hinsichtlich Dauerschäden und zukünftig entstehender Schadenspositionen. Insgesamt gut geeignet für eine Mediation sind die Fälle, in denen es dem Patienten letztlich nicht um Schadensersatz geht, sondern um Erklärung und Entschuldigung für das Geschehene. Im verwissenschaftlichten, technisierten und spezialisierten Medizinbetrieb sind **Kommunikationsdefizite** nicht selten zu beklagen. Patienten haben das Bedürfnis nach einer angemessenen Entschuldigung für die Vorenthaltung von Informationen, für eine Verkürzung oder Nichtbeachtung ihres Rechts auf Selbstbestimmung.[14]

X. Unterstützung durch Krankenkassen, §§ 25b, 66 SGB V-E

Eine Stärkung der Unterstützung der Patienten durch die Krankenkassen ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings muss die Reichweite der Unterstützungspflicht nach **§ 66 SGB V** – der durch das PatRG von einer „Kann-“ in eine „Soll-“ Vorschrift geändert wurde – **präzisiert** werden.[15] Zu unterscheiden sind medizinische Begutachtung, Beweissicherung, sozialrechtliche Beratung und anwaltliche Rechtsberatung. Sowohl bei der abstrakten Ausgestaltung des § 66 SGB V durch den Gesetzgeber als auch bei der konkreten Auswahlentscheidung der Krankenkasse ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen nicht ausschließlich Interessenvertreter ihrer Versicherten, sondern darüber hinaus im austarierten GKV-System auch Vertragspartner der Ärzteschaft sind.

Bei einer Reform des **§ 25b SGB V** müssten die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen einer systematischen Auswertung von Versorgungsdaten zur Erkennung von Behandlungsfehlern nach **Art. 9 DSGVO** hinreichend bestimmt geregelt werden.

---

[14] *Katzenmeier*, NJW 2008, 1116 ff.; zu den Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen *ders*., AnwBl 2008, 819 ff.; *Riedel*, MedR 2022, 12 ff.

[15] Eingehend dazu *Katzenmeier/Jansen*, GKV-Unterstützung bei Behandlungsfehlerverdacht, Rechtsgutachten im Auftrag des BMG, erstattet 2016; Reform des § 66 SGB V durch G. v. 4.4.2017; dazu *dies*., NZS 2017, 761 ff.

C. Übergreifende rechtspolitische Erwägungen

Patientenrechte und ärztliche Verantwortung sind **keine Gegensätze**. Beide dienen demselben Ziel: einer medizinischen Versorgung, die sich an den Interessen, der Würde und der Selbstbestimmung des Patienten orientiert und zugleich auf fachlicher Qualität, verantwortlicher Organisation und gegenseitigem Vertrauen beruht. Eine Reform, die diesem Anspruch gerecht werden will, muss Patientenschutz und Versorgungssicherheit zusammendenken.

Die Einzelkritik führt zu der grundsätzlichen Frage, welches **Verständnis von Patientenrechten und ärztlicher Verantwortung** der Gesetzgeber künftig zugrunde legen soll. Der Gesetzentwurf setzt auf die Erweiterung von Informations- und Dokumentationspflichten sowie auf eine Verbesserung der haftungsrechtlichen Durchsetzung. Das ist zu einseitig.

1. Patientenschutz ist mehr als Schadenskompensation

Eine Reform des Patientenrechtegesetzes sollte nicht nur die nachträgliche Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen verbessern, sondern auch die Voraussetzungen einer sicheren medizinischen Versorgung stärken. Die Verbesserung der **Patientensicherheit**[16] erfordert vor allem angemessene Personalausstattung, funktionierende Organisationsstrukturen, ausreichende Zeit für die Behandlung, interprofessionelle Zusammenarbeit, offene Fehlerkultur, wirksames Risikomanagement, sachgerechte technische Ausstattung. Haftungsrechtliche Sanktionen können hierzu einen Beitrag leisten.[17] Sie können aber strukturelle Defizite nicht beseitigen, wenn es an finanziellen und personellen Ressourcen fehlt.

2. Gefahr einer defensiven Medizin

Eine Kombination aus zusätzlichen Dokumentationspflichten, erweiterten Informationspflichten und weitreichenden Beweiserleichterungen kann unerwünschte Anreizwirkungen entfalten. Es besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zunehmend unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung haftungsrechtlicher Risiken getroffen werden. **Defensive Medizin** kann sowohl zu Überversorgung als auch zur Vermeidung medizinisch sinnvoller, aber risikobehafteter Behandlungen führen. Der Gesetzgeber sollte diese möglichen Auswirkungen berücksichtigen. Das bedeutet nicht, auf notwendige Haftungsregeln zu verzichten. Es bedeutet vielmehr, die Verhältnismäßigkeit und die tatsächlichen Auswirkungen jeder zusätzlichen Pflicht sorgfältig zu prüfen.

---

[16] Dazu *Hart* in MedR 2007, 383 ff.; 2012, 1 ff.; 2019, 509 ff.; 2022, 709 ff.; *ders.*, in: Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler/Ströttchen, HK-MG, 94. Lfg. Nov. 2023, Nr. 4015, Rn. 25 ff., 53 ff.
[17] *Hart*, MedR 2026, 923 ff.; MedR 2027, Heft 1.

3. Individualverantwortung und institutionelle Verantwortung

Die moderne Medizin verlangt ein **differenziertes Verantwortungsverständnis**. Der Arzt bleibt für seine medizinischen Entscheidungen verantwortlich. Das Behandlungsteam trägt Verantwortung für Zusammenarbeit und Kommunikation. Der Einrichtungsträger muss die organisatorischen Voraussetzungen einer fachgerechten Behandlung gewährleisten. Diese Verantwortungsebenen müssen aufeinander abgestimmt werden.

Infolge der **Digitalisierung** und des **Einsatzes künstlicher Intelligenz** wird die Differenzierung künftig weiter an Bedeutung gewinnen. Die Verantwortung für die Auswahl, Implementierung, Überwachung und sichere Nutzung technischer Systeme kann nicht allein dem behandelnden Arzt zugewiesen werden. Eine moderne Organisationsverantwortung muss deshalb auch die digitale Infrastruktur der medizinischen Versorgung erfassen. Neben der Arzthaftung wird die – jüngst u.a. durch Offenlegungspflichten und weitreichende Fehler- und Kausalitätsvermutungen verschärfte – **Produkthaftung**[18] an Bedeutung gewinnen.[19]

D. Reformvorschläge

Bei allen Forderungen nach einer Fortschreibung des Behandlungsvertragsrechts ist stets zu bedenken, dass durch weitergehende Normierungen und Konkretisierungen der §§ 630a-h BGB der Interpretationsspielraum der Rechtsprechung zunehmend eingeengt werden kann.[20] **Allzu detaillierte gesetzliche Festschreibungen** aber tragen oftmals weniger zur Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bei, als dass sie die so wichtige **judizielle Fortbildung der Patientenrechte** entsprechend den Bedürfnissen des Rechtsverkehrs erschweren und behindern.[21]

Aus den vorstehenden Erwägungen ergeben sich folgende **Empfehlungen**:

1. Organisationsverantwortung: Die institutionelle Verantwortung des Einrichtungsträgers ist weitreichend und unterliegt rechtlich keinen Zweifeln. Es besteht kein Regelungsbedarf. Wollte man diese gleichwohl gesetzlich regeln, müsste zwischen der Haftung des Trägers und der persönlichen Verantwortung von Leitungspersonen unterschieden werden. Die persönliche Verantwortung unmittelbar Fehlbehandelnder dürfte nicht in Zweifel gezogen werden.

---

[18] Gesetz zur Modernisierung des Produkthaftungsrechts und zur Änderung weiterer Vorschriften, BGBl. 2026 I Nr. 321 v. 27.10.2026, Inkrafttreten 9.12.2026; s. dazu bereits die Kommentierung NK-BGB/*Katzenmeier/Jansen*, Bd. 2/3, 5. Aufl. 2027, ProdHaftG; monographisch *Voigt*, Produkthaftung, 2026.

[19] *Katzenmeier*, MedR 2021, 859 ff. Zum Rechtsrahmen für KI in der Gesundheitsversorgung *ders.*, NJW 2025, 3673 ff.; grds. zu den durch die Digitalisierung der Medizin aufgeworfenen Rechtsfragen *ders*., MedR 2019, 259 ff.

[20] *Katzenmeier*, MedR 2023, 118, 120; *Knetsch*, MedR 2027, 1 ff.; zu den Leistungen der Rechtsprechung s. auch bereits *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 77 ff.

[21] Explizit BGHZ 224, 256, 269 = NJW 2020, 1211, 1214: Versteinerung der Patientenrechte.

2. Fehleroffenbarungspflicht: Soll die Informationspflicht über erkennbare Behandlungsfehler erweitert werden, indem sie nachfrageunabhängig auch dann besteht, wenn dem Patienten keine gesundheitlichen Gefahren drohen, müssen der Erkennbarkeitsmaßstab und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung klarer bestimmt werden. Die Rechtsfolgen müssten sich danach richten, ob die unterlassene Information eine weitere Gesundheitsbeeinträchtigung verursacht oder die Beweisführung über die Ursächlichkeit einer bereits eingetretenen Verletzung vereitelt oder erheblich erschwert hat.

3. Einrichtungsbezogene Aufklärung: Wird die Aufklärungspflicht erweitert, sollte diese auf wesentliche, für die konkrete Behandlungsentscheidung relevante und dem Behandelnden bekannte oder zumutbar erkennbare Umstände beschränkt werden.

4. Einsichtsrecht: Der Zugang zu Änderungsprotokollen und relevanten Organisationsunterlagen ist zu verbessern. Dabei sind Datenschutz und berechtigte Geheimhaltungsinteressen zu berücksichtigen.

5. Beweisrecht: Die Vermutung der Richtigkeit dokumentierter Maßnahmen sollte in der vorgeschlagenen pauschalen Form nicht übernommen werden.

Eine Beweismaßreduktion bezüglich der haftungsbegründenden Kausalität ist abzulehnen. Stattdessen sollten gezielte Beweiserleichterungen bei struktureller Beweisnot entwickelt werden.

6. Sachverständigenwesen: Qualifikations- und Transparenzanforderungen sind sinnvoll. Die Festlegung verbindlicher Standards sollte aber einem unabhängigen, pluralistisch besetzten Gremium übertragen werden. Die richterliche Sachverständigenauswahl muss gewahrt bleiben.

7. Patientensicherheit: Neben haftungsrechtlichen Maßnahmen müssen in erster Linie die strukturellen Voraussetzungen sicherer medizinischer Versorgung verbessert werden. Dazu gehören insbesondere Personal, Qualitätssicherung, Risikomanagement und eine funktionierende digitale Infrastruktur.

Köln, den 8. November 2026 Prof. Dr. Christian Katzenmeier