

Deutscher Städtetag | Gereonstraße 18-32 | 50670 Köln

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Frau Anja Lütcke  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

E-Mail: [anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de)

### Anhörungsverfahren (Geschäftszeichen PA14-47)

- **Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Medizinregistern und zur Verbesserung der Medizinregisterdatennutzung“**
- **Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
- **Antrag „Einrichtung eines nationalen Mortalitätsregisters für Forschungszwecke“ der Fraktion der AfD**
- **Antrag „Rohdaten klinischer Prüfungen von Arzneimitteln offenlegen“ der Fraktion der AfD**

08.06.2026/rem

#### Kontakt

Lutz Decker  
lutz.decker@staedtetag.de  
Gereonstraße 18-32  
50670 Köln

Telefon 0221 3771-305

[www.staedtetag.de](http://www.staedtetag.de)

Aktenzeichen  
53.14.06 D

#### Hauptgeschäftsstelle Berlin

Hausvogteiplatz 1  
10117 Berlin  
Telefon 030 37711-0

#### Hauptgeschäftsstelle Köln

Gereonstraße 18-32  
50670 Köln  
Telefon 0221 3771-0

#### Europabüro Brüssel

Avenue des Nerviens 9-31  
1040 Bruxelles / Belgien  
Telefon +32 2 882 774-0

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank für die Beteiligung am Anhörungsverfahren. In der Kürze der Rückmeldezeit äußern wir uns insbesondere zum Gesetzentwurf der Bundesregierung wie folgt:

#### Grundsätzliches:

Der Gesetzentwurf bietet die Chance, einen übergreifenden Rechtsrahmen über die mehr als 350 Register und deren Nutzung zu schaffen. Ziel des Gesetzes ist es, aufgrund der Daten die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu steigern. Grundsätzlich sind Ziele und die Zusammenführung sowie die Aufnahme der (Daten-) Interoperabilität gesteuert über ein Kompetenzzentrum zu begrüßen.

Es soll zukünftig möglich sein, die Verknüpfung von Daten eines Medizinregisters mit den Daten eines anderen Medizinregisters auf Grundlage des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer herzustellen. Damit könnte zwar mit einem höherer wissenschaftlichen

Erkenntnisgewinn einhergehen, andererseits wird damit auch die Möglichkeit des „gläsernen Patienten“ geschaffen. Hier gilt es Risiken abzuwägen.

Deutlich müssen wir allerdings der Behauptung im Abschnitt „Haushaltsausgaben“ widersprechen, in dem es heißt: „*Länder und Kommunen: Keine.*“ Tatsächlich sind Kommunen deutlich betroffen und auch im Haushalt belastet. Dies insbesondere durch folgende Regelungsinhalte:

- a) Meldende Gesundheitseinrichtungen (§ 2 Nr. 3 MRG)  
Kommunale Einrichtungen (Gesundheitsämter, kommunale Kliniken, MVZ) können zu „meldenden Gesundheitseinrichtungen“ werden. Damit entstehen technische, organisatorische und datenschutzrechtliche Anpassungspflichten.
- b) Interoperabilitätsanforderungen (§ 11 MRG)  
Die Pflicht zur Bereitstellung interoperabler Daten nach Interop-Richtlinie betrifft auch kommunale Systeme, die Registerdaten erzeugen oder weiterleiten.
- c) Nutzung der KVNR als Pseudonym (§ 20 MRG)  
Die verpflichtende Nutzung der KVNR hat Auswirkungen auf kommunale Datenhaltung, wenn kommunale Einrichtungen Daten verarbeiten, die später in Register einfließen.
- d) Informationspflichten gegenüber Bürgerinnen und Bürgern (§ 13 MRG)  
Auch bei Datenfreigabe statt Einwilligung müssen kommunale Einrichtungen Informationsprozesse anpassen.
- e) Kommunale Register  
Einige Kommunen betreiben eigene Register (z. B. Sozialmedizin, Umweltmedizin, Prävention, Surveillance).  
Diese könnten unter den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen und müssten sich ggf. qualifizieren lassen.

**Die Aussage „keine Haushaltsausgaben für Kommunen“ ist fachlich nicht belastbar.**

## **Zu einzelnen Themengebieten**

### **Fehlende Berücksichtigung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung**

Der Entwurf adressiert ausschließlich die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, während die kommunale Ebene vollständig unberücksichtigt bleibt. Dies ist fachlich nicht nachvollziehbar, da Kommunen zentrale

Akteure der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsdatenhaltung sind und zunehmend sozialmedizinische Datenverbände etablieren.

Der Entwurf betont: *„Das Medizinregisterverzeichnis dient der Transparenzsteigerung und schafft einen Überblick über Datenbestand, -qualität und -verfügbarkeit von Medizinregistern.“*

Diese Transparenz wird jedoch nicht mit kommunalen Dateninfrastrukturen verknüpft. Damit entsteht ein strukturelles Risiko. Während Bundesregister interoperabel werden, bleiben kommunale Datenräume außen vor.

Wichtig wäre demgegenüber z.B. eine kostenfreie Nutzung gewonnener Daten im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen. Die Nutzung dieser Daten wäre für eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung erforderlich, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung abbilden und entsprechende Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ableiten zu können. U.a. der Nutzen der Daten für die Prävention findet im Gesetzesentwurf keine Erwähnung. Hier bitten wir um Ergänzung.

#### **Fehlende Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Zahlreiche Akteure werden benannt, die das Zentrum für Medizinregister beteiligen soll – der ÖGD fehlt vollständig. Dies ist problematisch, weil:

- der ÖGD zentrale Daten zur bevölkerungsbezogenen Gesundheit erhebt,
- kommunale Gesundheitsämter wichtige Partner für Registerdaten sind,
- kommunale Datenräume (wie z.B. der sozialmedizinischer Datenverbund) ohne Anbindung Gefahr laufen, parallel statt komplementär zu arbeiten.

Die fehlende Einbindung des ÖGD ist ein strukturelles Defizit und muss dringend behoben werden, damit auch diese Säule der Gesundheitsversorgung von Neuregelungen profitieren kann.

#### **Gefahr neuer Silostrukturen**

Der Entwurf behauptet, Silostrukturen zu vermeiden. Tatsächlich entsteht ein neues Silo: Bundesregister werden interoperabel, kommunale Datenräume bleiben hingegen unberücksichtigt, der ÖGD wird nicht eingebunden, kommunale Gesundheitsberichterstattung wird ignoriert. Für Kommunen die moderne Datenverbände aufbauen, droht eine Entkopplung von der nationalen Registerlandschaft.

### **Spezielle Krankenhausbelange**

Aus Krankenhaussicht ergeben sich Vorteile hinsichtlich des internen Ressourceneinsatzes um Register mit Daten zu beliefern. Effizienzgewinne können hier eintreten, die Datenqualität verbessert sich und harmonisierte Standards (gemeinsame Datenmodelle, interoperable Schnittstellen, einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen) erleichtern die Bereitstellung der Meldedaten direkt über das KIS.

Diesen positiven Belangen steht aber auch das Potenzial von Mehrarbeit gegenüber: Das Widerspruchsrecht des Patienten ist zwar nachvollziehbar, wenn allerdings Patienten darüber aufwändig informiert werden müssten, erhöht es den Aufwand für möglichst vollständig zu erhebende Registerdaten erheblich. Z. B. sind hier Krebsregister zu nennen, bei denen eine Datenerfassung von über 95% erforderlich ist, da sonst epidemiologische Zusammenhänge nicht sinnvoll festgestellt werden können. Die Regelungsaufwände müssen dem Nutzen gegenübergestellt und gewichtet, Regelungen ggf. angepasst werden.

### **Fazit**

Der Entwurf ist ein wichtiger Schritt für die Registerlandschaft aber er ignoriert die kommunale Ebene. Er unterschätzt den Erfüllungsaufwand für kommunale Einrichtungen und verpasst die Chance, kommunale Datenräume und den ÖGD systematisch einzubinden. Neue Interoperabilitätsanforderungen ohne Ressourcen oder Governance-Strukturen für Kommunen werden geschaffen. Damit besteht die Gefahr, dass Kommunen und der ÖGD erneut nicht als gleichwertiger Partner im Gesundheitsdatenraum berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

Stefan Hahn