

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines "Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)" in der Fassung vom 07.05.2026

Die Stellungnahme wurde erarbeitet von

Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS)

der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), vertreten durch ihre Sprecher Dr. Peter Ihle, Prof. Dr. Holger Gothe, Prof. Dr. Enno Swart, Prof. Dr. Nadine Scholten, PD Dr. Jelena Epping und Dr. Christoph Stallmann,

AG Validierung und Linkage von Sekundärdaten

des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), vertreten durch ihre Sprecher Prof. Dr. Falk Hoffmann und Prof. Dr. Stefanie March,

Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie (GAA),

vertreten durch ihren Ersten Vorsitzenden Prof. Dr. Holger Gothe und ihren Schriftführer Ingo Meyer.

1 Präambel

Aus Sicht der Forschung wird die Weiterentwicklung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) für die Zwecke des Europäischen Gesundheitsdatenraumes (EHDS) sowie den im Referentenentwurf genannten Zielen begrüßt.

Gleichwohl bestehen Bedenken, inwieweit die im Gesetzentwurf vorgesehene zentralisierte Haltung und Verknüpfung von Daten sowie die dafür zu etablierenden Institutionen und administrativen Prozesse zugunsten des EHDS sowie Forschungsvorhaben mit Sekundär- und Registerdaten in Deutschland abseits dieser Strukturen erschwert oder sogar verhindert. Weiterhin sehen wir die Gefahr zunehmender Bürokratisierung bei gleichzeitig steigenden Kosten für den Steuerzahler, insbesondere auch der Gesetzlichen Krankenversicherung. Und auch die Verwendung der Formulierung „Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere (...) festzulegen“ im großen Stil erscheint vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung der demokratischen Abstimmungsprozesse diskutabel.

Bezüglich der konkreten Umsetzung des Gesetzesentwurfs haben wir nachfolgende Kommentierungen.

2 Kommentierung ausgewählter Aspekte

2.1 Forschungskennziffer

Bezug: „Um die Verknüpfung von Daten und die Umsetzung von Widerspruchsrechten im EHDS-Sekundärnutzungsverfahren zu ermöglichen wird eine eindeutige Forschungskennziffer als unique identifier festgelegt.“ (Artikel 7 § 3)

Von der Forschung wird die Einführung einer eindeutigen, pseudonymen Forschungskennziffer für die Verknüpfung von Daten verschiedener Dateninhaber ausdrücklich begrüßt. Hierfür soll nach § 3 Abs. (2), der unveränderbare Teil der Krankenversicherungsnummer (KVNR) zur Herleitung der Forschungskennziffer genutzt werden.

In diesem Verfahren muss aber sichergestellt werden, dass die KVNR zur Herleitung auch in allen Datenkörpern nach gleichen Regeln und Prinzipien vorliegt bzw. vorgehalten werden kann wie beispielsweise in einigen gesundheitsbezogenen Registern. Dies scheint im vorliegenden Entwurf nicht der Fall zu sein und sollte geändert werden. Explizit zu nennen sind hier vor allem auch die Privaten Krankenversicherungen in Verbindung mit § 362 SGB V. Diese sind lediglich nach Einwilligung der/des betroffenen Versicherten berechtigt, die KVNR bei der Vertrauensstelle Krankenversicherungsnummer anfordern zu dürfen. Dieser Umstand wird bereits seit Längerem von verschiedenen Stellen kritisiert. Der im Gesetzesentwurf angedachte Weg des individuellen Einverständnisses führt absehbar zu Non-responder Bias, der systematisch beispielsweise Gruppen wie Beamte:innen betrifft. Auch populationsbezogene Forschungsvorhaben für die gesamte Bevölkerung ohne solchen Bias bleiben weiterhin unmöglich, was die internationale Anschlussfähigkeit gefährdet und somit explizit den folgenden Zielen dieses Gesetzesentwurfes entgegensteht: „Gesundheitsdaten für Versorgung, Forschung und für die Verbesserung unseres Gesundheitssystems nutzbar zu machen,“ (dazu gehören in besonderem Maße auch die große Anzahl gesundheitsbezogener Register) und „in Deutschland ein europäisch anschlussfähiges und vernetztes Gesundheitsdatenökosystem aufzubauen“. Im selben Sinne zu prüfen ist auch, inwieweit die Voraussetzungen für die Erzeugung der Forschungskennziffer auch von der Rentenversicherung (SGB VI) und der Bundesagentur für Arbeit (SGB II) zumindest perspektivisch erfüllt werden können. Dort vorliegende Sozialdaten sind auch im Kontext der Gesundheitsforschung von hoher Bedeutung, wenn es beispielsweise um Fragen der Rehabilitation, aber auch der gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit geht.

Wenn Forschung die Gesundheitsdaten aller Personengruppen ohne Verzerrungseffekte nutzen können und gute populationsbezogene Forschung durch einen unique identifier ermöglicht werden soll, so muss notwendigerweise jeder Person in Deutschland auch die zur Bildung des unique identifier notwendige KVNR vergeben werden können.

Allerdings muss an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass die KVNR ebenfalls bereits eine unter der Kenntnis der Rentenversicherungsnummer (RVNR) generierte Ordnungsnummer darstellt. Dieser Vorgang erfolgt durch die bereits oben genannte Vertrauensstelle Krankenversicherungsnummer der ITSG. Nach Kenntnis der Autoren dieser Stellungnahme ist auch bei der Zuordnung der Rentenversicherungsnummer kein Widerspruch möglich. Ebenso sollte in diesem Zusammenhang die Option geprüft werden, inwieweit die geplante Forschungskennziffer als unique identifier aus der bereits abgeleiteten KVNR generiert werden muss und nicht stattdessen ebenfalls auf Basis der RVNR. Diese Option hätte den Vorteil, dass bereits bei der Rentenversicherung eine vollständige Personenliste existiert, die es ermöglicht die Zuordnung von Person zur RVNR und damit zur Forschungskennziffer eindeutig vorzunehmen und Probleme von Homonymen und Synonymen zu erkennen und ggf. zu korrigieren. Eine solche zentrale Registrierungsstelle für die KVNR existiert aktuell nicht. Auch die Vertrauensstelle Krankenversicherungsnummer speichert nach Kenntnis der Autorengruppe keine personenbezogenen Angaben über die RVNR und KVNR hinaus.

Eine solche zentrale Registerstelle für die Forschungskennziffer ist aus Forschungssicht jedoch zwingend erforderlich. Nur so können beispielsweise Register, die auf Basis von personenbezogenen Angaben wie Nachname, Vorname Geburtsdatum und ggf. auch Wohnanschrift den Personenbezug nachträglich herstellen und die für die geplante Linkagemöglichkeit notwendige Forschungskennziffer ergänzen. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgeschlagenen Prozesse ermöglichen eine nachträgliche Zuordnung nicht.

Eine solche Registerstelle könnte zudem weitere für Datenlinkage notwendige Informationen speichern, beispielsweise die aktuelle Krankenkasse der versicherten Person. Auch diese Angabe ist zum jetzigen Zeitpunkt an keiner zentralen Stelle abrufbar.

Grundsätzlich wäre die Verfahrensweise wie in § 303c SGB V zu begrüßen, die die Erstellung von einer eindeutigen Forschungskennziffer nicht bei jedem Gesundheitsdateninhaber, sondern an der zentralen koordinierten Datenzugangsstelle vorsieht. Geplanter § 3 (2) Satz 3 besagt, dass das technische Verfahren zur Generierung der Forschungskennziffer allen Gesundheitsdateninhabern und „weiteren Akteuren“ zur Verfügung gestellt werden würde. Damit ist das Verfahren insbesondere aus kryptografischer Sicht nicht mehr sicher.

Laut dem Referentenentwurf darf die Forschungskennziffer neben den Gesundheitsdateninhabern auch von Forschenden verwendet werden, "soweit die Verarbeitung der Forschungskennziffer zur Verknüpfung erforderlich ist". Ergänzend hierzu fordern wir, dass die Nutzung der Forschungskennziffer im Forschungskontext grundsätzlich ohne Einschränkung erlaubt ist, insbesondere, wenn die Forschung einwilligungsbasiert erfolgt.

2.2 Zentrale koordinierende Zugangsstelle und domänenspezifische Zugangsstellen

Die Schaffung der genannten Zugangsstellen ist eine direkte Umsetzung entsprechender Vorgaben der EHDS-Verordnung. Sie stellt eine weitgehende Abkehr von den etablierten Datenzugangswegen und Zuständigkeiten in der Datenbereitstellung und -auswertung dar. Dies kann zu einheitlicheren und transparenteren Prozessen führen, birgt aus Sicht der Forschung aber auch eine Reihe von Herausforderung und Gefahren, die in der praktischen Umsetzung den gegenteiligen Effekt haben können: einen erschwerten oder im Vergleich zu heute deutlich limitierten Zugang. So scheint es mehrere Instanzen zu geben, die über Anträge entscheiden können bzw. Entscheidungsempfehlungen abgeben sollen, was die Prozesse stark verzögern kann (z. B. § 9 Absatz 2).

Antragsverfahren, deren Anforderungen und Zeitbedarf

Entscheidend für eine effektive und effiziente Nutzung von Forschungsdaten sind möglichst niedrigschwellige und schnelle Antragsverfahren. Dies betrifft die regelmäßige Forschung, insbesondere aber auch die Forschung in Zeiten von kritischen Ereignissen, die die Resilienz des Gesundheitswesens herausfordern. Dies hat sich in Zeiten der Coronapandemie gezeigt, in denen eine schnelle Verfügbarkeit umfassender Daten für den Erkenntnisgewinn und die Evidenzbasierung klinischer und politischer Entscheidungen häufig nicht gegeben war.

Der vorliegende Gesetzesentwurf enthält hierzu eine generelle Zielsetzung, die EHDS-Verordnung „unbürokratisch“ (S. 3) durchzuführen und nimmt auch im Gesetzestext auf entsprechende Maßnahmen gelegentlich Bezug. Eine präzisere Umsetzung im Gesetzestext fehlt aber aktuell, einschl. der Übernahme der in Art. 68 EHDS-VO vorgesehene Zwei-Monatsfrist für das beschleunigte Verfahren. Wegen der o. g. Gründe wird eine explizite Nennung des beschleunigten Verfahrens im Gesetzestext

für sinnvoll erachtet. In der weiteren Umsetzung der Zugangsstellen sollten Antrags- und Genehmigungsprozesse explizit so geplant werden, dass sie mit vorher bekannten Fristen und Zeiträumen planen.

Sichere Arbeitsumgebungen

Nach Artikel 7, § 14 Abs. (4) – Sichere Arbeitsumgebungen, wird das BMG ermächtigt, vertrauenswürdige Arbeitsumgebungen auszuwählen und die Anforderungen an die Anbieter dieser Umgebungen zu regeln. Wir empfehlen ausdrücklich, Dateninhaber (als spätere Datennutzer) selbst oder ihre Verbände sowie die Forschung (Fachgesellschaften und Verbände) als primäre Zielgruppe im Kontext der Datennutzer mit in den Prozess einzubeziehen. Die Perspektive der späteren Nutzer spielt aus Sicht der Forschung eine entscheidende Rolle bei der Akzeptanz des Angebots zur Datennutzung.

Der Betrieb sicherer Auswertungsumgebungen durch Dritte nach den Vorgaben von Art. 73 EHDS-VO ist sehr zu begrüßen. Es ist aus Sicht der Forschung allerdings zu prüfen, ob ein dringendes Erfordernis besteht, dass die Entscheidung über deren Nutzung bei der Zugangsstelle liegt. Ein solcher Vorbehalt kann u. a. dazu führen, dass Kosten und Aufwand für die Einrichtung gescheut werden, wenn die Nutzbarkeit nicht garantiert ist.

Limitationen in den Datenbeständen

Bei einer direkten Bereitstellung von Sozialdaten zu Forschungszwecken auf Grundlage § 75 SGB X, beispielsweise bei der Nutzung von GKV-Routinedaten durch Forschende, erfolgt eine Definition der benötigten Daten im Sinne der jeweiligen Forschungsfragen, die dann aus dem Vollbestand der Datenhalter selektiert und geliefert werden. Limitationen für die Forschung entstehen somit nur im Sinne der Limitationen dieses Vollbestandes. Im Falle des bereits etablierten FDZ Gesundheit ist aber bereits der vorhandene Datenbestand im Vergleich zum Vollbestand aktuell noch limitiert. So sind z. B. Daten der Meldung zur Sozialversicherung oder Arbeitsunfähigkeits- oder Rehabilitationsdaten sowie Informationen zum individuellen sozioökonomischen Status aus dem Tätigkeitsschlüssel nicht enthalten. Damit entsteht eine Limitation für die Erforschung bestimmter Themen ausschließlich durch die selektive Bereitstellung von Daten bei den Zugangsstellen. Mittelfristig sollten auch die Zugangsstellen über den Vollbestand verfügen. Eine entsprechende Zielsetzung sollte im Gesetzestext aufgenommen werden.

Zugangsstelle im Geschäftsbereich des BfArM

Als koordinierende Zugangsstelle wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angeführt, eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Wie bereits in unserem Kommentar zum GDNG deutlich gemacht, sehen wir dies ohne Abwägung von Alternativen durchaus kritisch. Die Zugangsstelle benötigt eine unabhängige Struktur, da sie selbst umfangreichen Zugang zu Gesundheitsdaten erhält. Wir sehen die angeführten Zuständigkeiten nicht als behördliche Aufgaben an; Alternativen zum BfArM sollten daher notwendigerweise geprüft werden.

Im Geschäftsbereich des BfArM ist gleichzeitig auch das Forschungsdatenzentrum Gesundheit angesiedelt. Diese Bündelung von zwei umfassenden Aufgaben und Daten beim BfArM sehen wir kritisch. Die wechselseitige Unabhängigkeit beider Stellen muss zu jedem Zeitpunkt gegeben sein.

FDZ Gesundheit

Die Bereitstellung der Daten im FDZ Gesundheit für Forschungszwecke ist weiterhin grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl erscheint es uns sinnvoll auf die nachfolgenden Punkte, die teilweise auch schon an anderer Stelle erwähnt wurden, hinzuweisen.

Durch die fehlende Option der Verknüpfung von FDZ Gesundheit-Daten mit Primärdaten und weiteren Sekundär- und Registerdaten würde dieser Forschungsweig und das dadurch entstehende Potenzial nicht mehr genutzt werden können. Zudem ist eine Fokussierung auf das FDZ Gesundheit aus Sicht der Forschung fatal u. a. für Themen wie soziale Ungleichheiten o. ä., obwohl explizit die Schließung des gender data gap erwähnt wird (S. 4). Das FDZ Gesundheit hat derzeit nicht den vollen Datenumfang der in den Krankenkassen vorliegenden Daten. So sind z. B. Daten der Meldung zur Sozialversicherung oder Arbeitsunfähigkeits- oder Rehabilitationsdaten nicht oder nur sehr begrenzt enthalten. Durch das Fehlen von soziodemografischen Angaben wie Bildung, Tätigkeit, Einkommen sind viele für die Versorgung relevanten Themen der sozialen Ungleichheit etc. auch mit dem neuen Gesetzesentwurf nicht bzw. nicht mehr durchführbar, was dem eingangs formulierten Ziel „Gesundheitsdaten für Versorgung, Forschung und für die Verbesserung unseres Gesundheitssystems nutzbar zu machen“ deutlich widersprechen würde (S. 2). Aus Sicht der Forschung wird in diesem Zusammenhang auch der im Entwurf neu vorgesehene § 284a SGB V - Reallabore für Krankenkassen (S. 16) eher zu einem Anwachsen der Bürokratie bei den Aufsichtsbehörden und somit zu einer Mehrbelastung für diese führen. In Konsequenz kann sich dies, nach unserer Einschätzung, auf die Dauer von Genehmigungsverfahren nach § 75 SGB X für anderweitige Forschungsvorhaben nachteilig auswirken.

§ 75 Sozialgesetzbuch X: Im aktuellen Referentenentwurf ist diesbezüglich keine Anpassung des für die Gesundheitsforschung mit Sozialdaten maßgeblichen § 75 SGB X vorgesehen. So müssen Forschungsvorhaben die, bspw. im Rahmen des Innovationsfonds, eine Analyse von Daten einer oder mehrerer Krankenkassen außerhalb dieser vorsehen und zudem mit begrenzten Zeit- und Personalressourcen durchgeführt werden, weiterhin Anträge nach § 75 SGB X bei einer oder mehreren Aufsichtsbehörden stellen. Wir schlagen daher, in Einklang der gemeinsamen Stellungnahme des Deutsche Hochschulmedizin e. V. und des TMF e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Daten für die Forschung (Forschungsdatengesetz – FDG) vom 10.02.2026 vor, in Abstimmung mit dem BMFTR eine Ausnahmeregelung für Vorhaben zu schaffen, sofern von den betroffenen Personen eine Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Sozialdaten gegeben wird. Diese Anpassung würde maßgeblich zu den Zielen der Entbürokratisierung sowie der Nutzung der Daten für die Versorgung, Forschung und Verbesserung des Gesundheitssystems in Deutschland beitragen.

2.3 Datenverknüpfung

Mit Artikel 7, § 10 wird grundsätzlich eine recht weitgehende Verknüpfung von Daten erlaubt, was im Sinne der Forschung notwendig und damit sehr zu begrüßen ist. Arten, Quellen und Umfang werden aber nicht näher bestimmt. Zukünftige Linkageansätze dürfen nicht auf das Linkage mit Krebsregisterdaten beschränkt sein. Hier könnte durch eine explizite Benennung größere Klarheit geschaffen werden, jedoch mit der Option, die Anwendungsfälle dynamisch erweitern zu können, beispielsweise auch das Linkage mit sogenannten bei den betroffenen Personen direkt erhobenen Primärdaten. Denkbar wäre ein Bezug zu den Datenarten nach Art. 51 EHDS-Verordnung sowie speziell auf Art. 51 (2) mit der Möglichkeit der Mitgliedsstaaten, weitere Datenarten zuzulassen. Für die genaue Bestimmung könnte ein entsprechendes Verfahren vorgesehen werden. Bedenkenswert ist aus Sicht der

Forschung über Art. 51 hinaus eine weitergehende Möglichkeit der Verlinkung von Primärdaten (unabhängig von dem Publikationserfordernis der EHDS-VO (Art. 51 (1) p)), sowie explizit die Verlinkung mit Daten der Deutschen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit. Letzteres wäre u. a. für Themen der sozialen Ungleichheit oder Arbeitsgesundheit von großer Bedeutung.

Unter Bezug auf den Kommentar zu den Limitationen in den Datenbeständen oben ist zu bedenken, dass diese Limitationen auf absehbare Zeit auch für die verknüpfte Nutzung gelten.

2.4 Vertrauenswürdige Dateninhaber

Nach § 13 – Vertrauenswürdige Dateninhaber (S. 77) wird das BMG ermächtigt, vertrauenswürdige Gesundheitsdateninhaber zu benennen. Wir empfehlen ausdrücklich, Dateninhaber selbst oder ihre Verbände sowie die Gesundheitsdatennutzer (Fachgesellschaften und Verbände) mit in den Benennungsprozess einzubeziehen.

2.5 Sichere Verarbeitungsumgebungen

Nach § 14 Abs. (4) – Sichere Arbeitsumgebungen (S. 78), wird das BMG ermächtigt vertrauenswürdige Arbeitsumgebungen auszuwählen und die Anforderungen an die Anbieter diese Umgebungen zu regeln. Wir empfehlen ausdrücklich, Dateninhaber (als spätere Datennutzer) selbst oder ihre Verbände sowie die Forschung (Fachgesellschaften und Verbände) als primäre Zielgruppe im Kontext der Datennutzer mit in den Prozess einzubeziehen. Die Perspektive der späteren Nutzer spielt aus Sicht der Forschung eine entscheidende Rolle bei der Akzeptanz des Angebots zur Datennutzung. In diese Empfehlung fließen vor allem Erfahrungen mit dem FDZ Gesundheit ein, die zeigen, dass eine Verarbeitungsumgebung immer in direktem Austausch mit den späteren Nutzenden konzipiert und implementiert werden muss.

2.6 Verarbeitung von Gesundheitsdaten mit Genehmigung der Datenschutzaufsicht

Der § 26 Verarbeitung von Gesundheitsdaten mit Genehmigung der Datenschutzaufsicht (S. 83) entspricht in weiten Teilen dem § 75 SGB X, weshalb der konkrete Geltungsbereich in Abgrenzung zu bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht klar ist und explizit im Sinne der Forschungsfreundlichkeit und des besseren Zugangs zu notwendigen Gesundheitsdaten für die Forschung aufgezeigt und belastbar konkretisiert werden sollte.

2.7 Publikationspflicht

Wir begrüßen eine Publikationspflicht, halten aber einen Zeitraum von 18 Monaten nach Projektabschluss auf Basis langjähriger Erfahrung mit Projekt- und Publikationsarbeit für "alle Ergebnisse" als nicht realisierbar. In Anlehnung an das DNVF-Positionspapier (Hoffmann et al. 2025) empfehlen wir „mindestens 24 Monate“ anzusetzen sowie die Ergänzung „für erste Forschungsergebnisse“ einzufügen.

2.8 Fokus Krankenkassen nur noch auf Datenlieferung an FDZ Gesundheit und Reallabore

Der § 284a (S. 16) regelt die Errichtung von Reallaboren durch die Krankenkassen. Die Forschung sieht die Einbindung von Forschungseinrichtungen in die Umsetzung der Reallabore als höchst sinnvoll an. Dadurch können die wissenschaftliche Kompetenz und der Innovationsgeist der universitären Forschung mit der Datenexpertise der Krankenkassen verbunden werden, was zur Verbesserung von

Forschung und Versorgung beitragen würde. Aus unserer Sicht wäre es im Sinne guter Forschung unabdingbar, dass der Zugang zu diesen Reallaboren forschungsfreundlich gestaltet wird und die bei den Krankenkassen liegenden Daten durch weitere Datenquellen, insbesondere Primärdaten angereichert werden können.

Gleichzeitig besteht aus Sicht der Forschung die Gefahr, dass eine bisher mögliche direkte Datenlieferung durch die Krankenkassen und anderer Institutionen nicht mehr möglich sein wird oder mit erheblicher zeitlicher Verzögerung stattfindet. Dies gefährdet insbesondere personell und zeitlich begrenzte Forschungsvorhaben. Hier ist der Gesetzentwurf aus Sicht der Forschung nicht eindeutig. Zudem kommt die Perspektive der Forschung in diesem Entwurf zu kurz. Wir bitten daher nachdrücklich, den Gesetzestext im Sinne einer forschungsfreundlichen und nicht forschungsbehindernden Formulierung zu konkretisieren.

3 Literatur

- Swart, E.; Gothe, H.; Geyer, S.; Jaunzeme, J.; Maier, B.; Grobe, T. G.; Ihle, P. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. In: *Das Gesundheitswesen* 2015; 77(02): 120-126. DOI: 10.1055/s-0034-1396815
- Hoffmann, Wolfgang; Härter, Martin; Bierbaum, Thomas; Ansmann, Lena; Brütt, Anna Levke; Dreinhöfer, Karsten et al. (2025): Positionspapier des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V.: Was ist Versorgungsforschung? In: *Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/a-2592-5998.
- Ihle, Peter; Swart, Enno; Gothe, Holger; March, Stefanie; Goldhahn, Ludwig; Hoffmann, Falk; Stallmann, Christoph (2025): Softwaretools in den Analyseräumen des Forschungsdatenzentrum Gesundheit – Ergebnisse einer Onlinebefragung potentieller Nutzer:innen. In: *Gesundheitswesen* 87 (S 02), S205-S206. DOI: 10.1055/a-2592-7146.
- March, Stefanie; Andrich, Silke; Drepper, Johannes; Horenkamp-Sonntag, Dirk; Icks, Andrea; Ihle, Peter et al. (2019): Gute Praxis Datenlinkage (GPD). In: *Das Gesundheitswesen* 81 (8-09), S. 636–650. DOI: 10.1055/a-0962-9933.
- March, Stefanie; Hoffmann, Falk; Andrich, Silke; Gothe, Holger; Icks, Andrea; Meyer, Ingo et al. (2023): Forschungsdatenzentrum Gesundheit – Vision für eine Weiterentwicklung aus Sicht der Forschung. In: *Das Gesundheitswesen* 85 (S 02), S145-S153. DOI: 10.1055/a-1999-7436.