Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2026

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Patientenrechtegesetzes

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Stellungnahme

Der Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Änderung des Patientenrechtegesetzes sieht vor, die Rechte von Patientinnen und Patienten im Behandlungsverhältnis zu stärken. Die vorgeschlagenen Regelungen betreffen die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag, Fragen des Arzthaftungs- und Zivilprozessrechts sowie die Ausgestaltung von Aufgaben der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband konzentriert seine Stellungnahme auf ausgewählte Aspekte, die für die die Aufgabenerfüllung der Krankenkassen von besonderer Relevanz sind.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Ziel, die Rechte von Patientinnen und Patienten zu stärken und sie insbesondere bei der Durchsetzung von Ansprüchen nach Behandlungsfehlern wirksam zu unterstützen. Neue gesetzliche Vorgaben sollten dort ansetzen, wo bestehende Regelungen tatsächlich Lücken aufweisen und ein konkreter zusätzlicher Nutzen für die Versicherten erreicht werden kann.

Vor diesem Hintergrund werden die vorgeschlagenen Regelungen differenziert bewertet. Eine allgemeine Verpflichtung zur standardmäßigen Erstellung von Patientenbriefen nach jeder Behandlung wird als nicht erforderlich bewertet. Die hierfür angeführten Erkenntnisse aus dem Innovationsfondsprojekt „PASTA“ beziehen sich auf einen spezifischen Anwendungsbereich im stationären Entlassmanagement und tragen eine derart weitreichende Verpflichtung nicht. Zudem wären damit zusätzliche Dokumentations- und Verwaltungsaufwände verbunden, ohne dass ein entsprechender Nutzen für alle Behandlungsverhältnisse belegt ist.

Auch bei der vorgesehenen Neuregelung des § 66 SGB V wird nur teilweise gesetzgeberischer Handlungsbedarf gesehen. Die Krankenkassen sind bereits nach geltendem Recht grundsätzlich verpflichtet, Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. Die Umstellung von einer Soll- auf eine Muss-Regelung lässt daher keinen wesentlichen zusätzlichen Nutzen für die Versicherten erkennen. Kritisch bewertet wird insbesondere eine Ausweitung der Unterstützungspflicht auf Hinterbliebene und sonstige gesetzliche Vertreter, soweit dadurch Ansprüche von Personen außerhalb des Versicherungsverhältnisses in den Aufgabenbereich der GKV einbezogen werden.

Begrüßt werden Klarstellungen, die bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigen oder die bereits bestehende Unterstützungspraxis der Krankenkassen nachvollziehen. Dies betrifft insbesondere die Zuständigkeit bei einem Krankenkassenwechsel sowie die ausdrückliche Einbeziehung von Schäden durch Arzneimittel und Medizinprodukte.

Im Folgenden wird auf die einzelnen Regelungen eingegangen.

Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs)

Nr. 2 Buchst. a) - § 630c Absatz 2 Satz 2 – Patientenbriefe

Gemäß Absatz 2 Satz 2 BGB-E sind Patientenbriefe nach der Behandlung standardmäßig zu erstellen, dem Patienten auszuhändigen und in der Patientenakte abzulegen, Dies könne auch elektronisch erfolgen. Die Begründung verweist dabei auf das Innovationsfondsprojekt „PASTA“ – Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“. Ziel sei es, das Instrument standardisierter Patientenbriefe in die Regelversorgung zu überführen.

Die Regelung in Absatz 2 Satz 2 ist nicht zu empfehlen.

Zwar kann die Bereitstellung von Patientenbriefen in bestimmten Behandlungssituationen einen Beitrag dazu leisten, die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten zu stärken. Hieraus folgt jedoch nicht die Notwendigkeit einer generellen gesetzlichen Verpflichtung für sämtliche Behandlungsverhältnisse.

Die Erkenntnisse des in der Begründung genannten Projektes „PASTA“ rechtfertigen eine solche Verallgemeinerung nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes nicht. Das Projekt bezog sich auf einen spezifischen Anwendungsbereich im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten. Gegenstand des Projekts war die Entwicklung und Erprobung einer Software mit ärztlich geprüften Inhalten zur automatisierten Erstellung von Patientenbriefen. Die im Rahmen des Projektes entwickelte Software stellte aus über 20.000 ärztlich geprüften, parametrisierten Textbausteinen individuell angepasste Texte in einfacher Sprache zusammen. Die Erprobung erfolgte ausschließlich am Herzzentrum Dresden.

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Projektergebnisse im Rahmen seiner Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung vorrangig als Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung des Entlassmanagements bewertet (Beschluss des Innovationsausschusses beim GBA v. 21. Januar 2022, online auf der Internetseite des Innovationsfonds abrufbar). Folgerichtig wurden die im Projekt erzielten Erkenntnisse an den GKV-Spitzenverband, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Vertragspartner des Rahmenvertrags Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V weitergeleitet. Die Vertragspartner prüfen gegenwärtig erneut, inwieweit die gewonnenen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Dokumentation im Entlassmanagement genutzt werden können.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass laienverständliche Patientenbriefe in bestimmten Behandlungsverhältnissen einen Mehrwert bieten können. Das Projekt „PASTA“ liefert hingegen keine belastbaren Erkenntnisse, dass ein entsprechender Nutzen sektorenübergreifend sowie unabhängig von der Art und des Umfangs der Behandlung und von den Besonderheiten der jeweiligen Patientengruppe besteht. Die Projektergebnisse rechtfertigen daher nicht die Einführung einer allgemeinen Verpflichtung zur Erstellung von Patientenbriefen im Bürgerlichen Gesetzbuch.

Die Einführung standardmäßig zu erstellender Patientenbriefe betrifft in erster Linie Fragen der Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Die Vorschriften über den Behandlungsvertrag im BGB sind hierfür kein sachgerechter Regelungsort.

Die vorgeschlagene Regelung wäre mit zusätzlichen Dokumentations- und Verwaltungsaufwänden für alle Behandler verbunden, ohne dass ein entsprechender Nutzen für sämtliche Behandlungsverhältnisse belegt wäre.

Ergänzend bleibt unklar, was mit der Pflicht zur Ablage des Patientenbriefs in der „Patientenakte“ gemeint ist. Sollte hiermit die elektronische Patientenakte gemäß § 341 SGB V (in Abgrenzung zur „Behandlungsakte“ gemäß BGB) gemeint sein, würde dies auch systematischen Bedenken begegnen. Regelungen zur elektronischen Patientenakte sind dem SGB V zuzuordnen und sollten nicht im Recht des Behandlungsvertrags verortet werden.

Von der Einführung einer allgemeinen Verpflichtung zur standardmäßigen Erstellung von Patientenbriefen sollte daher abgesehen werden.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 66 SGB V – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Zu § 66 Satz 1 (Änderung in eine Muss-Regelung):

Der GKV-Spitzenverband hatte es im Gesetzgebungsverfahren zum Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 (BGBl. I, S. 277) ausdrücklich begrüßt, die ursprünglich als Kann-Vorschrift eingeführte Regelung in eine Soll-Regelung umzugestalten (Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Oktober 2012 zu BT-Drs. 17/10488, S. 4 und 47). Mit dieser Änderung wurde die Unterstützung der Versicherten als gesetzlicher Regelfall ausgestaltet und die Rechtsstellung der Versicherten erheblich gestärkt.

Der Gesetzentwurf sieht nunmehr vor, die bestehende Soll-Regelung durch eine Muss-Regelung zu ersetzen. Die Begründung stellt maßgeblich darauf ab, dass die bisherigen Vorschriften den Krankenkassen lediglich die Möglichkeit zur Unterstützung der Versicherten einräumten, mithin eine Pflicht zur Unterstützung bislang nicht bestehe (S. 29). Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, dass die Krankenkassen bereits nach geltendem Recht grundsätzlich zur Unterstützung verpflichtet sind (BT-Drs. 17/10488, S. 32). Ein Ausnahmetatbestand muss von der Krankenkasse belegt und im Streitfall bewiesen werden (Koch, in: Schlegel/Voelzke-SGB V, § 66 SGB V Rn. 18).

Die Grenzen der Unterstützungspflicht ergeben sich nicht aus der Ausgestaltung als Soll-Vorschrift, sondern aus den Umständen des jeweiligen Einzelfalls. Gegenstand des § 66 SGB V ist die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern, die nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkasse übergehen. Umfang und Reichweite der Unterstützungspflicht bestimmen sich insbesondere danach, ob und inwieweit ein solcher Anspruch überhaupt in Betracht kommt. So wird eine Unterstützung beispielsweise dann ausscheiden, wenn ein geltend gemachter Anspruch offensichtlich verjährt ist.

Auch die weiteren Ausführungen in der Begründung vermögen einen zusätzlichen Regelungsbedarf nicht zu begründen. Die dort hervorgehobenen Unterstützungsleistungen, insbesondere bei der Prüfung und Beschaffung relevanter Unterlagen, der Einholung von Gutachten sowie der Bewertung des Sachverhalts, werden vom geltenden Recht bereits erfasst. Insbesondere sieht § 66 Satz 2 SGB V die Unterstützung durch die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ausdrücklich vor.

Damit bleibt offen, welcher zusätzliche praktische Nutzen für die Versicherten mit der vorgeschlagenen Änderung erreicht werden soll.

Zu § 66 Satz 3 Alternative 1 (zuständige Krankenkasse bei Kassenwechsel):

Mit der Ergänzung in Satz 3 Alternative 1 wird eine rechtliche Unsicherheit beseitigt, inwieweit ausgeschiedene Mitglieder unterstützt werden dürfen. Eine diesbezügliche Klarstellung wird aus Gründen der Rechtssicherheit begrüßt.

Zu § 66 Satz 3 Alternative 2 und Satz 4 (Unterstützung von Hinterbliebenen und sonstigen gesetzlichen Vertretern):

Die vorgesehene Erweiterung, wonach die Unterstützungspflicht der Krankenkassen über den Tod des Versicherten hinaus fortbestehen und von Hinterbliebenen oder sonstigen gesetzlichen Vertretern in Anspruch genommen werden kann, wird abgelehnt.

Die Unterstützung nach § 66 SGB V ist als versichertenbezogene Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestaltet. Ein Bedürfnis für die Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf Hinterbliebene und sonstige gesetzliche Vertreter sieht der GKV-Spitzenverband nicht. Die vorgeschlagene Regelung stärkt nicht die Rechte und die Unterstützung der Versicherten, sondern begründet zusätzliche Unterstützungsansprüche für Personen außerhalb des Versicherungsverhältnisses. Die Durchsetzung von Ansprüchen der Hinterbliebenen (meist Erben) ist keine Aufgabe der Sozialversicherung.

Darüber hinaus ist die inhaltliche Ausgestaltung der Regelung unklar. Offen bleibt, ob die Unterstützung voraussetzt, dass der Versicherte zu Lebzeiten bereits einen Antrag auf Unterstützung nach § 19 Satz 1 SGB IV gestellt hat, oder ob Hinterbliebene und sonstige gesetzliche Vertreter erstmals nach dem Tod des Versicherten Unterstützungsleistungen beanspruchen können. Darüber hinaus bestehen erhebliche Unklarheiten hinsichtlich des anspruchsberechtigten Personenkreises. Der Begriff der Hinterbliebenen ist nicht mit dem Begriff der Erben gleichzusetzen. Es ist nicht erkennbar, ob die Unterstützung der Durchsetzung auf Erben übergegangener Ansprüche des verstorbenen Versicherten, eigenständiger Ansprüche von Hinterbliebenen oder beider Fallgruppen dienen soll. Ebenso ist unklar, welche Personen von dem Begriff der „sonstigen gesetzlichen Vertreter“ erfasst werden sollen.

Insbesondere ist die Unterstützung bei der Durchsetzung eigenständiger zivilrechtlicher Ansprüche Dritter, etwa von Hinterbliebenen nach § 844 BGB, sicher kein Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei handelt es sich nicht um auf Erben übergegangene Ansprüche des verstorbenen Versicherten, sondern um originäre Ansprüche Dritter.

Die fehlende Konturierung des anspruchsberechtigten Personenkreises birgt erhebliche Abgrenzungsprobleme. Krankenkassen müssten im Einzelfall klären, ob eine antragstellende Person zum berechtigten Personenkreis gehört und für welche Ansprüche Unterstützung verlangt werden kann. Hierdurch entsteht zusätzliches Streitpotenzial hinsichtlich des Bestehens und Umfangs der Unterstützungspflicht ohne Nutzen für den Versicherten.

Von der vorgeschlagenen Erweiterung sollte daher abgesehen werden.

Zu § 66 Satz 5 (Schäden durch Arzneimittel und Medizinprodukte):

Die klarstellende Erweiterung auf Schadensersatzansprüche wegen Schäden durch Arzneimittel oder Medizinprodukte wird begrüßt. Sie greift Fallgestaltungen auf, in denen Krankenkassen bereits heute Unterstützungsleistungen erbringen, und entspricht einer Anregung des GKV-Spitzenverbands im Gesetzgebungsverfahren zum Patientenrechtegesetz (Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Oktober 2012 zu BT-Drs. 17/10488, S. 47).

Dass Satz 5 die Unterstützung bei Schadensersatzansprüchen wegen Aufklärungsmängeln nicht erwähnt, wird nicht als Einschränkung gegenüber der bestehenden Rechtslage und Praxis verstanden. Der Wortlaut des neuen Satz 8 bestätigt, dass auch die Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen wegen Aufklärungsmängeln vom Anspruch umfasst ist.

Zu § 66 Satz 7 (Hinweis auf unabhängige Stellen mit Kontaktmöglichkeiten):

Die vorgeschlagene Regelung wirft Auslegungsfragen auf. Nach ihrem Wortlaut ist nicht eindeutig, ob die Hinweispflicht auf Ombuds-, Beschwerde- und Patientenberatungsstellen ausschließlich im Zusammenhang mit einem Unterstützungsbegehren nach Satz 1 besteht oder eine davon unabhängige allgemeine Informations- und Beratungspflicht der Krankenkassen begründet werden soll. Sollte Letzteres beabsichtigt sein, wäre die Vorschrift systematisch anders zu verorten. Denn der Unterstützungsanspruch setzt – wovon auch der Entwurf zu Satz 8 ausgeht – einen Antrag voraus.