

# Umsetzungshinweise der DKG für die elektronische Patientenakte nach § 341 SGB V

**13.10.2020**

Version: 1.0

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	4
1.1 Zielgruppe.....	4
1.2 Entwicklung der vorliegenden Umsetzungshinweise .....	4
1.3 Aufbau des Dokuments .....	4
2. Rechtliche Grundlagen.....	5
2.1 Die elektronische Patientenakte nach § 341 SGB V.....	5
2.2 Pflichten der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der ePA .....	7
2.2.1 Ausstattung mit Komponenten und Diensten der TI.....	7
2.2.2 Unterstützung des Patienten bei der (erstmaligen) Befüllung der ePA ...	7
2.2.3 Übermittlung von Daten in die ePA.....	8
2.3 Zuschläge für Befüllung der ePA.....	8
3. Eckpunkte der ePA .....	10
3.1 Abgrenzung der ePA zu weiteren Anwendungen zum Austausch von Behandlungsdaten .....	10
3.2 ePA-Ausbaustufen und Berechtigungskonzept .....	12
3.3 ePA-Berechtigungen im Krankenhaus.....	14
3.4 Metadaten der ePA.....	14
3.5 Zusammenhang Medizinische Informationsobjekte (MIO) und ePA.....	14
4. Notwendige Komponenten für die Nutzung der ePA.....	16
4.1 eHealth-Kartenterminals .....	16
4.2 PTV4-Konnektor .....	17
4.3 Institutionskarte (SMC-B).....	17
4.4 Anpassung der Primärsysteme.....	18
5. Empfehlungen der DKG zur Umsetzung der ePA in den Krankenhäusern .....	18
5.1 Priorisierung von Dokumententypen zur Übertragung in die ePA.....	19
5.2 Integration der ePA in die Prozesse eines Krankenhauses.....	21
5.2.1 Aktivierung des Aktenkontos.....	21
5.2.2 Zugriffsfreigabe durch den Patienten auf die ePA.....	21
5.2.3 Einsicht und Übernahme der Dokumente aus der ePA.....	22
5.2.4 Übertragung von Dokumenten in die ePA.....	23
5.3 Architekturvarianten zur Umsetzung der ePA.....	23
5.3.1 Realisierung einer zentralen Schnittstelle zur ePA (1:1-Schnittstelle)...	23
5.3.1.1 Anbindung an das Archivsystem.....	24
5.3.1.2 Anbindung an das klinische Arbeitsplatzsystem (KAS).....	25
5.3.1.3 Anbindung der ePA über eine Dokumenten- und Datenplattform.....	25

---

5.3.1.4	Anbindung an sonstige Systeme .....	26
5.3.2	Realisierung mehrerer Schnittstellen zur ePA (1:n-Schnittstellen).....	26
5.4	Empfehlungen zum Projektvorgehen zur Umsetzung der ePA.....	26
Anlage	(Übersicht der ePA-Anwendungsfälle).....	28
Abkürzungsverzeichnis.....		29

---

## 1. Einleitung

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) werden die Rahmenbedingungen zur flächendeckenden Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA) in Deutschland konkretisiert. Entscheiden sich Versicherte zur Nutzung einer solchen ePA, haben sie künftig einen Anspruch darauf, dass am Ende der Behandlung Informationen aus dem Behandlungsverlauf in die ePA übertragen werden.

Krankenhäuser stellt die Integration des ePA-Datenaustauschs in die etablierten Prozesse vor besondere Herausforderungen. Es stellt sich eine Reihe von Fragen, z. B. welche Prozesse dafür zu betrachten und welche Systeme, Komponenten und Schnittstellen dazu erforderlich sind. Krankenhäuser haben sich für die Nutzung der ePA an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen. Wird die Anwendung ePA im Krankenhaus nicht umgesetzt drohen ab dem Jahr 2022 Sanktionen.

Die vorliegenden Umsetzungshinweise sollen Krankenhäuser dabei unterstützen, die im konkreten Krankenhaus sinnvolle Lösung für die Anbindung an die ePA zu identifizieren und die für Umsetzung wichtigen Schritte von der Planung bis zur Realisierung durchzuführen.

### 1.1 Zielgruppe

Die vorliegenden Umsetzungshinweise richten sich an Geschäftsführungen, kaufmännische Leitungen, IT-Leitungen und IT-Projektleitungen in den Krankenhäusern sowie an Mitarbeiter des Qualitätsmanagements und der Organisationsentwicklung.

### 1.2 Entwicklung der vorliegenden Umsetzungshinweise

Die Erarbeitung der vorliegenden Umsetzungshinweise, insbesondere die in Kap. 5 enthaltenen Empfehlungen wurden mit Experten aus Krankenhäusern und den Mitgliedsverbänden der DKG in einer hierfür etablierten Arbeitsgruppe „Umsetzung der ePA in den Krankenhäusern“ erarbeitet und in den zuständigen Gremien der DKG diskutiert und freigegeben. Die Geschäftsstelle dankt allen Beteiligten ausdrücklich für ihre engagierte Mitarbeit.

### 1.3 Aufbau des Dokuments

In **Kapitel 2** werden die rechtlich definierten Pflichten der Krankenhäuser dargestellt, die neben dem Anschluss an die TI die Unterstützungsleistungen des Patienten bei der erstmaligen Befüllung der ePA auch die Befüllung der ePA mit Dokumenten und Daten umfassen.

Am Anfang von Kapitel 3 steht die Gegenüberstellung der Anwendungen ePA, der Elektronischen Fallakte (EFA) und der Kommunikation im Medizinwesen (KIM). Die Darlegung zeigt, dass sich die Nutzung der drei Anwendungen nicht ausschließt sondern zur Bedienung unterschiedlicher Anwendungsfälle und Szenarien sinnvoll ergänzt. Zudem werden die bisher in den verschiedenen gematik-Spezifikationsdokumenten verteilten Informationen zu Metadaten, das Berechtigungskonzept der ePA und der Zeitplan der stufenweisen Umsetzung im aktuellen Diskussionstand zusammengefasst.

---

Die notwendigen TI-Komponenten zum Betrieb der ePA, wie der PTV4-Konnektor und die SMC-B für den Zugriff sowie eHealth-Terminals und eGKs für ad hoc-Berechtigungserteilungen, werden ergänzend zu den aktuellen TI-Hinweisen der DKG in Kapitel 4 aufgeführt.

Den Kern der Umsetzungshinweise bildet **Kapitel 5** mit konkreten Hinweisen zur Umsetzung der ePA in Krankenhäusern. Dabei wird auch die Umsetzung der Anwendungsfälle der ePA in den Krankenhausprozessen skizziert und bewertet sowie mögliche Architekturvarianten zur Umsetzung der ePA erläutert. Als Ergänzung zu Kapitel 5 wird in der **Anlage** eine tabellarische Auflistung der umzusetzenden ePA-Anwendungsfälle sowie Vorüberlegungen zu den Verantwortlichkeiten, technischen Anforderungen und Umsetzungsoptionen zur Verfügung gestellt.

## 2. Rechtliche Grundlagen

Das folgende Kapitel fasst die rechtlichen Grundlagen zur elektronischen Patientenakte (ePA) zusammen. In eckigen Klammern finden sich die Verweise auf die entsprechenden Rechtsgrundlagen.

*Hinweis:* Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der vorliegenden Umsetzungshinweise war das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) noch nicht in Kraft getreten. In den rechtlichen Bezügen und Verweisen werden im Folgenden dennoch die Regelungen des PDSG zugrunde gelegt. Wird im Einzelfall auf die Rechtslage vor Inkrafttreten des PDSG verwiesen, wird hinter die zitierte Gesetzesnorm ein „(alt)“ gesetzt.

### 2.1 Die elektronische Patientenakte nach § 341 SGB V

Die ePA ist eine **patientengeführte Akte**, in der Patienten künftig lebenslang ihre gesundheitsbezogenen Daten speichern und verwalten können. Die ePA ermöglicht einen Austausch der Dokumente des Patienten zwischen an seiner Behandlung beteiligten Arzt-, Psychotherapeut- und Zahnarztpraxen sowie Apotheken und Krankenhäusern (kurz Leistungserbringern). „Patientengeführt“ bedeutet, dass der Patient entscheidet, welche Daten in der ePA gespeichert oder wieder gelöscht werden und wer auf welche Daten in der ePA zugreifen darf [§ 341 Abs. 1 SGB V]. Ab Januar 2021 müssen alle gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine ePA anbieten [§ 291a 5c SGB V (alt)]. Die Nutzung für den Patienten ist freiwillig. Entscheidet sich der Patient für die Nutzung einer ePA, hat er einen **Rechtsanspruch auf die Befüllung seiner Akte** durch die Leistungserbringer [§§ 347, 348 SGB V].

Unter § 341 Abs. 2 SGB V sind die Daten aufgelistet, für die es eine Möglichkeit geben soll, in die ePA eingestellt zu werden. In der folgenden Auflistung finden sich in Klammern die **Fristen, ab der die von den Kassen betriebenen ePA-Systeme die Bereitstellung und Verarbeitung der genannten Daten gewährleisten müssen** (siehe Abschnitt „ePA-Ausbaustufen und Berechtigungskonzept“). Dazu gehören:

- **Medizinische Informationen über den Versicherten** (spätestens ab 2021):  
Daten zu Befunden, Diagnosen, Therapien und Früherkennungsuntersuchungen,  
Daten des elektronischen Medikationsplans nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer

---

4, Daten der elektronischen Notfalldaten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und elektronische Arztbriefe [§ 341 Abs. 1 Nr. 1 SGB V],

- **Gesundheitsdokumente, die durch den Versicherten eingestellt werden** [§ 341 Abs. 2 Nr. 6 SGB V] (spätestens ab 2021).
- **Medizinische Informationsobjekte (MIOs)** (ab 2022):  
Desweiter sind die gerade in Erarbeitung befindlichen Medizinischen Informationsobjekte, wie der elektronische Impfpass, der elektronische Mutterpass, das elektronische Kinderuntersuchungsheft und das elektronische Zahnbonusheft (weitere Erläuterungen in Abschnitt „3.5 Zusammenhang Medizinische Informationsobjekte (MIO) und ePA“), zur Übertragung in die ePA vorgesehen [§ 341 Abs. 2 Nr. 2, 3, 4, 5 SGB V].
- **Daten der Krankenkassen bzw. Daten des Versicherten für die Krankenkassen** (spätestens ab 2022):  
Vorgesehen sind u. a. bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten sowie Daten, die der Versicherte seiner Krankenkasse zum Zwecke der Nutzung zusätzlicher Anwendungen zur Verfügung stellt [§ 341 Abs. 2 Nr. 7, 8, 9 SGB V].
- **Daten zur pflegerischen Versorgung des Versicherten** (spätestens ab 2023):  
nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und 39c und der Haus- oder Heimpflege nach § 44 des Siebten Buches und nach dem Elften Buch [§ 341 Abs. 2 Nr. 10 SGB V].
- **Elektronische Verordnungen nach § 360 Abs. 1 SGB V** (spätestens ab 2022):  
Die Erstellung einer elektronischen Verordnung sowie die Übergabe an den Versicherten (oder in Spezialfällen direkt an die Krankenhausapothek) erfolgt außerhalb der ePA. Hierbei wird ein Zugriffstoken erstellt und übermittelt, auf das der Versicherte, abgesehen von Spezialfällen, über ein eigenes Frontend zugreifen kann oder das er als Ausdruck erhält. Das eRezept wird durch den Medikationsplan als Langzeitdokumentation für die Versicherten ergänzt. Die gematik untersucht, wie Dispensierdaten von elektronischen Verordnungen in die ePA eingestellt werden können.
- **Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung:**  
Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) muss gemäß der gesetzlichen Vorgaben **ab dem 1.1.2021** direkt vom Krankenhaus und weiteren Leistungserbringern an die Krankenkasse übermittelt werden, wobei hierfür der Dienst „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM, ehemals KOM-LE) und nicht die ePA zum Einsatz kommen wird. Ab dem 1.1.2022 wird die eAU in einem weiteren Schritt von der Krankenkasse an den Arbeitgeber des Versicherten übermittelt. Im Zuge der schrittweisen Einführung entfallen zunächst die Muster 1a (Ausfertigung Krankenkasse) und 1d (Ausfertigung Verbleib Arzt), ab 2022 auch Muster 1b (Ausfertigung Arbeitgeber). Der Versicherte erhält eine Ausfertigung (Muster 1c) für sich sowie bis Ende 2021 eine Ausfertigung für den Arbeitgeber (Muster 1b). Beide Ausfertigungen können dem Versicherten ausgehändigt oder ihm in der ePA zur Verfügung gestellt werden. Laut PDSG müssen die von den Kassen betriebenen ePA-Systeme das Einstellen der eAU **spätestens ab 2023** technisch unterstützen [§ 342 Abs. 2 Nr. 3 SGB V].

---

*Hinweis:* Über eine mögliche Verschiebung der Einführung der eAU wird nach Klärung gesondert per Rundschreiben informiert.

- **Sonstige von den Leistungserbringern für die Versicherten bereitgestellte Daten** (spätestens ab 2023).

## **2.2 Pflichten der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der ePA**

Die Pflichten der Krankenhäuser gemäß §§ 341 ff. SGB V umfassen in Bezug auf die ePA die technische Ausstattung mit Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur, Unterstützungsleistungen des Patienten bei der Befüllung der ePA und die Übermittlung von Daten in die ePA auf Wunsch des Patienten.

### **2.2.1 Ausstattung mit Komponenten und Diensten der TI**

Die Krankenhäuser haben sich bis zum 1. Januar 2021 mit den für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten (siehe Kapitel „4 Notwendige Komponenten für die Nutzung der ePA“) und sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen [§ 341 Abs. 7 SGB V]. Ab dem 1. Januar 2022 ist ein Abschlag in Höhe von 1 % des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall vorgesehen, sofern ein Krankenhaus seiner Verpflichtung zur Ausstattung für den Zugriff auf die ePA bis 31.12.2021 nicht nachgekommen ist [§ 5 Abs. 3e Satz 1 KHEntgG]. Eine rückwirkende Sanktionierung für Krankenhäuser, welche die ePA im Jahresverlauf 2021 umgesetzt haben, ist aus Sicht des Gesetzgebers nicht vorgesehen.

*Hinweis:* Die Umsetzung der Sanktionierung ab dem 1.1.2022 wird Gegenstand der Überarbeitung der Finanzierungsvereinbarung zur Telematikinfrastruktur. Hierzu wird nach Abschluss gesondert per Rundschreiben informiert.

### **2.2.2 Unterstützung des Patienten bei der (erstmaligen) Befüllung der ePA**

Auf Wunsch der Patienten muss das Krankenhaus den Patienten bei der **Verarbeitung medizinischer Daten** in der ePA unterstützen. Dies umfasst die Übermittlung von medizinischen Daten und ist ausschließlich auf medizinische Daten „**aus der konkreten aktuellen Behandlung**“ beschränkt [§ 346 Abs. 1 SGB V]. Die Aufgaben im Rahmen der Unterstützung können auf Gehilfen im Krankenhaus übertragen werden [§ 346 Abs. 1 SGB V].

Weiterhin muss das Krankenhaus auf Verlangen des Patienten diesen bei der **erstmaligen Befüllung der ePA** unterstützen. Die Unterstützungsleistung umfasst auch hier die Übermittlung von medizinischen Daten in die ePA und ist ausschließlich auf den aktuellen Behandlungskontext beschränkt. Eine Übertragung der Unterstützung bei der erstmaligen Befüllung auf Gehilfen ist ebenso zulässig [§ 346 Abs. 3 SGB V]. Je erstmaliger Befüllung der ePA eines gesetzlich Krankenversicherten erhält das Krankenhaus ab dem 1. Januar 2021 über einen Zeitraum von zwölf Monaten eine einmalige Vergütung in Höhe von 10 Euro. Die Vergütung kann für einen Patienten nur einmalig abgerechnet werden (siehe Abschnitt „2.3 Zuschläge für Befüllung der ePA“).

### 2.2.3 Übermittlung von Daten in die ePA

Für Daten, die bei der Krankenhausbehandlung des Versicherten **elektronisch erhoben wurden**, haben Versicherte einen Anspruch auf die Übertragung der Daten in ihre elektronische Patientenakte [§ 348 Abs. 1 SGB V]. Das PDSG nennt hier explizit Daten, die das Krankenhaus auf Verlangen des Patienten zur Verfügung stellen muss. Die von den Kassen betriebenen ePA-Systeme müssen bis zu den in der folgenden Tabelle aufgeführten Fristen die genannten Daten speichern und bereitstellen können.

Der Versicherten hat Anspruch auf die Übertragung folgender Daten durch das Krankenhaus [§ 348 Abs. 1 SGB V]	Frist, bis die ePA das Einstellen dieser Daten unterstützen muss [§ 341 SGB V]
Daten zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten und geplanten Therapiemaßnahmen,	spätestens ab 2021
Daten des elektronischen Medikationsplans nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V	spätestens ab 2021
Daten der elektronischen Notfalldaten nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V	spätestens ab 2021
Daten in elektronischen Briefen zwischen den an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen (elektronische Arztbriefe)	spätestens ab 2021
Elektronisches Zahnbonusheft	spätestens ab 2022
Elektronisches Untersuchungsheft für Kinder	spätestens ab 2022
Elektronischer Mutterpass	spätestens ab 2022
Elektronische Impfdokumentation	spätestens ab 2022
Daten elektronischer Verordnungen nach § 360 Absatz 1 SGB V	spätestens ab 2022
Sonstige von den Leistungserbringern für den Versicherten bereitgestellte Daten	spätestens ab 2023
Daten zur pflegerischen Versorgung des Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und 39c und der Haus- oder Heimpflege nach § 44 des Siebten Buches und nach dem Elften Buch	spätestens ab 2023

### 2.3 Zuschläge für Befüllung der ePA

Das Zuschlagsvolumen und die Höhe des Zuschlags für das Anlegen und für die Nutzung der ePA sowie den Abschlag bei nicht fristgemäßer Anbindung an die Telemedizininfrastruktur können die Krankenhäuser und die Kostenträger vor Ort jeweils im Rahmen der Vereinbarung des Erlösbudgets bzw. des Gesamtbetrags sowie der übrigen Zuschläge und der sonstigen Entgelte festlegen.

Je voll- oder teilstationärem Fall, für den ein Krankenhaus die im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandenen Daten in der elektronischen Patientenakte speichert, ist im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ein Zuschlag von **fünf Euro** vorgesehen [§ 4 SGB V zu § 5 Abs. 3g (neu) KHEntgG].

Versicherte erhalten, wie in Abschnitt 2.2. dargestellt, nach Anlage der ePA eine erstmalige Befüllung mit medizinischen Behandlungsdaten [§ 346 Abs. 3 SGB V]. Die damit verbundene Leistung wird für gesetzlich Krankenversicherte im Jahr 2021 ebenfalls durch einen einmaligen Zuschlag je erstmaliger Befüllung in Höhe von **zehn Euro** finanziert. Ab 2022 entfällt der Zuschlag für die erstmalige Befüllung der ePA. Für Patienten anderer Kostenträger, wie der privaten Krankenversicherung, vereinbaren die Vertragspartner ein Zuschlagsvolumen [§ 334 SGB V].

Entgelt	Betrag
Beratungspauschale bei erstmaliger Befüllung mit medizinischen Behandlungsdaten beschränkt auf 2021 [§ 346 Abs. 3 und 5 (neu) SGB V i.V.m. § 5 Abs. 3g (neu) KHEntgG]	10,00 EUR
Je voll- oder teilstationären Fall, für den Daten in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden [§ 4 SGB V i.V.m. § 5 Abs. 3g (neu) KHEntgG]	5,00 EUR

Tabelle 1: Übersicht über Entgelte

---

### 3. Eckpunkte der ePA

#### 3.1 Abgrenzung der ePA zu weiteren Anwendungen zum Austausch von Behandlungsdaten

Zum Austausch von Gesundheitsdaten zu einem Patienten sind neben der ePA weitere Anwendungen vorgesehen, die sich bezüglich der Anwendungsszenarien von dieser unterscheiden.

Die **Elektronische FallAkte (EFA)** gibt autorisierten Leistungserbringern, z. B. Ärzten, einrichtungsübergreifend eine strukturierte Sicht auf die Dokumente zu einem medizinischen Behandlungsfall eines Patienten. Die EFA wird im Gegensatz zur ePA grundsätzlich von den behandelnden Leistungserbringern geführt – als Instrument zur sektoren- und professionsübergreifenden Vernetzung von Leistungserbringern. Sie ermöglicht die sichere, behandlungsbezogene Kommunikation von Krankenhausärzten, niedergelassenen Ärzten sowie nicht-ärztlichen Behandlern, wie z. B. Pflegeeinrichtungen und Physiotherapeuten. Inhaltlich ist die EFA auf einen Behandlungsfall ausgerichtet. Entscheidend beim Informationsaustausch mittels EFA ist, dass der Arzt/Leistungserbringer sich auf die Vollständigkeit der Informationen verlassen kann und eine anlassbezogene Sicht auf die relevanten medizinischen Informationsobjekte erhält.

Für die Anlage einer EFA wird die Zustimmung des Patienten gemäß DSGVO benötigt. Zugriff erhalten mit Zustimmung des Patienten alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer. Diese haben vollen Zugriff auf die EFA, d. h. sie können alle Inhalte lesen und alle Informationen, die sie für die Behandlung relevant erachten, einstellen. Nach Abschluss der Behandlung wird die EFA geschlossen und nach einem definierten Zeitraum gelöscht. Der Abschluss muss nicht zwingend die vollständige Genesung des Patienten implizieren, sondern bedeutet lediglich, dass kein Erfordernis einer engen Abstimmung und unmittelbaren Datenkommunikation zwischen verschiedenen Einrichtungen mehr besteht.

Seit 2009 wird die EFA unabhängig von der TI durch den Verein Elektronische FallAkte e. V. weiterentwickelt. Bei der Weiterentwicklung können die Festlegungen zur TI aufgegriffen werden. Die Geschäftsstelle der DKG hat eine beispielhafte Anbindung der EFA an die TI mit einem Migrationsprojekt der gematik begleitet. Die EFA kann als sicheres Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Abs. 1e SGB V (alt) bzw. § 311 Abs. 6 SGB V (neu) angesehen werden. Eine entsprechende formale Einstufung durch die gematik steht jedoch noch aus.

Die **Kommunikation im Medizinwesen** (kurz: KIM, ehemals KOM-LE) wurde entwickelt, um auf einem sicheren Weg Nachrichten über die Telematikinfrastruktur zwischen Leistungserbringern auszutauschen. In dieser Kommunikation ist – wie bei der EFA und im Gegensatz zur ePA – der Patient nicht eingebunden. Vorteile gegenüber einer Standard-E-Mail sind die verlässlichen Absender- und Empfängerangaben, die signaturbasierte Prüfung auf Manipulation, die Verschlüsselung sowie die optionale Integration in das Primärsystem. Technisch gesehen wird bei KIM eine verschlüsselte Mail-Kommunikation aufgebaut, wobei unterschiedliche Provider diesen Dienst anbieten. KIM muss für die Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu den Krankenversicherungen genutzt werden. KIM kann künftig zu-

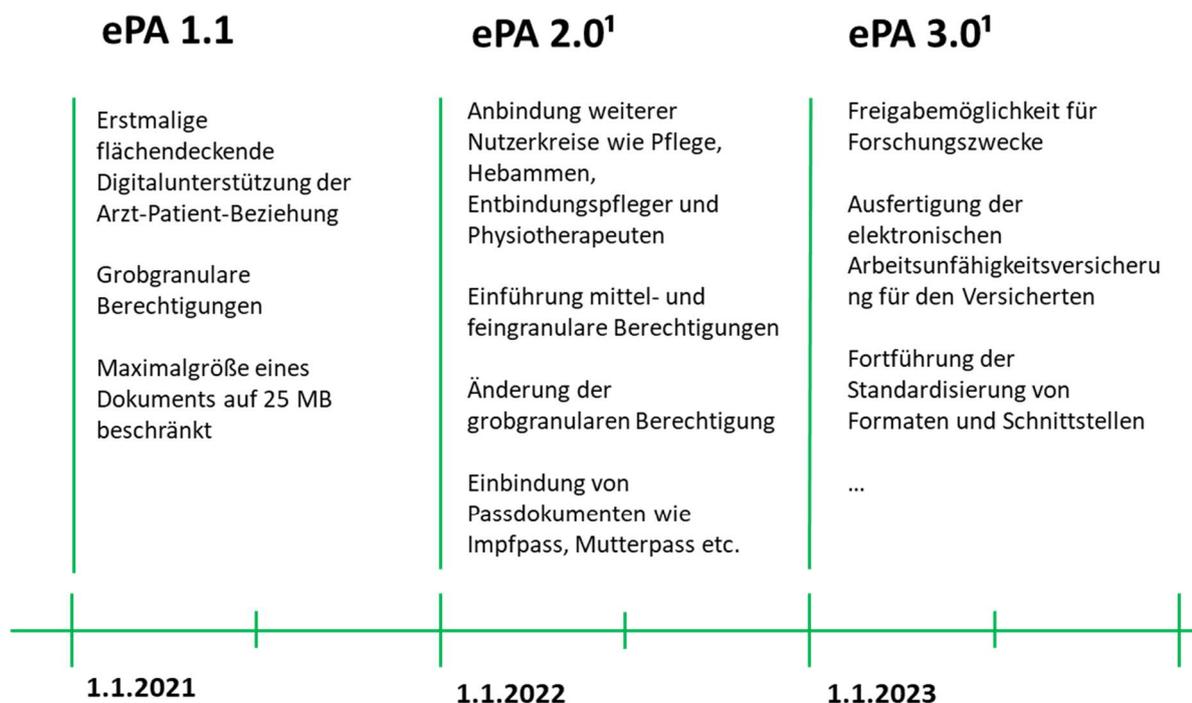
nehmend für die adressierte Übermittlung von Dokumenten, wie zum Beispiel für Befunde (Labor-, Radiologiebefunde), vertragsärztliche Abrechnungsdaten und Arztbriefe sowie Bilddaten verwendet werden.

Anwendung	EFA	ePA	KIM
Eigenschaften			
Auswahl der Inhalte	Leistungserbringer	Patient, nach Beratung mit Leistungserbringer	Leistungserbringer
Art der Inhalte	Fallakten enthalten nur Dokumente / Informationen, die relevant für diesen Fall sind (Zweckbindung)	Der Patient bestimmt im Detail, welche Dokumente in der Akte enthalten sind (keine Zweckbindung).	Alternative zur E-Mail-Kommunikation außerhalb der TI. Asynchroner, gerichteter Austausch von Dokumenten zwischen Leistungserbringern und weiterenberechtigten Beteiligten.
Zugriffsberechtigung	Zugriff erhalten mit Zustimmung des Patienten alle Leistungserbringer, die in den vorliegenden (Behandlungs-)fall involviert werden	Zugriff erteilt der Patient zeitlich begrenzt oder unbegrenzt an ausgewählte Leistungserbringer. Er kann den Zugriff für die Leistungserbringer auf bestimmte Informationen durch die Vergabe differenzierter Zugriffsrechte beschränken.	Prüfung der Adressdaten berechtigter Empfänger anhand des Verzeichnisdienstes der TI.
Befristung	Zeitlich befristet bis zum Abschluss des (Behandlungs-)Falls	Keine Befristung, kann lebenslang geführt werden	Anlassbezogene Kommunikation zwischen Leistungserbringern
Spezifizierung durch	Spezifikation vom Verein elektronische FallAkte e. V.	Spezifikation durch die gematik	Spezifikation durch die gematik

Tabelle 2: Übersicht über die Eigenschaften der Anwendungen EFA, ePA, KIM

## 3.2 ePA-Ausbaustufen und Berechtigungskonzept

Die Möglichkeiten der ePA werden in drei Stufen weiter ausgebaut und erweitert. Zu dem Berechtigungsmanagement haben umfangreiche Diskussionen mit Datenschützern und weiteren Verbänden stattgefunden. Das Berechtigungsmanagement wird über die Umsetzungsstufen verfeinert und verändert.



<sup>1</sup> Diskussionsstand Oktober 2020

Abbildung 1: Umsetzungsstufen der ePA

In der **ersten Umsetzungsstufe** (1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021) wird dem Versicherten ermöglicht, ausgewählte Leistungserbringer zeitlich beschränkt (von einem Tag bis maximal 18 Monate) zum Zugriff auf die ePA zu berechtigen. Die Berechtigungsvergabe kann beim Leistungserbringer ad hoc oder per Endgerät des Versicherten erfolgen. Der Versicherte kann in der ersten Ausbaustufe lediglich Berechtigungen auf die Kategorien „selbst eingestellte“ oder „von Leistungserbringern eingestellte Daten“ vergeben (grobgranulares Berechtigungsmanagement). Gemäß aktueller Spezifikationsentwürfe der gematik zum Datenmodell der ePA werden die Dokumenteneinordnungen „vom Leistungserbringer eingestellt“ und „vom Versicherten eingestellt“ mit dem Übergang von ePA-Umsetzungsstufe 1 zu Folgestufen in das neue Rechtesystem mit der Möglichkeit zur mittel- und feingranularen Berechtigung überführt. [§ 342 Abs. 2 Satz 1 SGB V]

In der **zweiten Umsetzungsstufe** der ePA (1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022) wird die Möglichkeit geschaffen, dass Versicherte Berechtigungen für Leistungserbringer auf spezifische Dokumente und Datensätze (feingranulares Berechtigungsmanagement) bzw. auf Gruppen von Dokumenten der ePA erteilen können (mittelgranulares Berechtigungsmanagement). Die Zugriffsfreigabe kann ab 2022 auch zeitlich unbefristet erfolgen. Das feingranulare Berechtigungsmanagement auf einzelne Dokumente soll nur mit einer Benutzeroberfläche über mobile Endgeräte des Versicherten möglich sein. Für Versicherte, die diese Benutzeroberfläche nicht nutzen wollen oder können, ist ein mittelgranulares Berechtigungsmanagement vorgesehen,

bei dem eine Berechtigungsvergabe ad hoc beim Leistungserbringer auf Kategorien von Dokumenten und Datensätze, konkret auf „Fachgebietskategorien“ und Dokumentenkategorien z.B. „Arztbriefe“, „Medikationsplan“ möglich sein soll. Die gematik hat in einem längeren Diskussionsprozess, dem gesetzgeberischen Auftrag folgend, eine Liste von zehn „Fachgebietskategorien“ einschließlich der Kategorie „Krankenhaus“ definiert. Die mittelgranulare Berechtigung auf „Fachgebiets- und Dokumentenkategorien“ kann sowohl ad hoc beim Leistungserbringer als auch vom mobilen Endgerät erfolgen. Zum Zeitpunkt der Umsetzung der zweiten Ausbaustufe der ePA soll weiterhin die Anbindung von weiteren Nutzerkreisen (wie Rehakliniken, häusliche Pflege, selbständige Hebammen und selbständigen Physiotherapeuten) ermöglicht werden. [§ 342 Abs. 2 Satz 2 SGB V]

In der **dritten Umsetzungsstufe** (1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023) soll gemäß aktueller Überlegungen durch die Krankenkassen gewährleistet werden, dass die Versicherten die Möglichkeit haben, Daten ihrer ePA zu Forschungszwecken zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus prüft derzeit die gematik, ob und ggf. wie eine Weiterentwicklung der DiGA-Anbindung und des Umgangs mit Bilddaten ausgearbeitet werden kann. [§ 342 Abs. 2 Sätze 3 und 5 SGB V]

Die Verknüpfung der ePA und Austausch mit anderen Fachanwendungen der TI sowie ein mobiler Zugriff für Leistungserbringer sind Themen, die in den Stufen ab 2024 realisiert werden sollen. Damit die Ausbaustufen der ePA zeitgerecht umgesetzt werden können, muss eine enge Abstimmung der Rolloutplanung der gematik sowie der Release-Planung der Hersteller erfolgen.

Berechtigung	ePA-Umsetzungsstufe	Berechtigung auf	Vergabe der Berechtigung im Krankenhaus
Grobgranular I ab 1.1.2021	<b>Umsetzungsstufe 1</b> ab 1.1.2021	Gemäß des Einstellers der Dokumente - vom Leistungserbringer eingestellt - vom Versicherten eingestellt - Dokument eines Kostenträgers	Am mobilen Endgerät des Patienten und/oder ad hoc beim Leistungserbringer
Grobgranular II ab 1.1.2022	<b>Umsetzungsstufe 2</b> ab 1.1.2022 - ersetzt Grobgranular I	Vertraulichkeitsstufen <sup>1</sup> - normal vertraulich - vertraulich - streng vertraulich	Am mobilen Endgerät des Patienten und/oder ad hoc beim Leistungserbringer
Mittelgranular	<b>Umsetzungsstufe 2</b> ab 1.1.2022	Fachgebiets- und Dokumentenkategorien	Am mobilen Endgerät des Patienten und/oder ad hoc beim Leistungserbringer
Feingranular	<b>Umsetzungsstufe 2</b> ab 1.1.2022	Spezifische Dokumente und Datensätze	Nur am mobilen Endgerät des Patienten

Tabelle 3: Berechtigungsstufen der ePA, Entwurfsfassung Spezifikation der gematik

<sup>1</sup> „Die Vertraulichkeitsstufe vertraulich (restricted) betrifft Dokumente, die der Versicherte an seinem FdV als vertraulich gekennzeichnet hat, sowie Dokumente, die von Leistungserbringern auf Wunsch des Versicherten als vertraulich eingestellt wurden. Falls eine Freigabe auf Dokumente der Vertraulichkeitsstufe restricted erfolgt, ist damit eine Freigabe auf Dokumente der Vertraulichkeitsstufe normal verbunden.“ (<https://www.vesta-gematik.de/standards/detail/standards/implementierungsleitfaden-primaersysteme-epa-4/>)

---

### 3.3 ePA-Berechtigungen im Krankenhaus

Die Ärzte und Gehilfen des Krankenhauses sind nach § 352 Abs. 1 und 2 lit. a) bb SGB V zur Bearbeitung und zum Zugriff auf die Daten der ePA berechtigt. Das Krankenhaus wird als Institution berechtigt bzw. eine Organisationseinheit wie die psychiatrische Abteilung. Dies bedeutet nicht, dass Mitarbeiter der Institution diese Berechtigung ohne weiteres nutzen dürfen. Dies ist erst gestattet, wenn die Mitarbeiter am Behandlungsfall beteiligt sind. Dies wird durch ein einrichtungsinternes Identitäts- und Berechtigungsmanagement durchgesetzt. Ergänzend hat der Gesetzgeber festgelegt, dass nachprüfbar elektronisch protokolliert werden muss, wer welche Daten aus der ePA abgerufen hat [291a Abs. 5 Satz 6 SGB V], und dass der Zugriff unter Aufsicht eines HBA-Inhabers erfolgt [291a Abs. 4 Pkt. 2 lit. d) SGB V], wobei der HBA dazu nicht in ein Kartenterminal gesteckt werden muss.

### 3.4 Metadaten der ePA

In der ePA sind Metadatenattribute zur Kennzeichnung und späteren Suche und Gruppierung der Dokumente vorgesehen, jedoch keine klassische, mehrstufige Ordnerstruktur. Die Metadaten wurden im Rückgriff auf die vom IHE Deutschland e. V. empfohlenen Wertemengen (sog. Value Sets) und Codesysteme definiert und werden von der gematik gepflegt. Neben den Metadatenattributen zur Beschreibung des Autors eines Dokuments (Name des Autors; Institution, die dem Autor zugeordnet ist; Rolle des Autors; fachliche Spezialisierung...), dem Zeitpunkt der Erstellung, der Vertraulichkeitskennzeichnung etc. sind Metadaten unter Nutzung der Value Sets für die Art der Einrichtung<sup>2</sup>, die Art des Dokuments<sup>3</sup> und die Dokumentenformate<sup>4</sup> vorgesehen. Für das Einstellen strukturierter Dokumente, wie beispielweise der Medizinischen Informationsobjekte (MIO), der Notfalldaten, der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, wird zudem das Value Set „Dokumentenklassen“<sup>5</sup> als Metadatum vorgesehen. Weitere Informationen zu den Metadaten enthält das Dokument „Datenmodell ePA“<sup>6</sup> aus dem jeweils aktuellen Dokumentenpaket der gematik für den Online-Produktivbetrieb.

In der zweiten Ausbaustufe der ePA ist geplant, die ePA-Dokumente verschiedenen Fachgebiets- und Dokumentenkategorien zuordnen zu können. Technisch erfolgt dies ebenfalls durch Setzen eines Metadatums. Die mittelgranulare Berechtigungsvergabe wird somit durch das Setzen der Metadaten gesteuert.

### 3.5 Zusammenhang Medizinische Informationsobjekte (MIO) und ePA

Ein medizinisches Informationsobjekt (MIO) ist eine klar definierte Vorgabe, wie Informationen zu einem bestimmten Themenkomplex, z.B. als sogenannter Pass, in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden, damit semantische und syntaktische Interoperabilität gewährleistet werden.

---

<sup>2</sup> Value Set von IHE-ITI-VS: DocumentsDocumentEntry.healthcareFacilityTypeCode

<sup>3</sup> Value Set von IHE-ITI-VS: DocumentEntry.typeCode

<sup>4</sup> Value Set von IHE-ITI-VS: DocumentEntry.formatCode

<sup>5</sup> Value Set von IHE-ITI-VS: DocumentEntry.classCode

<sup>6</sup> <https://www.vesta-gematik.de/standards/detail/standards/datenmodell-epa-4/>

---

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragt, den elektronischen Impfpass, das elektronische Zahnbonusheft sowie den elektronischen Mutterpass und das Kinder-Untersuchungsheft (U-Heft) als MIO sektorenübergreifend zu definieren. MIO müssen dem Versicherten in elektronischer Form über die ePA zur Verfügung gestellt werden, sofern diese digital vorliegen. Die Definitionen des elektronischen Impfpasses sowie des elektronischen Zahnbonusheftes liegen bereits vor. Der elektronische Mutterpass sowie das Kinder-U-Heft befinden sich zurzeit im Prozess der Abstimmung und sollen Ende 2020 fertiggestellt werden. Diese MIOs sollen ab dem 01.01.2022 in der ePA gespeichert werden können [§ 341 Abs. 2 Nr. 2, 3, 4, 5 SGB V].

Gemäß Masernschutzgesetz kann eine elektronische Impfbescheinigung - etwa als MIO oder als PDF - einen Impfbucheintrag oder eine Impfbescheinigung ersetzen. Für die weiteren MIO gibt es Bestrebungen, entsprechende Regelungen einzuführen, wobei für den Mutterpass und das Kinder-U-Heft eine Richtlinienänderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erforderlich ist.

Eine Verpflichtung zur Nutzung der elektronischen Variante besteht zurzeit nicht. Statt der MIO-Form kann zudem prinzipiell auch ein PDF genutzt und in die ePA eingestellt werden. Werden die jeweiligen Dokumente auf Papier ausgehändigt, so müssen diese nur dann in elektronischer Form in die ePA eingestellt werden, wenn sie auch in elektronischer Form vorliegen. Wird ein MIO lediglich als Ergänzung zur Papierbescheinigung in die ePA eingestellt, so ist eine eHBA-Signatur nicht zwingend erforderlich.

---

## 4. Notwendige Komponenten für die Nutzung der ePA

Bestehend aus dem zentralen, alles verbindenden Netz der TI, dezentralen Komponenten, wie Konnektoren und Kartenterminals mit verschlüsselten Verbindungen, kryptografischen Identitäten und passendem Verzeichnisdienst, stellt die TI eine sichere Infrastruktur zur Verfügung, mit der die Leistungserbringer untereinander kommunizieren können.

Ohne die Implementierung der TI sowie der Beschaffung der notwendigen TI-Komponenten können weder die ePA noch die übrigen TI-Anwendungen genutzt werden. Dabei muss unterschieden werden zwischen „**VSDM-Komponenten**“, welche zur Nutzung des Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) befähigen, sowie sogenannten „**eHealth-Komponenten**“, welche die Nutzung sowohl des VSDM als auch den Einsatz der medizinischen Anwendungen (ePA, das NFDM, der Elektronische Medikationsplan sowie die KIM) ermöglichen. Hinzu kommt, dass die verschiedenen Anwendungen unterschiedliche **Produkttypversionen (PTV)** des TI-Konnektors von PTV1 bis hin zu PTV4 benötigen (siehe Abschnitt „4.2 PTV4-Konnektor“).

Die Beschaffung der TI-Komponenten für die ePA darf dementsprechend nicht losgelöst von den anderen Aspekten betrachtet werden, sondern muss in eine Gesamtstrategie zur Einführung der gesetzlich festgelegten TI-Anwendungen, der Beschaffung benötigter TI-Komponenten und der Umgestaltung der dazugehörigen Prozesse eingebettet werden. Für weitere Informationen zu den Anforderungen der TI-Anwendungen können die TI-Hinweise der DKG konsultiert werden. Die anschließenden Ausführungen beziehen sich vornehmlich auf die ePA.

Folgende Hardware-Komponenten sind zusammenfassend für die Nutzung der ePA notwendig:

TI-Komponenten	ePA
Kartenterminals	Stationäre eHealth-Kartenterminals
Konnektor	eHealth-Konnektor <b>mit PTV4-Update</b> (Einbox-Konnektor oder Rechenzentrumskonnektor) und TI-Zugang über VPN-Dienst
Institutionskarte SMC-B	Für die Zugriffsfreigabe und den Zugriff benötigt

Der eHBA muss für die Nutzung der ePA **nicht** in das Kartenterminal gesteckt werden. Der eHBA ist jedoch für die qualifizierte elektronische Signatur bei der Erstellung oder Änderung von Datensätzen für Anwendungen wie NFDM, eRezept und eAU erforderlich. Für das Einstellen dieser Dokumente in die ePA ist keine zusätzliche Signatur notwendig.

### 4.1 eHealth-Kartenterminals

Kartenterminals werden benötigt, um die unterschiedlichen Smartcards (Abschnitt „4.3 Institutionskarte (SMC-B)“) der TI lesen zu können. Diese sind per Internet-Protokoll (IP) mit dem Konnektor verbunden. Dafür werden spezielle Gerätekarten (SMC-KT) verwendet, die mit den Geräten bereitgestellt werden.

Der Patient kann im Vorfeld des stationären Krankenhausaufenthalts das Krankenhaus als Institution für den Zugriff auf seine ePA-Daten auf dem eigenen Smartphone

---

oder in einer niedergelassenen Praxis berechtigen. Daneben kann der Patient per sogenannter „ad hoc“-Zugriffsberechtigung an einem eHealth-Kartenterminal bzw. -Tastatur im Krankenhaus durch die Eingabe seiner PIN und Stecken der eGK seine ePA für einen definierten Zeitraum freigeben. Liegt eine gültige Berechtigung für diese Institution vor, werden für die einzelnen Zugriffe durch das medizinisch-pflegerische Personal dieser Institution auf die ePA **keine** nochmaligen Freigaben benötigt. Die Ausstattung der Arbeitsplätze mit Kartenterminals ist somit abhängig von der Verortung der Zugriffsfreigabe im Behandlungsprozess. Erfolgt die Erteilung der Berechtigung standardmäßig an den administrativen Arbeitsplätzen bei der Aufnahme, werden an den Arbeitsplätzen in den Behandlungszimmern keine Kartenterminals benötigt. Soll auch die Möglichkeit geschaffen werden, während der Arzt- bzw. Pflege-Patienten-Kommunikation den Zugriff zu erteilen, müssen auch diese Arbeitsplätze auf den Stationen bzw. in den Ambulanzen mit entsprechenden Kartenterminals versehen werden (Abschnitt „5.2.2 Zugriffsfreigabe durch den Patienten auf die ePA“). Es muss bei der Ausstattung berücksichtigt werden, dass Kartenterminals auch für das Stecken der HBA zur Erstellung einer qualifizierten elektronischen Signatur, z. B. für NFDM, die eAU, das eRezept sowie möglicherweise zur Signatur von MIO, benötigt werden. Für das Einstellen dieser Dokumente in die ePA ist jedoch keine zusätzliche Signatur notwendig.

## **4.2 PTV4-Konnektor**

Der Konnektor bildet den Übergang in das sichere Netz der TI. Die Hersteller von Konnektoren müssen diese von der gematik zulassen und vom BSI zertifizieren lassen.

Der Konnektor durchläuft in jeder Entwicklungsstufe, der eine Produkttypversion (PTV) der gematik zugeordnet ist, ein Zulassungsverfahren. Konnektoren der Produkttypversion PTV1 (Nutzung VSDM) und PTV2 (Nutzung QES) erhielten vor einiger Zeit Zulassungen, PTV3-Konnektoren (sogenannte eHealth-Konnektoren zur Nutzung NFDM, eMP, KIM, eAU) befinden sich derzeit im Feldtest bzw. werden bereits angeboten. PTV4-Konnektoren, die für die Nutzung der ePA benötigt werden, sollten vor dem 1.1.2021 zur Verfügung stehen. Die verbleibende Zeit für eine fristgerechte Umsetzung der TI-Anbindung, einschließlich der ePA, im Krankenhaus bis zum 1.1.2021 kann nicht mehr als ausreichend bezeichnet werden. Dadurch entsteht ggf. die Notwendigkeit, Konnektoren in 2020 zu beschaffen und sobald möglich zu PTV4-Konnektoren zu aktualisieren.

Um einen Konnektor im Betrieb von einer Produkttypversion zur nächsten zu aktualisieren, muss ein Software-Update in den Konnektor eingespielt werden. Ein Austausch des Konnektors ist in der Regel nicht erforderlich, sofern der Hersteller das Software-Update auf die neue Produkttypversion (PTV) bereitstellt. Dafür können Kosten anfallen.

## **4.3 Institutionskarte (SMC-B)**

Zur Nutzung aller Dienste der TI muss sich eine Einrichtung authentisieren. Die Authentisierung stellt dabei den Nachweis dar, dass die Einrichtung tatsächlich diejenige ist, die sie vorgibt zu sein. Hierfür ist eine Security Module Card Typ B-Karte (SMC-B) erforderlich. Der Abruf der Dokumente aus der ePA sowie das Einstellen der Dokumente werden über die SMC-B im Hintergrund vermittelt. Personalisierte

---

Smartcards wie der eHBA sind für die Nutzung der ePA nicht erforderlich. Der eHBA ist einzig für die Erstellung einer qualifiziert elektronischen Signatur gefordert, im Zusammenhang mit dem Einstellen von Dokumenten in die ePA ist diese gesetzlich nicht vorgesehen – der Vorgang des Auslesens und Einstellens kann somit unabhängig vom Stecken eines eHBA im Kartenterminal erfolgen.

#### **4.4 Anpassung der Primärsysteme**

Die ePA erfordert eine tiefreichende Integration in die administrativen sowie medizinisch-pflegerischen Prozesse und muss dementsprechend durch die klinischen Primärsysteme technisch unterstützt werden (Abschnitt „5.2 Integration der ePA in die Prozesse“).

Der „Implementierungsleitfaden Primärsysteme – ePA“<sup>7</sup> der gematik stellt dar, wie Primärsysteme die Außenschnittstellen der TI nutzen sollten, um die Anwendungen ePA zu realisieren. Im Einzelnen ist beschrieben, wie die Anwendung im Zusammenspiel mit dem Konnektor und den stationären eHealth-Terminals durch das Primärsystem umzusetzen sind.

Neben den Anpassungen zur Umsetzung der Außenschnittstelle muss das Krankenhaus abhängig von der gewählten Architekturvariante und der internen Umsetzung der ePA-Anwendungsfälle die notwendigen Anforderungen für die Benutzerschnittstellen und die Funktionalitäten der Anwendungssysteme definieren, mit dem jeweiligen Hersteller abstimmen und die Anpassung vornehmen lassen. Beispiele für umzusetzende Anforderungen sind die Darstellung und Weitergabe der erteilten ePA-Zugriffsberechtigung des Patienten über mehrere Systeme, Benutzerschnittstellen zur manuellen Auswahl von ePA-Dokumenten für die Übernahme in das Primärsystem, die automatisierte Übertragung von freigegebenen Dokumenten in die ePA sowie die automatisierte Vergabe von Metadaten etc.

### **5. Empfehlungen der DKG zur Umsetzung der ePA in den Krankenhäusern**

Die folgenden Ausführungen sind als Empfehlungen der DKG zum Umgang mit der ePA zu verstehen, haben aber keinen normativen Charakter. Sie sollen die Diskussionen in den Krankenhäusern im Hinblick auf die Einführung der ePA unterstützen und die relevanten Handlungsfelder zur Umsetzung der ePA aufzeigen.

Die Empfehlungen wurden unter Einbeziehung fachlicher Hinweise von Vertretern von Krankenhäusern verschiedener Größen und Trägerformen erarbeitet. Die Heterogenität der IT-Landschaften sowie der Strukturen und Prozesse der Krankenhäuser wird dennoch eine Anpassung dieser Empfehlungen an die Gegebenheiten vor Ort notwendig machen.

---

<sup>7</sup> Abrufbar in der Version 1.5.0 im Releasepaket 4.0.0 unter <https://www.gematik.de/standards/detail/standards/implementierungsleitfaden-primarsysteme-epa-4/>. Derzeit wird von der gematik eine Folge-Version erstellt.

---

## 5.1 Priorisierung von Dokumententypen zur Übertragung in die ePA

Zur handhabbaren Umsetzung der ePA empfiehlt sich die Definition von Dokumentensätzen zur standardmäßigen Übertragung in die ePA. Der Fokus bei der Auswahl sollte auf Dokumenten liegen, die für den Patienten und nachversorgende Leistungserbringer regelmäßig einen großen Mehrwert bieten können, im Beratungsgespräch gut vermittelbar sind und möglichst automatisiert zusammengestellt werden können.

Für die vorliegenden Umsetzungshinweise wurden die möglichen Dokumententypen diskutiert und eine Priorisierung vorgenommen. Zur Verwendung einer einheitlichen Terminologie wurden die Dokumententypen (document.type) von IHE herangezogen. Es existiert zudem ein Mapping zur weitaus detaillierten „*Klinische Dokumentenklassen-Liste (KDL)*“<sup>8</sup>, mit der bei Bedarf die einrichtungsspezifische Nomenklatur in die IHE-Dokumententypen übersetzt werden kann. Anhand der Liste der IHE-Dokumententypen wurden drei Bereiche von Dokumenten definiert, welche vornehmlich für die Übertragung zum Start der ePA elektronisch verfügbar und übertragbar gemacht werden sollten:

- **Bereich 1:** Mit Umsetzung der ePA sollte sichergestellt werden, dass der Arztbrief inklusive Sektionen mit Labordaten, OP-Daten und Medikation für die Übertragung in die ePA zur Verfügung steht, da der Arztbrief seitens der beteiligten Experten als zentrales Dokument zum Informationsaustausch mit Patienten und Zuweisern angesehen wird.
- **Bereich 2a:** Ergänzend zum Arztbrief sollten Befunde – sofern digital vorliegend – in gesonderten Dokumenten zu 1.) OP, 2.) Virologie, 3.) Mikrobiologie, 4.) Medikation für die Übertragung in der ePA zur Verfügung stehen.
- **Bereich 2b:** Parallel zum Bereich 2a wird die Definition und Übertragung von Dokumentensets für spezielle Patientengruppen zusätzlich zum Arztbrief in die ePA empfohlen. Aufgrund der differenzierten Krankheitsbilder erscheint es notwendig, neben den Dokumenten, die für alle Patienten von Interesse sind, Sets an Dokumenten entsprechend des Krankheitsbildes oder der Patientenmerkmale zu definieren. Beispiele sind:
  - Dokumentensets basierend auf Krankheitsbild/Fachrichtung z. B.:
    - Dokumentenset Onkologie - z. B. onkologische Dokumente, Histologie...;
    - Dokumentenset Kardiologie,
    - Dokumentenset COPD,
    - Dokumentenset Neurologie.
  - Dokumentenset zu Schwangerschaft und Geburt,
  - Dokumentensets für Patienten, die in Pflegeeinrichtungen und durch ambulante Pflegedienste betreut werden – u. a. Dokumententypen, wie Pflegedokumentation, Wunddokumentation.

---

<sup>8</sup> aufrufbar unter <https://simplifier.net/guide/KDL2020/MappingvonKDLnachIHETypeCode>

Die folgende Tabelle beinhaltet die Zuordnung der IHE-Dokumententypen (Dokumente mit \*) mit zu den drei priorisierten Bereichen:

<b>Code</b>	<b>Anzeigename</b>
ABRE	Abrechnungsdokumente
ADCH	Administrative Checklisten
ANTR	Anträge und deren Bescheide
ANAE	Anästhesiedokumente
BERI	<b>*Arztberichte (1)</b>
BESC	Ärztliche Bescheinigungen
BEFU	<b>*Ergebnisse Diagnostik (2a) – Labor</b>
BSTR	Bestrahlungsdokumentation
AUFN	Einweisungs- und Aufnahmedokumente
EINW	Einwilligungen/Aufklärungen
FUNK	Ergebnisse Funktionsdiagnostik
BILD	Ergebnisse bildgebender Diagnostik
FALL	Fallbesprechungen
FOTO	Fotodokumentation
FPRO	Therapiedokumentation
IMMU	Ergebnisse Immunologie
INTS	Intensivmedizinische Dokumente
KOMP	Komplexbehandlungsbögen
MEDI	<b>*Medikamentöse Therapien (2a)</b>
MKRO	<b>*Ergebnisse Mikrobiologie (2a)</b>
OPDK	<b>*OP-Dokumente (2a)</b>
ONKO	<b>*Onkologische Dokumente (2b)</b>
PATH	Pathologiebefundberichte
PATD	Patienteneigene Dokumente
PATI	Patienteninformationen
PFLG	<b>*Pflegedokumentation (2b)</b>
57016-8	Patienteneinverständniserklärung
QUAL	Qualitätssicherung
RETT	Rettungsdienstliche Dokumente
SCHR	Schriftwechsel (administrativ)
GEBU	<b>*Schwangerschafts- und Geburtsdokumentation (2b)</b>
SOZI	Sozialdienst Dokumente
STUD	Studiendokumente
TRFU	Transfusionsdokumente
TRPL	Transplantationsdokumente
VERO	Verordnungen
VERT	Verträge
VIRO	<b>*Ergebnisse Virologie (2a)</b>
WUND	<b>*Wunddokumentation (2b)</b>

---

## 5.2 Integration der ePA in die Prozesse eines Krankenhauses

Im Ergebnis der Diskussion zu Umsetzungsmöglichkeiten und einer Priorisierung der vorgesehenen ePA-Prozesse in die klinischen Abläufe wird empfohlen, zur Einführung der ePA die Vorgänge

- „Aktivierung des Aktenkontos“ (durch die Krankenkasse),
- „Zugriffsfreigabe“ (durch den/die Patient/in),
- „Einsicht und Übernahme der Dokumente aus der ePA“ (durch das Krankenhaus) und
- „Übertragung von Dokument in die ePA“ (durch das Krankenhaus)

routinemäßig zu einem fest definierten Zeitpunkt und Ort während der Aufnahme und Entlassung bzw. mit einem definierten Triggerevent (z. B. Dokumentenfreigabe) zu verknüpfen. Eine detaillierte Darstellung der möglichen Anwendungsfälle und Umsetzungsoptionen sowie Zuständigkeiten enthält die Anlage zu diesem Dokument „ePA-Anwendungsfälle“.

### 5.2.1 Aktivierung des Aktenkontos

Die initiale Aktivierung des Aktenkontos ist – im Gegensatz zu einer möglichen erstmaligen Befüllung der ePA und der Zugriffsfreigabe – ein Prozess in der Verantwortung der Krankenkasse. Der Aktivierungsprozess wird voraussichtlich basierend auf der jeweiligen Aktenlösung von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich ausgestaltet sein und voraussichtlich aufwendige (elektronische) Registrierungs- und Identifizierungsverfahren (z. B. Videoident) sowie umfangreiche Beratungsleistungen des Patienten, z. B. zum Datenschutz oder Betroffenenrechten, erfordern. Im zeitlichen Rahmen des regelhaften Aufnahmeprozesses ist dies kaum abbildbar. Für die Beratungsleistungen sind umfangreiche Schulungen der Mitarbeiter erforderlich, die im Krankenhaus nicht vorgesehen sind.

### 5.2.2 Zugriffsfreigabe durch den Patienten auf die ePA

Generell hat das Krankenhaus verschiedene Möglichkeiten, vom Versicherten eine Berechtigung zum Aktenzugriff zu erhalten, als Vorabzugriffsfreigabe per Smartphone des Versicherten sowie bei einem niedergelassenen bzw. einweisenden Arzt oder ad hoc während des Aufenthalts im Krankenhaus. Die Voraussetzung für die Durchführung im Krankenhaus ist das Stecken der eGK durch den Patienten zusammen mit der PIN-Eingabe an einem eHealth-Kartenterminal und der Bestätigung des berechtigten Krankenhauses und des Zeitraumes für den Zugriff. Dieser Vorgang kann als Einwilligung des Patienten gewertet werden. Eine explizite Einwilligung (Papierdokument mit Unterschrift) ist gesetzlich nicht gefordert.

Die Dauer der Zugriffsberechtigungen kann der Versicherte auf einen Zeitraum von mindestens einem Tag bis zu einer frei gewählten Dauer oder ab ePA-Umsetzungsstufe 2 auch unbefristet festlegen [§ 342 Nr. 2 f SGB V]. Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, dass die Dauer angemessen gesetzt ist, wenn nach der Entlassung eine Übertragung von Dokumenten in die ePA gewünscht wird. In der zweiten Ausbaustufe der ePA ab 2022 kann der Patient bei der Zugriffsfreigabe am

---

Kartenterminal zusätzlich auf Kategorien von Dokumenten für das Krankenhaus die Berechtigung bestätigen.

Zum Start der ePA wird empfohlen, die Zugriffsfreigabe des Patienten (getrennt von der Einsicht in die ePA-Dokumente) standardisiert bei der administrativen Aufnahme durchzuführen. Dies ist nur möglich, wenn der Prozess der Erteilung der Zugriffsberechtigung von jeglicher Anzeige medizinischer Daten entkoppelt ist, da administratives Personal i. d. R. keinen Zugriff auf Behandlungsdaten erhalten darf. Das Vorliegen der Zugriffsfreigabe sollte z. B. über ein Kennzeichen der Zugriffsfreigabe vom aufnehmenden System zum klinischen Arbeitsplatzsystem kommuniziert werden.

Die Zugriffsfreigabe kann optional auch im späteren Behandlungsverlauf zwischen Arzt und Patient bzw. Arzt und Gehilfen erfolgen. Die jeweiligen Stationsstützpunkte und Arztzimmer/Schreibzimmer müssen dafür mit Kartenlesegeräten ausgestattet werden. Eine Zugriffsfreigabe in der Notfallaufnahme kann vorgesehen werden, soweit der Patient ansprechbar ist und den Zugriff erteilen kann. Ein Zugriff auf die Inhalte der ePA in Notfallsituationen ohne Einwilligung ist derzeit nicht vorgesehen. In einer Notfallsituation kann im Krankenhaus jedoch auf die Notfalldaten auf der eGK ohne Freigabe durch den Patienten zugegriffen werden.

### **5.2.3 Einsicht und Übernahme der Dokumente aus der ePA**

Eine Umsetzung der ePA nahe an etablierten Prozessen kann darin bestehen, die Auswahl und Übernahme der Dokumente routinemäßig bei der ärztlichen Anamnese vorzunehmen. Wenn der Patient erst zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung im Dialog mit dem Arzt bzw. dem autorisierten medizinischen Personal auf seine vorhandene ePA hinweist, muss für den Zugriff auf die ePA der Prozess der "Zugriffsfreigabe" strukturiert erfolgen (Abschnitt „5.2.2 Zugriffsfreigabe durch den Patienten auf die ePA“).

Bezüglich der technischen Umsetzung der Übernahme der Dokumente wird eine Suche und Filterung (z. B. nach Datum, Dokumententyp, Fachbereich) direkt in der ePA und daran anschließend die Übernahme der vom Arzt für den Fall als behandlungsrelevant bewerteten Dokumente in das Primärsystem oder die Speicherbasis präferiert. Im Primärsystem müssen die Daten oder Dokumente aus einer externen Quelle wie bisher in der Dokumentation klar als solche gekennzeichnet sein. Zur Kenntnisnahme der Dokumente können die etablierten Handlungsprozesse zur Kenntnisnahme von externen/mitgebrachten Befunden angewendet werden.

Die automatisierte Übernahme von Dokumenten aus der ePA wird nicht in jedem Fall empfohlen. Mit der Übernahme eines definierten Satzes von Dokumenten (entweder generell für alle Patienten oder für eine bestimmte Patientenklientel), welche automatisiert, z. B. anhand der ePA-Metadaten, ohne weitere Sichtkontrolle vom IT-System ausgeführt wird, kann nicht unbedingt sichergestellt werden, dass alle für die in diesem Behandlungskontext relevanten Informationen aus der ePA übernommen werden. Die automatisierte Übernahme aller in der ePA verfügbaren Dokumente führt – gerade wenn der Patient oft wiederkehrt – möglicherweise zu umfangreichen Dokumentendoubletten.

---

## 5.2.4 Übertragung von Dokumenten in die ePA

Es sollte sichergestellt sein, dass die Dokumente erst nach dem Durchlaufen des internen Freigabeprozesses in die ePA übertragen werden. Die Freigabe der Dokumente kann – sofern dies technisch unterstützt wird – auch als Trigger zur Übertragung der Daten in die ePA genutzt werden. Dies hat den Vorteil, dass die Dokumenteneinstellung in die ePA stärker automatisiert werden kann und nicht manuell zu einem definierten Zeitpunkt bei der Entlassung oder vor internen Verlegungen stattfinden muss. Wird die Übertragung technisch unabhängig vom Freigabeworkflow umgesetzt, muss organisatorisch geklärt werden, in welcher Zuständigkeit und zu welchem Zeitpunkt die Dokumentenübertragung erfolgen soll, z. B. während der Entlassung, vor internen Verlegungen oder nach der Finalisierung und Freigabe von Dokumenten nach der Entlassung.

Zur Übertragung der Dokumente in die ePA sollten sowohl automatisierte Workflows als auch eine Funktion zur manuellen Auswahl der Dokumente zur Verfügung stehen. Es wird, soweit möglich, eine automatisierte Übertragung eines definiertes Sets an Dokumenten entweder generell für alle Patienten oder für eine bestimmte Patientenklintel empfohlen, um eine händische Selektion soweit möglich zu vermeiden (Abschnitt „5.1 Priorisierung von Dokumententypen zur Übertragung in die ePA“). Daneben sollte es idealerweise möglich sein, eine manuelle Auswahl an zu übertragenden Dokumenten zu treffen, bspw. über eine hierfür geeignete Dokumentenanzeige im KIS bzw. Archiv, Dokumentenplattform oder über das Kontextmenü zum Dokument.

Für besondere Unterlagen ist der vertrauliche Bereich der ePA vorgesehen, z.B. beim Einstellen **von psychiatrischen Unterlagen** kann es daher sinnvoll sein, den Patient auf den vertraulichen Bereich der ePA hinzuweisen (ab Umsetzungsstufe 2).

## 5.3 Architekturvarianten zur Umsetzung der ePA

Im Rahmen der Erarbeitung der Umsetzungshinweise wurde eine Reihe von möglichen Architekturvarianten identifiziert, mit denen die Schnittstelle zur ePA bzw. zum TI-Konnektor umgesetzt werden kann. Die Kommunikation mit dem Konnektor kann über **eine zentrale Schnittstelle** mit einem klinischen System (1:1-Schnittstelle z. B. zum Archiv, KIS, Daten- und Dokumentationsplattform...) realisiert werden oder über **mehrere Schnittstellen**, sodass die ePA mit n-verschiedenen klinischen Systemen kommuniziert (1:n-Schnittstellen).

Eine abschließende Betrachtung und Bewertung der Architekturvarianten kann nur unter Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Ort erfolgen. Die nachfolgende Bewertung der unterschiedlichen Anbindungsvarianten soll insofern vor allem prinzipielle Möglichkeiten aufzeigen und die Abwägung der Varianten erleichtern.

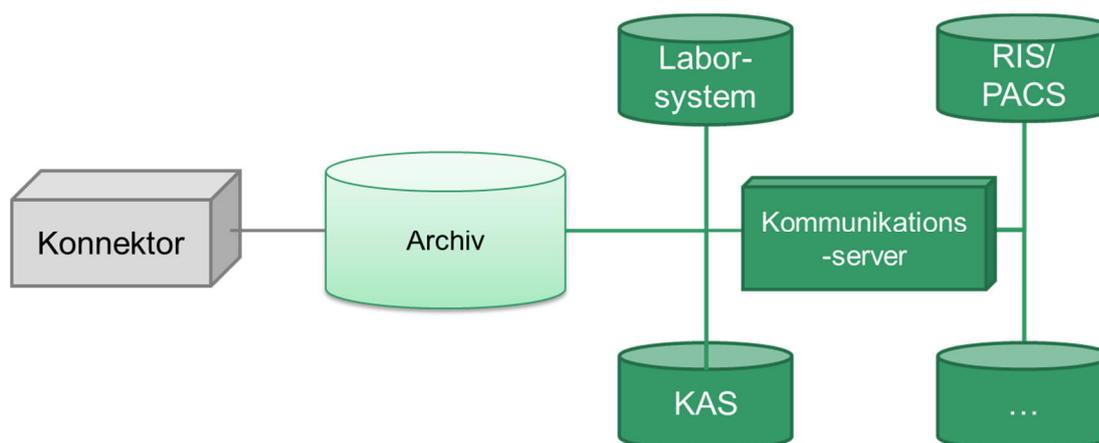
### 5.3.1 Realisierung einer zentralen Schnittstelle zur ePA (1:1-Schnittstelle)

Der Vorteil der Umsetzung einer zentralen Schnittstelle zur ePA besteht darin, dass nur eine Instanz die Kommunikation mit der ePA steuert und redundante Datenlieferungen vermieden sowie die Komplexität der Kommunikation überschaubar gehalten wird.

---

Trotz Umsetzung nur einer Außenschnittstelle, z. B. vom Archiv zur ePA, werden Anpassungen und die Implementierung von Funktionalitäten in weiteren - klinischen und administrativen - Systemen notwendig sein, mit denen das Personal primär die ePA-Anwendungsfälle, z. B. die Erteilung der Zugriffsfreigabe, bedient. Bei der Analyse und Abwägung der Architekturvarianten müssen diese Implementierungsaufwände neben den Aufwänden zur Umsetzung der Außenschnittstelle zur Kommunikation mit der ePA in Betracht gezogen werden. Die Definition der ePA-Anwendungsfälle (Anlage 1) gibt einen ersten Einblick in notwendige Anpassungen.

### 5.3.1.1 Anbindung an das Archivsystem

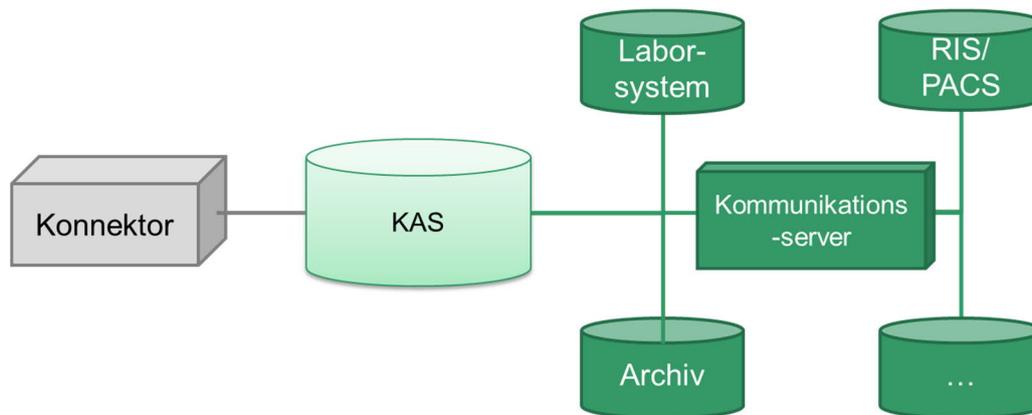


Die Anbindung des digitalen Archivs stellt eine sinnvolle Lösung zum Befüllen und Abrufen der ePA dar, da das Archiv als Speicherort für die revisionssichere und final freigegebenen elektronischen wie auch digitalisierten Dokumente dient. Archive bieten oft die notwendigen Workflows zur Suche, Auswahl und Freigabe von Dokumenten, der Integration und Kennzeichnung mitgebrachter Befunde und dem Mapping von Metadaten.

Als Voraussetzungen für die Anbindung des Archivs an die ePA sollte geprüft werden, inwieweit das eingesetzte Archivsystem perspektivisch auf IHE-Fähigkeit ausgerichtet ist und gängige internationalen Standards und Protokolle wie DICOM und HL7 FHIR unterstützt. Um Standards zu den Primärsystemen zu nutzen und wiederkehrende Kosten zur Implementierung individueller Schnittstellen für andere Datenübertragungsverfahren zu reduzieren, kann eine zentrale Investition in Interoperabilität sinnvoll sein.

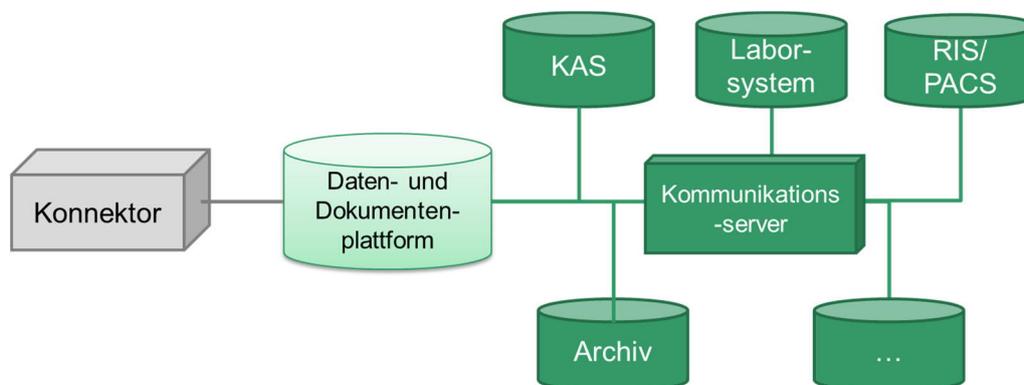
Eine hausinterne Prüfung, inwieweit die in die ePA zu übermittelnden Dokumententypen im Archiv zur Verfügung stehen, sowie die Unterstützung von verschiedenen Dokumententypen unterschiedlichster Herkunft sind weitere Kriterien für die Eignung dieser Anbindungsoption über das Archiv. Ferner sollte geprüft werden, ob eine tiefe Integration und eine Echtzeitkommunikation mit dem KIS zur Umsetzung der Anwendungsfälle, wie z. B. der Weitergabe der Zugriffsfreigabe, umgesetzt werden können. Das Archiv benötigt weiterhin Funktionalitäten in Richtung Konnektor, z. B. um das einrichtungsinterne Berechtigungsmanagement für den ePA-Zugriff gegenüber dem Konnektor durchzusetzen.

### 5.3.1.2 Anbindung an das klinische Arbeitsplatzsystem (KAS)



Die Anbindung an das KAS ist eine weitere Anbindungsoption, bei der die Dokumente direkt in das KAS übernommen werden. Die KAS stellen meist die führenden Systeme dar, viele der definierten ePA-Use-Cases sind prozessual im KAS verortet und werden von den Anwendern im KIS bedient. Die Schnittstellen müssen dabei interoperabel mit den Festlegungen der gematik sein. Anderenfalls wird ein Zwischenspeicher für die Übernahme der Dokumente aus der ePA notwendig, welcher Funktionalitäten wie das Metadatenmapping übernimmt und die Prüfung auf Schadsoftware durchführt.

### 5.3.1.3 Anbindung der ePA über eine Dokumenten- und Datenplattform



Daten- und Dokumentationsplattformen stellen als interoperable Datendrehscheiben für zeitnah benötigte Daten eine besonders sinnvolle Option für Bereitstellung und Austausch von Daten mit der ePA dar. Krankenhäuser nutzen diese Plattformen derzeit schon für vielfältige Formen des Datenaustauschs mit externen Institutionen für Zwecke der Forschung, dem Dokumentenaustausch mit dem Medizinischen Dienst oder für die Anbindung von Patientenportalen. Die Plattformen unterstützen dabei in vielen Fällen herstellerunabhängig die Übertragung aller Dokumententypen und gängigen internationale Standards und Protokolle. Sie erlauben darüber hinaus oft ein Mapping von internen Dokumententypen auf Standards und umfassen Funktionalitäten zum Setzen der erforderlichen Metadaten für die Dokumentenzuordnung. Die bei der Archivianbindung aufgeführten Punkte, wie das Durchsetzen des einrichtungsinernen Berechtigungsmanagements gegenüber dem Konnektor und der erforderlichen Echtzeitkommunikation mit dem KAS, gelten ebenso für die Daten- und Dokumentationsplattformen.

---

Die Einführung von Dokumenten- und Datenplattformen erfordert eine ausführliche Betrachtung der Prozesse und Systemlandschaften. Die Konfiguration und Einbettung der Funktionalitäten müssen umfassend geplant werden – so können zeitaufwendige Vorarbeiten, wie z. B. das Einführen eines Master Patient Index, notwendig sein. Die angebotenen Produkte der Daten- und Dokumentationsplattformen müssen dahingehend geprüft werden, inwieweit sie auf die heterogenen Krankenhauslandschaften bzw. das einzelne Krankenhaus skalierbar sind.

#### **5.3.1.4 Anbindung an sonstige Systeme**

Neben den aufgeführten Varianten sind weitere Umsetzungsvarianten, wie z. B. die Anbindung der ePA an den Kommunikationsserver oder andere Primärsysteme, z.B. RIS/PACS, denkbar. Eine abschließende Bewertung der möglichen Varianten kann nur unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses erfolgen.

#### **5.3.2 Realisierung mehrerer Schnittstellen zur ePA (1:n-Schnittstellen)**

Die Realisierung mehrerer Schnittstellen kann in Betracht gezogen werden, wenn eine 1:1-Schnittstelle mit der ePA nicht umgesetzt werden kann, z. B. wenn das Archiv nicht den kompletten in die ePA zu übertragenden Datensatz enthält oder die Entscheidung fällt, die ePA-Anwendungsfälle in den Primärsystemen vorzuhalten, die primär von den jeweiligen Anwendern genutzt werden.

Die Realisierung mehrerer Schnittstellen dürfte aufgrund der hohen Komplexität zur Umsetzung der Schnittstellen sowie der Berechtigungsverwaltung in vielen Fällen voraussichtlich nicht zu empfehlen sein. Zudem besteht die Gefahr redundanter Datenlieferungen und hoher Lizenzkosten für die Umsetzung multipler Schnittstellen zur ePA.

### **5.4 Empfehlungen zum Projektvorgehen zur Umsetzung der ePA**

Aufgrund der großen Abhängigkeiten mit dem Projekt zur Einführung der TI sollte das Projekt zur Einführung der ePA als Teilprojekt zu diesem geplant und von einem eigenen Projektteam betreut werden. Die aufeinander abgestimmten Aktivitäten sollten in den gemeinsamen Projektplan einfließen. Die Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) hat eine Checkliste mit der Grobplanung zur Einführung der TI<sup>9</sup> veröffentlicht, welche um die ePA-Projektaufgaben ergänzt werden kann. Die notwendigen Projektaufgaben im Rahmen der ePA-Einführung sind stark von der gewählten Architekturvariante und der Integration in die Krankenhausprozesse abhängig.

Die Einführung der ePA erfordert eine tiefe Integration in die administrativen und medizinisch-pflegerischen Prozesse, die sich sehr gut anhand der definierten ePA-Anwendungsfälle nachvollziehen lassen (siehe Anlage). Deshalb empfiehlt sich die Gründung eines Projektteams, welches Anwender aus Medizin und Pflege sowie Verantwortliche aus der IT, dem Datenschutz, der Organisationsentwicklung, dem

---

<sup>9</sup> [https://www.dktig.de/sites/dktig.live.promato.de/files/ti-checkliste\\_web.pdf](https://www.dktig.de/sites/dktig.live.promato.de/files/ti-checkliste_web.pdf)

---

kaufmännischen Bereich/Administration einbezieht. Zur Beschaffung der TI-Komponenten sollten auch Mitarbeiter aus Einkauf und Beschaffung einbezogen werden.

## **Anlage (Übersicht der ePA-Anwendungsfälle)**

- wird gesondert bereitgestellt -

---

## Abkürzungsverzeichnis

BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
CDA	Clinical Document Architecture
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DKTIG	Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
eAU	Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
EFA	Elektronische FallAkte
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
eHBA	Heilberufsausweis
eMP	Elektronischer Medikationsplan
ePA	Elektronische Patientenakte
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
HL7	Health Level 7
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
IP	Internet Protocol
KAS	Klinisches Arbeitsplatzsystem
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KDL	Klinische Dokumentenklassen-Liste
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KOM-LE	Kommunikation zwischen Leistungserbringern
MIO	Medizinisches Informationsobjekte
NFDM	Notfalldatenmanagement
PDF	Portable Document Format
PTV	Produkttypversionen (des TI-Konnektors)
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
SMC-B	Security Module Card Type B
TI	Telematikinfrastruktur
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement