



Vorläufige  
STELLUNGNAHME  
der Deutschen  
Hochschulmedizin e. V.

zum Referentenentwurf eines  
Gesetzes für eine bessere  
Versorgung durch  
Digitalisierung und Innovation  
(Digitale Versorgung-Gesetz – DVG)  
vom 15.05.2019

Juni 2019

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) vertreten die Interessen der 34 Universitätsklinika sowie der 38 Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Ihr gemeinsamer Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin e.V. Gemeinsam stehen die Verbände für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international beachtete Mediziner Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten.

---

© Deutsche Hochschulmedizin e.V.

**Kontakt**

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e.V. (VUD)  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin  
[info@uniklinika.de](mailto:info@uniklinika.de)  
[www.uniklinika.de](http://www.uniklinika.de)

**Ansprechpartner**

*Ralf Heyder*  
Tel.: +49 (0)30 3940517-0  
[heyder@uniklinika.de](mailto:heyder@uniklinika.de)

# Inhalt

---

I. Vorbemerkung.....	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen .....	6
III. Weiterer Handlungsbedarf .....	11

## I. Vorbemerkung

Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt den Gesetzentwurf und insbesondere die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA). Die Erschließung der Routinedaten der Krankenversorgung für die Zwecke der medizinischen Forschung in einem lernenden Gesundheitssystem steht dabei im besonderen Interesse des Gemeinwohls. Datengetriebene Forschung ermöglicht die Entwicklung zielgerichteter Therapien und weltmarktfähiger Innovationen. Systeme Künstlicher Intelligenz (KI) vermögen auf Basis großer, qualitätsgesicherter Lerndatensätze potentiell lebensgefährliche Prozesse wie die Entwicklung einer Sepsis oder bösartiger Tumore in der Breite wesentlich frühzeitiger als bisher zu erkennen. Versorgungsforschung trägt dazu bei, die Patientensicherheit zu erhöhen und die materiellen und personellen Ressourcen bestmöglich einzusetzen. Nicht umsonst investieren vornehmlich amerikanische Unternehmen gegenwärtig mehrstellige Milliardenbeträge in die Gewinnung und Analyse von Gesundheitsdaten. Hier darf Europa und der Forschungs- und Wirtschaftsstandort Deutschland nicht den Anschluss verlieren.

Um die Potentiale der Digitalisierung in vollem Umfang heben zu können, ist die Entwicklung einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte das zentrale Instrument. Die ePA soll alle für die Patientenversorgung relevanten Patientendaten aus unterschiedlichen Quellen (Informationssysteme der Krankenhäuser, Krankenkassen, niedergelassenen Ärzte, etc.) patientenbezogen zusammenführen. So können auf individueller Ebene, einheitlich strukturierte Datenbestände in interoperablen Systemen verknüpft werden. Wir begrüßen daher, dass der vorliegende Gesetzentwurf in dem neugeschaffenen § 291h SGB V die elektronische Patientenakte losgelöst von der Vergangenheit der kartenzentrierten Lösungen in den Mittelpunkt rückt. Soweit zusätzliche Dokumentenarten in der ePA verfügbar gemacht werden, trifft auch dies auf unsere volle Zustimmung. Um das aufgenommene Tempo halten zu können, sollten dabei allerdings ausdrücklich die vorhandene langjährige Expertise der Standardisierungsorganisationen und Fachgesellschaften stärker als bisher in den Prozess einbezogen werden.

Die Digitalisierung hat das Potential, die medizinische Versorgung und Forschung zu revolutionieren. Ganz offensichtlich ist das zum Beispiel bei der Erhebung und Verwaltung von Daten: kein Dokument geht verloren, Informationen sind transparent, Doppeluntersuchungen entfallen, Leistungserbringer bekommen einen schnellen Überblick über die Patienten, so dass Diagnosestellung und Therapie zügiger und passgenauer erfolgen können. Neue digitale Gesundheitsanwendungen ermöglichen eine evidenzbasierte Prävention und Nachsorge im häuslichen Umfeld. Versorgung kann dadurch insgesamt besser, schneller und zielgerichteter erfolgen.

Versorgung und Forschung müssen dabei Hand in Hand gehen. Mit Hilfe von Patientendaten, die für die Forschung genutzt werden, können bspw. neue Therapien entwickelt werden. Neue Behandlungsverfahren könnten schneller evaluiert und seltene Erkrankungen schneller diagnostiziert werden. Je mehr und je besser

medizinische Daten digitalisiert bereitstehen, umso effizienter können Forschung und Versorgung arbeiten. Dazu bedarf es der Anbindung der ePA an die klinische und biomedizinische Forschung.

Eine solche forschungskompatible ePA muss intersektoral aufgebaut sein und dabei über die einheitliche Anwendung internationaler Standards die Vergleichbarkeit der enthaltenen Daten gewährleisten. Die Inhalte der ePA müssen in strukturierter Form vorliegen, sodass diese für die datengestützte Analyse großer Patientenkohorten zur Verfügung stehen. Bestehende Prozesse der sektoralen Leistungserbringer müssen in Hinblick auf die Qualität der in die ePA zu überführenden Daten überprüft und durchgängig digitalisiert werden. Bestehende Dokumentationslücken müssen geschlossen und notwendiger Kontext vertikal ergänzt werden. Auch zusätzliche Möglichkeiten der Integration der Selbstbeobachtung der Patientinnen und Patienten in Form von Patient-Reported Outcome (PRO) in den Behandlungszyklus sind zu schaffen und bringen die Patientinnen und Patienten in eine weitaus aktivere Rolle in Bezug auf die eigene Therapietreue. In der Summe wirkt die forschungskompatible ePA transformierend auf das Gesundheitssystem insgesamt. Schließlich ist eine einheitliche Rechtsgrundlage für die Zustimmung der Patientinnen und Patienten zur Forschungsdatennutzung vorzusehen und die notwendige Governance für die erforderlichen Pseudonymisierungsdienste und die Datentreuhand- bzw. -zugangsstrukturen zu schaffen.

Deshalb ist es richtig und wichtig, dass im vorliegenden Gesetzentwurf die Autonomie der Patientinnen und Patienten durch die Schaffung individueller Ansprüche auf Zugang zu digitalen Versorgungsangeboten und dem Grundsatz einer patientenzentrierten elektronischen Aktenführung gestärkt wird. Aus der Akte heraus sollen die Daten den Leistungserbringern so zur Verfügung gestellt werden, dass dies den Versorgungsprozess unterstützt und verbessert. Gleichzeitig müssen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Möglichkeit haben, die Daten zu Forschungszwecken zu nutzen.

Das gesetzgeberische Handeln zur Beförderung des Einsatzes digitaler Technologien im Gesundheitswesen ist im Ergebnis ethisch zwingend geboten. Möglicherweise sterben täglich Menschen oder wird die Sicherheit von Patienten gefährdet, weil vorhandene Datenquellen nicht hinreichend erschlossen, verknüpft und ausgewertet werden. Wir müssen gemeinsam unverzüglich die erforderlichen regulatorischen Voraussetzungen schaffen, um eine flächendeckende Vernetzung der Gesundheitsdaten für Versorgung und Forschung zu erreichen.

## II. Zu den Regelungen im Einzelnen

### 1. Aufnahme der Forschungsdatennutzung in § 291h SGB V

Wir begrüßen nachdrücklich das mit **§ 291h Abs. 2 Satz 8 SGB V** neu aufgenommene Ziel, die in der ePA gespeicherten Patientendaten für Forschungszwecke technisch zu erschließen. Dies spiegelt den Auftrag zur Einführung einer forschungskompatiblen elektronischen Patientenakte aus der gemeinsamen Hightech-Strategie der Bundesregierung.

Die Privilegierung der Forschungsdatennutzung im neuen **§ 291h Abs. 7 SGB V** gegenüber der versorgungsbezogenen Zweckbindung und dem Offenbarungsverbot aus § 291a Abs. 4 und 8 SGB V ist dabei notwendige Bedingung für die Ausleitung von Forschungsdaten aus der elektronischen Patientenakte. Tatsächlich greift der Referentenentwurf damit eine langjährige Forderung der medizinischen Verbundforschung auf, da medizinische Forscherinnen und Forscher nicht in jedem Fall zugleich Angehörige eines Heilberufes sind. Dies ist im Weiteren auch bei der Ausgestaltung der technischen Voraussetzungen zur Datenausleitung zu berücksichtigen. Mit Blick auf die Systematik des § 291h SGB V regen wir an, den neuen Absatz 7 als notwendige Voraussetzung bereits vor die technische Beauftragung der gematik (derzeit § 291h Abs. 2) zu ziehen.

Soweit das Gesetz der Gesellschaft für Telematik die Aufgabe zur Schaffung der technischen Voraussetzungen einer Forschungsdatenausleitung aus der elektronischen Patientenakte zuweist, sollte diese auf gesetzlicher Grundlage die tatsächlichen Bedarfe der medizinischen Forschung in der Erstellung der einschlägigen Spezifikationen berücksichtigen. Es gilt zu vermeiden, dass die entstehende Schnittstelle inkompatibel zu bereits bestehenden oder im Aufbau befindlichen öffentlich-geförderten Infrastrukturen wie die der Medizininformatik-Initiative steht, unangemessene Investitionskosten und organisatorische Anforderungen auslöst oder ein Informationsverlust durch die Verwendung nicht standard-konformer Protokolle eintritt.

Um dies zu gewährleisten ist eine Abstimmung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden einschließlich der Deutschen Hochschulmedizin erforderlich. Dazu muss die Forschungsperspektive auf allen Entscheidungsebenen und bei allen Entwicklungsschritten eng eingebunden werden, unter anderem bei der Gesellschaft für Telematikanwendungen (gematik). Die Deutsche Hochschulmedizin muss Gesellschafter der gematik werden.

Wir schlagen daher vor, § 291h Abs. 2 Satz 8 SGB V wie folgt neu zu fassen: „Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 30. Juni 2022 im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden, die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Daten der elektronischen Patientenakte auf Wunsch der Versicherten für die Nutzung zu medizinischen Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden können. Dabei ist unter Nutzung internationaler Standards und Prozesse ein verlustfreier Datenaustausch mit den geeigneten Forschungsdaten-Infrastrukturen in öffentlicher Hand zu gewährleisten. Satz 1 spiegelt insofern den Wortlaut des bisherigen § 291b Abs. 1 Satz 7 SGB V (§291h Abs. 3 Satz 1 SGB V-neu).

**§ 291b Abs. 2 Ziffer 1 Satz 3 SGB V** ist zudem wie folgt zu ändern: „Die Gesellschafter können den Beitritt weiterer Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung beschließen; zur Berücksichtigung der Belange der Forschung können die Gesellschafter den Beitritt von Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene beschließen, deren Mitglieder gesetzlich übertragene Aufgaben in der Forschung wahrnehmen; im Falle eines Beitritts sind die Geschäftsanteile innerhalb der Gruppen der Kostenträger und Leistungserbringer entsprechend anzupassen.“

Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) am 11. Mai 2019 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Grundlage von § 291b Abs. 1 Satz 7ff SGB V damit begonnen, die semantischen und syntaktischen Festlegungen der s.g. Medizinischen Informationsobjekte (MIO) als Inhalte der elektronischen Patientenakte zu definieren. Der Wortlaut der Vorschrift stellt allerdings gegenwärtig nicht sicher, dass die so definierten MIOs tatsächlich Datenstrukturen enthalten, die nicht nur technisch über die zu schaffende Schnittstelle für Forschungszwecke ausgeleitet werden, sondern auch tatsächlich für Forschungszwecke nutzbar gemacht werden können. Hierzu müssen die in der elektronischen Patientenakte enthaltenen MIOs weit über ein elektronisches Abbild („PDF als Fax des 21. Jahrhunderts“) bisheriger Papierdokumente hinausgehend

1. internationale Terminologien in hinreichend breiten Kerndatensätzen nutzen,
2. eine detaillierte, präzise und qualitätsgesicherte Annotierung ermöglichen,
3. und die deutschlandweit einrichtungsübergreifende einheitliche Verwendung erforderlicher Metadaten vorschreiben.

Wir schlagen daher vor, in den Wortlaut von **§ 291h Abs. 3 Satz 2 SGB V** das Ziel der Forschungskompatibilität in Hinblick auf § 291h Abs. 2 Satz 8 aufzunehmen. Der Terminus Forschungskompatibilität greift dabei die bereits in der Hightech-Strategie der Bundesregierung eingeführte Begrifflichkeit auf.

§ 291h Abs. 3 Satz 2 SGB V ist daher wie folgt neu zu fassen: „*Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen\_sowie in Abstimmung mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden, die Forschungskompatibilität in Hinblick auf § 291h Abs. 2 Satz 8 zu gewährleisten.“*

## **2. Aufwendungen der Krankenhäuser (§ 291 SGB V i. V. m. § 291h Abs. 5 SGB V, § 5 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 5 Bundespflegesatzverordnung, § 291h SGB V)**

Mit **§ 291h Abs. 5 Satz 9f. SGB V** sollen die Krankenhäuser verpflichtet werden, sich bis zum 1. Januar 2021 an die Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 SGB V anzubinden. Soweit Krankenhäuser ihrer Verpflichtung nicht nachkommen, werden sie durch einen einprozentigen Abschlag auf Rechnungen sanktioniert (durch Neuregelung im Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung). Die Anbindung an die TI ist bislang für die Krankenhäuser jedoch eine nicht erfüllbare Vorgabe, weil es noch keine geeigneten Konnektoren gibt. Die gematik-Spezifikationen für TI-Konnektoren für den Krankenhausbereich werden voraussichtlich erst zum Jahresende 2019 zur Verfügung stehen. Solange keine marktreifen und ausreichend getesteten Konnektoren zur Verfügung stehen, sollten keine Fristen gesetzt werden. Diese Sanktionierung muss daher gestrichen werden bzw. darf erst greifen, wenn tatsächlich die Möglichkeit zur Anbindung besteht. Budgetabzüge würden den Krankenhäusern ohnehin schon knappe Ressourcen entziehen. Statt einer Stärkung der IT-Infrastruktur wäre das eine Schwächung.

Für die vertragsärztliche Versorgung, an der auch Krankenhäuser über ihre Ambulanzen teilnehmen, gilt weiterhin der 31.12.2019 als Frist für die TI-Anbindung. Jedoch werden die Sanktionen in Form von Budgetkürzungen hier zum 01.03.2020 von ein auf 2,5 Prozent erhöht.

Vertragsärztliche Leistungserbringung durch stationäre Einrichtungen muss von dieser Regelung ausgenommen werden. Das gilt insbesondere für die Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V. Diese sind zwar formal Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Organisatorisch und administrativ sind sie jedoch eng verbunden mit der stationären Versorgung. Entsprechend sollten für die vertragsärztliche Versorgung im Krankenhaus durch Ambulanzen, die gleichen Fristen wie für die stationäre Versorgungseinrichtungen gelten. Für Krankenhäuser ist eine einheitliche Implementierung der TI-Anbindung bezogen auf die Organisationseinheit Krankenhaus als Ganzes zu favorisieren.



### **3. Incentivierung für das Speichern von Daten in der ePA (Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

Mit der Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes soll ein Krankenhaus für das Speichern von Daten in der ePA fünf Euro pro Fall erhalten. Dies ist zunächst positiv.

Elektronische Patientenakten können ihr Potenzial nur dann voll entfalten, wenn dort patientenbezogen alle Behandlungsdaten der verschiedenen Leistungserbringer zusammengeführt und sicher verfügbar gemacht werden. Dazu müssen die Behandlungsdaten bei den Leistungserbringern in einer bundeseinheitlich definierten Form digital, standardisiert und strukturiert vorliegen. Dies ist derzeit flächendeckend nicht der Fall. Erforderlich ist dazu in den Krankenhäusern eine tiefgreifende Umstellung auf digitale Prozesse, insbesondere die Harmonisierung der Dokumentation und der Arbeitsabläufe. Das ist sehr aufwändig. Deshalb sollte die digitale Datenhaltung gezielt gefördert werden.

Die Anreize zur Speicherung von Daten sollten abweichend vom Gesetzentwurf nach Aufwand differenziert werden. Dazu ist ein minimaler „Muss“-Datensatz zu definieren. Über das Minimum herausgehende „Kann“-Datensätze sollten höher vergütet werden, da der Aufwand der Datenerhebung größer war.

Ausgangspunkt dafür könnten die Module des Kerndatensatzes der Medizininformatik-Initiative sein. Für jedes dort abschließend definierte und von einer staatlichen Stelle bestätigte Modul (Labor, Medikation, Bildgebung etc.) sollten jene Großkrankenhäuser, die dieses Modul digital und strukturiert vorhalten, einen Digitalisierungszuschlag auf ihr Budget erhalten. Je mehr Module ein Krankenhaus digital bereitstellt, desto höher der Zuschlag. Dies wäre je Modul auf eine Übergangsfrist von fünf Jahren begrenzt.

Dazu sollten die Deutschen Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung treffen und darin die abgeschichtete Datenlieferung mit entsprechend gestaffelter Vergütung regeln. Dies wäre ein wichtiger Schritt für eine schnellere IT-Durchdringung des Krankensektors durch strukturiert digital vorgehaltene Daten.

#### 4. Sonstige Änderungen

Damit die Patientinnen und Patienten schneller als bisher von digitalen Versorgungsinnovationen profitieren können, die häufig auf den Ergebnissen universitärer und außeruniversitärer Forschung aufbauen, unterstützen wir die vorgesehene Einführung der Kategorie digitaler Gesundheitsanwendungen, für die ein vereinfachter Zugangsweg in die Regelversorgung eröffnet wird (**§ 33a i. V. m. §139e SGB V**).

Für die Klassifikation digitaler Gesundheitsanwendungen orientiert sich der Gesetzentwurf an der EU-Medizinprodukteverordnung. Im Rahmen der Zertifizierung von Medizinprodukten prüfen sog. „benannte Stellen“ die Sicherheit und medizinische Unbedenklichkeit von Medizinprodukten. Mit den digitalen Gesundheitsanwendungen kommt jedoch ein zusätzlicher Sicherheitsaspekt für die Patientendaten hinzu. Hier wird das Einhalten der EU-Datenschutzgrundverordnung bei den digitalen Anwendungen unterstellt. Für das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen soll das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zuständig werden. Zur Aufnahme in das Verzeichnis müssen die Hersteller „Grundanforderungen an Sicherheit“ erfüllen. Dazu darf aus unserer Sicht jedoch nicht nur die medizinische Sicherheit der Produkte gehören, sondern auch die Sicherheit der durch die Applikationen gewonnenen Patientendaten. Es ist fraglich, ob das BfArM die hinreichenden Kapazitäten hat, um diese Datensicherheit der Applikationen auch bewerten zu können. Wir regen daher an, dass eine weitere Stelle, die mit Aspekten der Datensicherheit betraut ist, gemeinsam mit dem BfArM für die Sicherheit der Anwendungen zuständig wird.

Laut Gesetzentwurf in **§ 291b Abs. 1 SGB V** hat die gematik bei ihren Vorgaben für die TI und den Datenaustausch zukünftig auch die auf europäischer Ebene getroffenen Festlegungen zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der erweiterten Aufgaben der nationalen Kontaktstelle zum grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten, ist diese europäische Abstimmung zwingend erforderlich. Im neugefassten §291b Absatz 1 sollte daher die gematik verpflichtet werden, die europäischen Festlegungen nicht nur „zu berücksichtigen“, sondern diese konkret „anzuwenden“. Nur so ist sichergestellt, dass die Patientinnen und Patienten in Deutschland vollumfänglich von den Möglichkeiten eines grenzüberschreitenden Austausches von Gesundheitsdaten Gebrauch machen können.

Positiv sind die Änderungen zur Novellierung des Datentransparenzverfahrens nach **§§ 303a bis 303f SGB V** zu bewerten. Damit wird das bisherige Verfahren deutlich verbessert und ermöglicht so eine verstärkte Forschung mit den bereits bestehenden Sozialdaten.

### III. Weiterer Handlungsbedarf

Der vorgelegte Gesetzentwurf schafft mit der Forschungsschnittstelle nach § 291h Abs. 2 Satz 8 SGB V und der Privilegierung der Forschungsdatennutzung in § 291h Abs. 7 SGB V wichtige Voraussetzungen für eine zukünftige Nutzung der Inhalte der patientengeführten elektronischen Patientenakte für wissenschaftliche Erkenntnisprozesse („Forschungsdatenspende“). Um die ePA-Inhalte mittels der Schnittstelle für Forschungszwecke nutzen zu können, ist allerdings zwingend in einem weitergehenden Gesetzgebungsverfahren der eigentliche Rechtsrahmen für die Datenbereitstellung, Datengovernance und Datennutzung zu schaffen.

Im Rahmen der Datenbereitstellung ist die Frage der **qualifizierenden Anforderungen an eine Zustimmung** der Bürgerinnen und Bürger zur Datennutzung zu beantworten. Vor dem Hintergrund, dass der oder die Einzelne per einfachen Papierausweis einer Organspende zustimmen kann, sollten für eine Datenspende, die ebenfalls im Sinne des Allgemeinwohls konkret Leben zu retten vermag, keine überbordenden Hürden errichtet werden. Zugleich sollte der Bund ein **Digital Health Literacy-Programm** auflegen, um die Bürgerinnen und Bürger in der Wahrnehmung ihrer Patientenautonomie zu stärken.

Aus Sicht der Forschung ist mit Blick auf die **Datengovernance** entscheidend, dass dabei die vorhandenen oder z. B. innerhalb der Medizininformatik-Initiative bereits im Aufbau befindlichen Infrastrukturen und entwickelten Lösungen auch für die Routinedatenspende aus der ePA genutzt werden. Der Aufbau von Doppelstrukturen kostet nicht nur Geld und Zeit, sondern verhindert auch ein interoperables Datenpooling, das aber Grundvoraussetzung für eine Vielzahl von Erkenntnisprozessen ist. Gemeinsames nationales Ziel sollte die Schaffung eines international wettbewerbsfähigen **einheitlichen deutschen bzw. europäischen Raumes für Gesundheitsforschungsdaten** sein. Forschende sollten zentral Nutzungsanträge stellen können und Patientinnen und Patienten sich an einem Ort über Forschungsvorhaben informieren und ihre Patientenrechte wirksam ausüben können.

Zur ethischen Dimension der Datenspende gehört, die bereitgestellten Daten bestmöglich im Interesse der Patientinnen und Patienten nutzen zu können. Neben der beschriebenen interoperablen Struktur der Akteninhalte ist dabei die Qualität der Primärdokumentation entscheidend. Einheitlich elektronisch unterfütterte Arztbriefe und nachvollziehbare Laborverläufe sind dabei nicht nur ein Gewinn für die Forschung, sondern Entlasten gleichermaßen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Erhöhen die Patientensicherheit. Um die hierfür notwendigen Assistenzsysteme zu entwickeln und zu evaluieren bedarf es eines klaren Fahrplanes, aber auch einer deutlichen monetären **Incentivierung** der freiwilligen vertieften Dokumentation. Flankierend sollte ein Bundesprogramm zur Optimierung der Abläufe der

Primärdokumentation aufgelegt werden, in dem auch die Ausbildung und Anstellung von Data Curation Scientists gefördert wird.

Ein anderer wichtiger Förderschritt wäre es, den **Krankenhaus-Strukturfonds** endlich auch für die Uniklinika zu öffnen. Der Fonds ist mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz um Förderzwecke erweitert worden, u.a. für telemedizinische Netzwerkstrukturen und die Verbesserung der IT-Sicherheit. Es erschließt sich nicht, warum eine Investitionsmaßnahme des Landes in die IT-Sicherheit an einem nicht-universitären Haus durch den Strukturfonds kofinanziert werden kann, die gleiche Investitionsmaßnahme an einem Universitätsklinikum aber nicht. Dies ist zudem auch deshalb nicht nachvollziehbar, da Universitätsklinikum „Kritische Infrastrukturen“ im Sinne des IT-Sicherheitsgesetzes sind. Sie haben daher besondere IT-Sicherheitsmaßnahmen zu treffen, für die bisher keine gesonderte Finanzierung vorgesehen ist. Es gibt keinen sachlichen Grund, die Fördermaßnahmen nur bei Plankrankenhäusern durch den Strukturfonds zu finanzieren. Der Strukturfonds speist sich anteilig aus Mitteln des GKV-Gesundheitsfonds. Für den Zugang zu diesen Fördermitteln muss es unter strukturpolitischen und wettbewerblichen Gesichtspunkten unerheblich sein, ob ein Plankrankenhaus oder ein Universitätsklinikum sich um eine Förderung bewirbt. Der Verweis auf die Investitionsfinanzierung des Landes nach dem KHG geht fehl, denn auch die Investitionsmittel der Universitätsklinikum für Zwecke der Krankenversorgung kommen vom Land. Diese Mittel sind im Landeshaushalt lediglich anders veranschlagt.