BKK Dachverband

POSITIONSPAPIER

Smart koordiniert, zügig vermittelt: Digitale Ersteinschätzung neu gedacht

vom 14. Januar 2026

Weblink www.bkk-dachverband.de/politikpapiere/positionspapier

POSITIONSPAPIER

Digitale Ersteinschätzung

vom 14. Januar 2026

Andere Länder und Gesundheitssysteme machen positive Erfahrungen mit Ersteinschätzungsinstrumenten. Sie zeigen: Eine strukturierte Ersteinschätzung kann verkrustete Strukturen durchbrechen und den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern, wenn sich weitere Strukturreformen anschließen. Für Patient:innen bedeutet das eine zügigere Versorgung und mehr Orientierung im Versorgungsprozess.

Wir leisten uns ein teures Gesundheitssystem, das Patient:innen in entscheidenden Momenten allein lässt, Kapazitäten überlastet und im internationalen Vergleich durch eine überraschend niedrige Lebenserwartung auffällt. Das System versagt an mehreren Stellen: Hochspezialisierte Ressourcen werden ineffizient genutzt, Gerangel zwischen den Sektoren blockiert eine bedarfsgerechte Versorgung, und Multimorbidität trifft auf Strukturen, die weder vernetzt noch patientenzentriert sind. Der Status quo ist ein Flickenteppich aus langen Wartezeiten auf Arzttermine, fehlender Koordination und überfüllten Notaufnahmen.

Das Kernproblem liegt nicht vorrangig im Ärztemangel, sondern in einem ineffizienten System:

- **Sektorentrennung und Spezialisierung verhindern eine fallabschließende Versorgung.**
  Der Anteil von Hausärzt:innen an allen niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen beträgt nur noch 29 Prozent, während insbesondere die fachärztlichen Bereiche Innere Medizin, Kinderheilkunde und Chirurgie sich immer weiter spezialisieren.
- **Knappere Kapazitäten treffen auf hohes Patientenvolumen.**
  Zwar nimmt die Anzahl an Ärzt:innen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, weiter zu (von 2023 zu 2024 um +1,1 Prozent), der langjährige Trend zur Teilzeittätigkeit ist jedoch ungebrochen, so dass die vertragsärztlichen Kapazitäten kaum steigen (+0,2 Prozent). Die Fallzahlen in der vertragsärztlichen Versorgung hingegen sind 2024 um 0,6 Prozent gestiegen.
- **Überdurchschnittliche Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im EU-Vergleich**
  Mit 9,8 Arzt-Patienten-Kontakten pro Jahr liegt Deutschland deutlich über dem OECD-Durchschnitt. In Schweden gehen die Menschen mit 2,6 Arztkontakten pro Jahr vergleichsweise selten zum Arzt. Dafür werden sie dort besonders intensiv betreut: Ein Arztbesuch dauert im Schnitt 22,5 Minuten, in Deutschland sind es 7,6 Minuten. Zudem zählt

Deutschland europaweit zu den Ländern mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an Kontrolluntersuchungen von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker.

- **Übermäßige Inanspruchnahme der Notaufnahmen von Krankenhäusern**
  Im Jahr 2024 wurden in den Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser 13 Millionen ambulante Notfälle behandelt, so viele wie noch nie seit Beginn der statistischen Erfassung im Jahr 2018. Pro Tag waren demnach rund 35.600 Menschen in Notfallambulanzen.
- **Arztvorbehalt und kontaktbasierte Vergütung führen zu nicht indizierten Arztkontakten.**
  Ein hoher Anteil von Arztkontakten entfällt auf Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie auf administrative Prozesse wie das Abholen von Überweisungsscheinen, Wiedereinbestellungen und Terminvergaben. Patient:innen suchen ihre Hausarztpraxis am häufigsten wegen akuter leichter Erkrankungen (29 Prozent), für Impfungen (24,6 Prozent) und zum Abholen eines Überweisungsscheins (23 Prozent) auf. Auch die Arbeitsunfähigkeitsregelungen sowie Krank- und Gesundschreibungen tragen wesentlich zur Inanspruchnahme bei.

Es herrscht eine gewaltige Schieflage: Das System ist überlastet, die ärztlichen Ressourcen werden viel zu oft dort eingesetzt, wo sie gar nicht benötigt werden. Gleichzeitig warten Menschen mit Behandlungsbedarf lange auf einen Termin.

Um hier gegenzusteuern, brauchen wir einen neuen Ansatz: eine sektorenübergreifende Patientensteuerung, die den Behandlungsbedarf einschätzt und schnell für einen Termin sorgt, wenn nötig. Die darüber hinaus leitet, informiert, begleitet und befähigt – von Selbstbehandlung durch Gesundheitskompetenz über weitere Patientenedukation bis hin zur gezielten Steuerung in die richtige Versorgungsebene. Dieser neue Ansatz muss mit durchgreifenden Strukturreformen einhergehen, die das gesamte System und die ambulante Versorgung im Besonderen adressieren. Internationale Best Practices zeigen, wie das aussehen kann.

<u>Der BKK Dachverband unterbreitet folgende Lösungsvorschläge:</u>

- Fairer Zugang statt Zufall: Standardisierte, digital gestützte Ersteinschätzung für alle neuen Behandlungsfälle und Termine nach Dringlichkeit in der jeweils geeigneten Versorgungsebene.
- Ein Algorithmus für alle – Vertrauen durch Evidenz.
- Smart gesteuert, individualisiert begleitet: Die Ersteinschätzung wird neu gedacht und dient als essenzielle Unterstützung entlang des Versorgungspfads.
- Ersteinschätzung als Brücke zur interdisziplinären Primärversorgung mit Pflegeexpert:innen als tragende Säule der Versorgung.
- Wissen statt Wartezimmer – professionell unterstütztes Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit als Systemstrategie.
- Finanzierung mit Verantwortung: kein Fass ohne Boden.

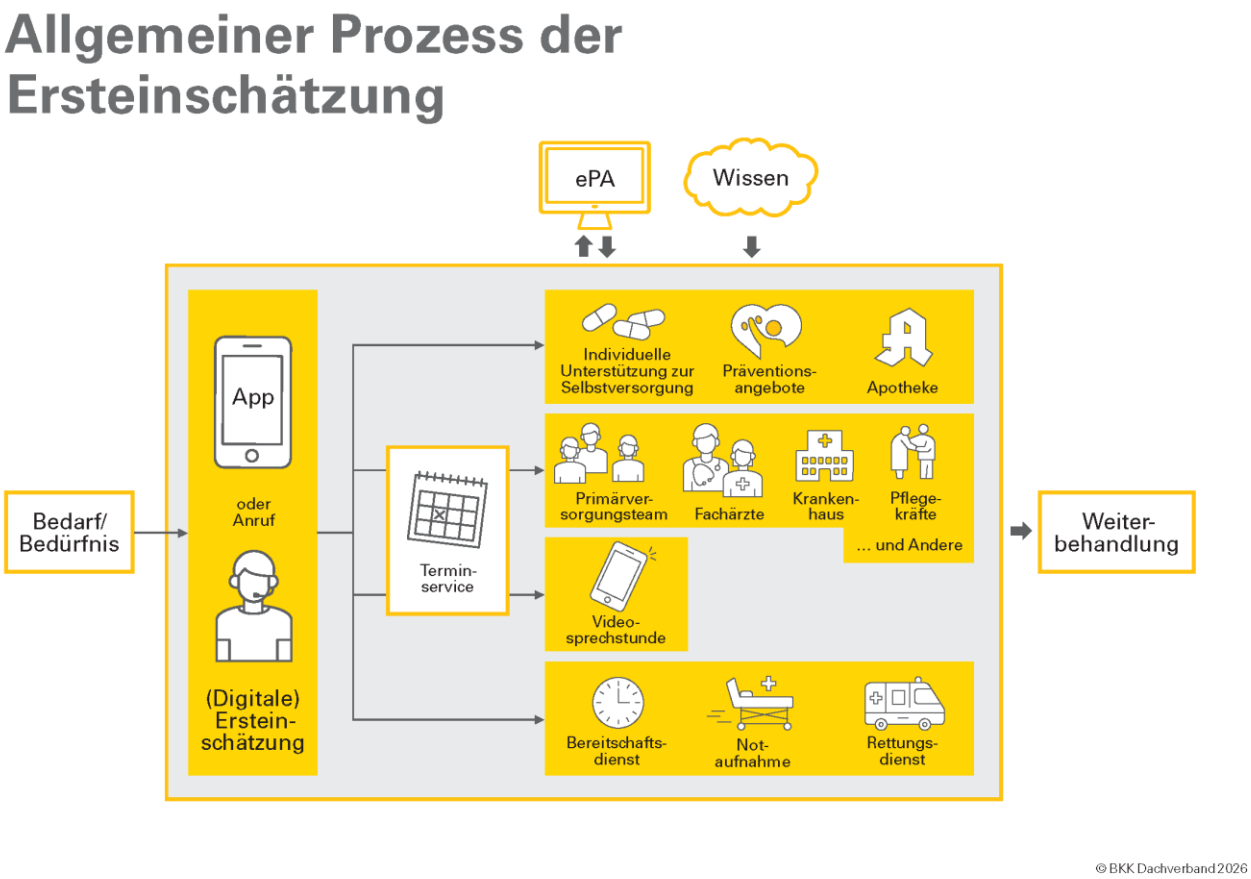

Abbildung: Schematische Darstellung einer standardisierten Ersteinschätzung als Zugangsunterstützung

Fairer Zugang: klare Strukturen statt Zufall

Alle Versicherten haben Anspruch auf einheitliche und verlässliche Zugangswege zur medizinischen Versorgung. Die Organisation des Zugangs, insbesondere die Vergabe von Arztterminen und die Inanspruchnahme von Notfallstrukturen, muss diskriminierungsfrei und strikt dringlichkeits- und bedarfsorientiert erfolgen. Der Zugang zur Versorgung ist kein Wettbewerbsthema.

Durch die Einführung einer standardisierten, digital gestützten Ersteinschätzung beim Zugang zur Versorgung kann die Behandlungsnotwendigkeit einschließlich der Dringlichkeit unmittelbar ermittelt und die dazu geeignete Versorgungsebene identifiziert werden. Dieser Schritt ist notwendig, damit Menschen mit medizinischem Bedarf zeitnah dort einen Termin erhalten, wo ihnen fallabschließend geholfen werden kann.

Das Verfahren muss daher nach bundesweit einheitlichen Kriterien funktionieren und niedrigschwellig über verschiedene Zugangswege verfügbar sein: webbasiert, telefonisch, am Praxistresen oder in der Notaufnahme. Das Ergebnis ist jeweils identisch. Um die bestehenden Kapazitäten spürbar zu entlasten, sollte der überwiegende Teil neuer Behandlungsanlässe über eine Ersteinschätzung koordiniert werden.

In Finnland und Großbritannien findet der Zugang zur Versorgung immer über ein standardisiertes, überwiegend digitales Ersteinschätzungsverfahren statt. Wenn kein Behandlungsbedarf gesehen wird, gibt es individualisierte Hilfestellungen und Tipps für Eigenmaßnahmen und Prävention.

Ein Algorithmus für alle – Vertrauen durch Evidenz

Die Ersteinschätzung erfolgt nach einem bundesweit einheitlichen, evidenzbasierten Algorithmus. Dieser basiert auf den Richtlinien, Behandlungsleitlinien und Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften. Der Algorithmus ist medizinisch geprüft, wird kontinuierlich aktualisiert und bildet die Grundlage für alle Entscheidungen im Versorgungspfad.

Für eine umfassende Akzeptanz und Vertrauen ist ein breiter gesellschaftlicher Konsens nötig. Neben Mediziner:innen sind bei der (Weiter-)Entwicklung auch Ethiker:innen, Patientenvertreter:innen sowie nicht-medizinische Gesundheitsberufe eingebunden. Eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung versteht sich von selbst.

Zur schrittweisen Weiterentwicklung zählt eine geschlossene Künstliche Intelligenz (KI), die Ersteinschätzungen unterstützt, indem sie Symptome mithilfe großer Datenmengen analysiert, Wahrscheinlichkeiten für Patientenverläufe ermittelt und das Fachpersonal entlang des Versorgungspfads mit strukturierten Informationen versorgt. Bevor KI-gestützte Tools in die Ersteinschätzung integriert werden können, sind praxisnahe Qualitäts-, Transparenz- und Haftungsstandards auf Basis der geltenden Rechtslage abzustimmen.

In Israel wird die Ersteinschätzung und Triagierung durch KI unterstützt, jedoch stets durch menschliche Expertise ergänzt.

Finanzierung mit Verantwortung: kein Fass ohne Boden

Die Finanzierung der Plattform für Ersteinschätzung und Terminvermittlung muss Effizienzreserven in der Versorgung freisetzen und darf nicht zu Mehrausgaben führen.

Die Implementierung einer solchen Plattform sollte als Strukturmaßnahme zur Verbesserung der Versorgung und zur Steigerung der Effizienz staatlich gefördert werden. Zusätzlich sollten weitere Finanzierungsquellen, wie die regionale Strukturförderung, EU-Budgets oder der Innovationsfonds, gezielt genutzt werden.

Ersteinschätzung und Terminvermittlung müssen langfristig so funktionieren, dass sie keine zusätzlichen Mehrkosten verursachen, sondern Kapazitäten freisetzen und das System dadurch entlasten. Die Finanzierung des laufenden Betriebs sollte durch die Träger der Plattform und durch eine gemeinsame Verantwortung der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigungen, DKG, GKV) erfolgen.

Smart gesteuert, indivdualisiert vermittelt: Ersteinschätzung neu gedacht

Ein Ersteinschätzungssystem allein bringt keine Mehrwerte. Vielmehr sollte es in den gesamten Nutzerpfad eingebettet und als sinnhafte Zugangsunterstützung ausgestaltet sein. Erst wenn es die unterschiedlichen Dringlichkeiten und Bedürfnisse der Nutzer:innen berücksichtigt, erhält es die notwendige Akzeptanz und das Vertrauen.

Das bedeutet, dass alle Tools im Zusammenhang mit Zugangsfragen zentral angebunden sind, insbesondere ein zentrales Terminservicetool für Sprechstundentermine sowie eine kollektivvertragliche Videosprechstunde. Der Zugang auf Grundlage der Ersteinschätzung muss jedoch über die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung hinausgehen. Auch pflegerische, psychosoziale und präventive Angebote sowie Leistungsangebote der Krankenkassen im Rahmen von Versorgungsverträgen (§ 68b und § 140a SGB V) müssen hier eingebunden sein.

Die Ergebnisse der Ersteinschätzung sowie die eingeleiteten Folgemaßnahmen müssen für die weitere Behandlung vorliegen, beispielsweise indem sie in der elektronischen Patientenakte hinterlegt sind. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, muss das Ersteinschätzungsinstrument nahtlos in bestehende Plattformen, etwa Kassen-Apps, integrierbar sein und eine starke Verknüpfung mit den lokalen Versorgungsstrukturen sicherstellen.

In Israel ist die Digitalisierung weit vorangeschritten, die Versorgungsebenen sind miteinander vernetzt, Patienten werden vom Erstkontakt bis zur Nachsorge gelotst. Die Dokumentation ist nahtlos und fließt in die elektronische Patientenakte ein.

Wissen statt Wartezimmer – Selbstmanagement als Systemstrategie

Ersteinschätzungsinstrumente sind strategisch nur dann sinnvoll, wenn sie gleichzeitig Kapazitäten in der Akutversorgung freisetzen. Ihre Aufgabe ist es, das individuelle gefühlte Bedürfnis von einem tatsächlichen medizinischen Bedarf der Nutzer:innen abzugrenzen.

Nur wenn Versicherte nach einer Ersteinschätzung immer ein konkretes Unterstützungsangebot erhalten und niemand „hängengelassen" wird, wird es Akzeptanz für ein solches Verfahren geben. Versicherte ohne medizinischen Bedarf erhalten konkrete und individuelle Hinweise zur Selbstversorgung und zum Selbstmanagement. Dies steigert auch die Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit.

Eine solche, in das Ersteinschätzungstool integrierte Lösung zur Selbstversorgung, ist beispielsweise ein evidenzbasierter Symptomchecker. Symptomchecker können dezidierte, individualisierte Empfehlungen u. a. zum Arzneimitteleinsatz, zu Hausmitteln und „Red Flags" für den Krankheitsverlauf geben, die derzeit keinen Arztbesuch erfordern. Sie können auch niedrigschwellig zu Präventionsangeboten und regionalen Selbsthilfegruppen weiterleiten oder die nächstgelegenen geöffneten Apotheken zur Beschaffung eines rezeptfreien Medikaments angeben. Auch digitale Selbsthilfetools, beispielsweise digitale Gesundheitsanwendungen, können eine wertvolle Unterstützung sein.

Finnland setzt den Symptomchecker „Omaolo" ein, der im Rahmen von „self-care instructions" dezidierte Empfehlungen zum Gebrauch von Schmerzmitteln gibt, Videotutorials zu physiotherapeutischen Übungen, „Red Flags" anbietet etc.

Ersteinschätzung als Brücke zur Primärversorgung

Die Ersteinschätzung und ein modernes Primärversorgungssystem tragen gemeinsam dazu bei, Patient:innen bedarfsgerecht und für alle Seiten aufwandsarm zu versorgen. Das Ziel besteht darin, Menschen direkt dorthin zu führen, wo ihnen fallabschließend geholfen werden kann.

Auch wenn das bedeutet, dass es nicht immer automatisch „zuerst zum Hausarzt" geht, bleibt eine kontinuierliche Begleitung durch ein Primärversorgungsteam erstrebenswert. Das lässt sich mit einer terminlichen Priorisierung nach Dringlichkeit vereinbaren: Wird ein dringender Sprechstundentermin benötigt, sollten sowohl der nächstmögliche Termin in den passenden Praxen im Umkreis als auch die nächste Option in der bevorzugten Praxis angeboten werden. Zudem sollte die primärversorgende Praxis, die die Patient:in betreut, stets über die Ergebnisse der Untersuchungen und über Behandlungen in anderen Praxen oder im Krankenhaus informiert werden.

In Finnland gibt es Lokale Primärversorgungszentren mit verbindlicher „Einschreibung".

Pflegeexpert:innen als tragende Säule der Versorgung

Die Zukunft der Versorgung ist interdisziplinär. Daher müssen wir uns von der Arztzentrierung verabschieden. Es braucht gestufte Zugänge zu Versorgung und Behandlung; sodass Ärzt:innen ihre Expertise gezielt zum Auffinden und Behandeln von Krankheiten einsetzen können.

Am besten zu erreichen ist das, wenn ein interprofessionelles Team von Medizinischen Fachangestellten über hochqualifizierte Pflegende bis zu Ärzt:innen eigenverantwortlich, aber Hand in Hand und im Idealfall unter einem Dach zusammenarbeitet.

Mithilfe der Ersteinschätzung können Versicherte direkt an den passenden Ansprechpartner in der Versorgung weitergeleitet werden.

Damit das funktioniert, muss die angekündigte Gesetzgebung zu den Pflegenden auf Masterniveau (Advanced Practice Nurses, APN) schnell umgesetzt werden. Zudem sind verbindliche gesetzliche und untergesetzliche Normierungen zur konkreten und verbindlichen institutionellen Verankerung der hochqualifizierten Pflegenden, zu interprofessionellen Versorgungspfaden sowie zum Berufs- und Leistungsrecht notwendig.

Um die nötigen Pflegefachkräfte auch ausbilden zu können, ist ein Masterplan „Pflegewissenschaft" von Bund und Ländern erforderlich. Dafür müssen dringend die notwendigen Weiterbildungs- und Hochschulkapazitäten für die entsprechende Pflegende geschaffen werden. Ansonsten wird es die notwendigen Pflegenden schlicht nicht geben!

In Finnland werden etwa 60 Prozent der Behandlungsfälle in der Primärversorgung von speziell qualifizierten Pflegefachkräften übernommen.

Fazit

Nur durch eine konsequente Ersteinschätzung können wir Kapazitäten dort freisetzen, wo sie benötigt werden. Das umfasst ärztliche Termine für Menschen mit medizinischem Bedarf in der passenden Versorgungsebene, vergeben nach Dringlichkeit. Ergänzt werden diese durch angemessene Angebote außerhalb der ärztlichen Versorgung.

Dafür braucht es eine bundesweit abgestimmte Zugangsarchitektur mit KI-gestützten Tools und die Garantie, dass es für jede Anfrage ein passendes Angebot gibt. Entsprechend ist es mit einem reinen Ersteinschätzungsinstrument nicht getan. Parallel zu dessen Implementierung müssen digitale Terminbuchung und kollektivvertragliche Videosprechstunden etabliert sowie Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit strukturell ausgebaut werden.

In Verbindung mit weiteren Reformen, wie dem Ausbau der Kompetenzen von Pflegefachpersonen, der Anpassung der Vergütungssysteme, der digitalen Prozessintegration und dem Abbau administrativer Praxiskontakte, wird die Ersteinschätzung ihre volle Wirkung als Schlüssel zu einem gerechten, effizienten und zukunftsfähigen Gesundheitssystem entfalten.

BKK Dachverband

HABEN SIE FRAGEN?

WIR BEANTWORTEN SIE GERNE

Kontakt
Dr. Patricia Ex
Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement
Stephanie Bosch
Abteilungsleiterin Politik und Kommunikation
Mail: politik@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.de