

Entscheidungsnotiz

Dokument 1 · Dr. Kai U. Heitmann · Release 1.54.1 – 7. September 2026

Geschrieben für: Krankenhausvorstände, kaufmännische Leitung und politische Entscheidungsebene.

Die Entscheidung

Klinische Software muss mit Patientendaten unter anderem zweierlei tun. **Austausch** ist die standardisierte Form, in der Daten ein System verlassen und ein anderes sie verarbeiten kann. **Speicherung** ist das Modell, in dem eine Organisation ihre klinischen Daten hält. Für den hier betrachteten europäischen Datenaustausch zielen die Umsetzungsarbeiten zum europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) und die deutschen Spezifikationen auf HL7 FHIR ab, ohne das interne Speichermodell vorzuschreiben. Der maßgebliche Datenbestand kann in einem proprietären Modell, in FHIR, in openEHR oder in einer Architektur geführt werden, die diese Modelle verbindet.

Die Empfehlung

Für wirklich neue Infrastruktur sollte FHIR das gemeinsame Modell für Speicherung und Austausch sein. Ein zusätzliches openEHR-Modell ist nur gerechtfertigt, wo ein nachgewiesener Vorteil in der klinischen Modellierung oder in der Governance die dauerhafte Last aus Transformation, Validierung und Pflege aufwiegt.

Jede kontrollierte Konversion muss spezifiziert, gepflegt und klinisch validiert werden, erzeugt fortlaufenden Aufwand und eine weitere Stelle möglichen semantischen Versagens. Ihre Zahl ist ein Architekturmerkmal und keine Maßzahl für Kosten oder Sicherheit: eine schlecht kontrollierte Konversion kann gefährlicher sein als zwei gut kontrollierte.

Mapping ist kein Einmalprojekt, sondern eine dauerhafte Architekturentscheidung.

FHIR für beides zugleich zu nutzen, kann eine standardübergreifende Grenze entfallen lassen, sofern die gespeicherte Darstellung zum geforderten Austauschprofil passt. Abbildungen aus Quellsystemen und Unterschiede zwischen FHIR-Profilen entfallen dadurch nicht.

Für den Standardweg sprechen außerdem die stärkere regulatorische Verankerung von FHIR und sein gegenwärtig breiteres Ökosystem aus Implementierungen, Werkzeugen und Fachkräften. Diese Vorteile wirken auf Beschaffung und Betrieb.

Das ist ein begründetes Urteil und kein Nachweis von Überlegenheit: dauerhafte FHIR-Datenbestände und produktive openEHR-Plattformen sind beide im großen Maßstab nachgewiesen, und für vergleichbare Architekturen fehlt eine Vergleichsstudie zu klinischen Ergebnissen oder Lebenszykluskosten.

Wo sie nicht gilt

- **Bestandssysteme.** Eine funktionierende Architektur zu ersetzen, kann mehr kosten und mehr Risiko schaffen, als Schnittstellen und Governance zu verbessern. Das interne Modell allein trägt keinen Austausch.
- **Nicht jedes neue Vorhaben.** Wer in einen bestehenden Datenbestand schreibt, hat keine offene Speicherentscheidung.
- **Sekundärnutzung.** Wo Daten für Forschung oder Berichtswesen herauskopiert werden, ist eine Konversion ohnehin nötig.

Drei Fragen für die Entscheidung

1. Wie viele **kontrollierte Konversionen** liegen zwischen Erfassung und Nutzung, und **ist jede nötig**?
2. Wie werden die **Modelle**, die **Terminologie** und jede **Konversion validiert**, damit festgelegte sicherheitskritische Bedeutung erhalten bleibt und über **Versionen** hinweg **konsistent** ist?
3. Bleiben nach einem Anbieterwechsel die **Daten** und die **Modelle** zu ihrer Auslegung **verfügbar**?

Die Antworten gehören in den Vertrag: klinische Validierung, Versionspflege, Datenexport und Modellverfügbarkeit.

Transparenz: Der Autor ist Geschäftsführer von HL7 Deutschland und Senior Expert bei HL7 Europe. Die Empfehlung ist seine persönliche fachliche Einschätzung, keine offizielle Position dieser Organisationen. HL7® und FHIR® sind eingetragene Marken von Health Level Seven International. Herleitung und Quellen stehen in den Dokumenten 2 bis 6.