

## Positionspapier

# Position der AWMF für das BMG- Fachgespräch am 19.02., Stand 18.02.2026 – Beantwortung der Leitfragen

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>1</b>
<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>I. Digitale Ersteinschätzung .....</b>	<b>1</b>
<i>Leitfrage 1.....</i>	<i>1</i>
<i>Leitfrage 2.....</i>	<i>2</i>
<i>Leitfrage 3.....</i>	<i>3</i>
<i>Leitfrage 4.....</i>	<i>3</i>
<i>Leitfrage 5.....</i>	<i>3</i>
<b>II. Terminvermittlung .....</b>	<b>3</b>

## Positionspapier

# Position der AWMF für das BMG- Fachgespräch am 19.02., Stand 18.02.2026 – Beantwortung der Leitfragen

## Einleitung

**Berlin, 02. März 2026** · Die Fragen wurden beantwortet unter Berücksichtigung der Diskussionen in der Sitzung der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF am 3. Februar 2026 und der Stellungnahmen von DEGAM, DGIIN, DGIM, DGPPN, DGOU/DGOU und DIVI.

## I. Digitale Ersteinschätzung

### Leitfrage 1

Welche Funktion kann und soll eine strukturierte Ersteinschätzung in einem Primärversorgungssystem einnehmen und welche konkreten Aufgaben muss sie dafür übernehmen?

#### 1a) Funktionen

- Soll niederschwellig erreichbar und durchführbar sein
- Soll zugangsgerecht sein (u.a. in Bezug auf Sprache)
- Soll kostenfrei für die Nutzenden sein
- Soll somatische und psychische Beschwerden gleichermaßen erkennen und auch Zahngesundheit umfassen
- Soll Patientensteuerung ermöglichen
- Soll rasch und auf Basis vertrauenswürdigen Wissens Dringlichkeit der Behandlung erkennen, Notfälle identifizieren und deren zeitkritische Versorgung im Primärversorgungssystem oder bei Spezialfachärztlich Tätigen bzw. in einer Notaufnahme oder Klinik gewährleisten
- Soll in Bezug auf Verletzungen trennscharf zwischen Bagatellverletzungen und spezialfachärztlich zu versorgenden Traumata unterscheiden
- Soll die Gesundheitskompetenz von Patient\*innen fördern
- Soll interoperabel mit anderen Systemen, auch mit der ePA sein
- Dauerhafte Speicherung der Datenerhebung in die ePA bzw. Nutzung von Daten aus der ePA soll zustimmungspflichtig sein
- Soll sicher sein in Bezug auf Datenhaltung und -übermittlung
- Soll sektorenübergreifend genutzt werden
- Soll europaweit kompatibel sein (Interoperabilität)
- Soll sich in Bezug auf Klassifikationssysteme an den Anforderungen des BfArM ausrichten

#### 1b) Aufgaben

- Soll wissenschaftlich fundiert und prospektiv validiert sein sowie regelmäßig evaluiert werden

## Positionspapier

- (zunächst umfassendere Evaluation, später stichprobenartig, Anpassung bei Änderung des Nutzungsverhaltens, Aufkommen neuer Aspekte)
- Soll mit breiter ärztlicher und ggf. weiterer professioneller Expertise erstellt werden (ggf. auch Kommentierungsphase zur Einbindung)
  - Soll CE zertifiziert sein
  - Soll angemessen eingeführt werden bei professionell Nutzenden und bei Laien/Patient\*innen
  - Soll über verschiedene Medien erreichbar sein: App, Telefon, ggf. persönliche Vorstellung
  - Soll in verschiedenen Sprachen, unterstützt von eingängigen Symbolen, zur Verfügung stehen
  - Soll eine Wahlfunktion für persönlichen Kontakt haben – vor, aber auch während des Ausfüllens/Beantwortens der Fragen der Ersteinschätzung
  - Soll bei Bedarf Visualisierungen zulassen
  - Soll in definierte Prozesse mit klaren Verantwortlichkeiten/Governance-Strukturen eingebettet sein
  - Soll eine Überweisungsfunktion haben – zu medizinischem Fachpersonal entsprechend des symptomenspezifischen Anlasses (augenärztlich, gynäkologisch-geburtshilflich, psychiatrisch) bzw. aufgrund einer dringlichen Behandlungsnotwendigkeit (Traumata, Psychische Erkrankungen, internistische Symptome mit V.a. Akutereignis)
  - Soll im Konsens erarbeitete Leitlinieninhalte (z.B. aus Nationalen Versorgungsleitlinien) zur Einschätzung von Symptomen bzw. Überweisungserfordernissen in Behandlungspfade umsetzen
  - Soll zur Einteilung der Dringlichkeit eine mind. 3 Stufen umfassende Skala haben, unterstützt mit Symbolen und ggf. Farben (z.B. Rot-Notfall, Gelb-dringlich, Grün-nicht zeitkritisch)
  - Soll akute bzw. prioritäre Terminvergaben unterstützen/vornehmen, wenn zeitkritisch auch ohne vorherige Kontaktaufnahme mit Primärversorgenden
  - Soll Überweisungen ohne besondere Dringlichkeit ggf. auf die ePA laden, um Patient\*innen freie Arztwahl zu ermöglichen
  - Soll auf symptom- oder erkrankungsspezifische Laienverständliche Gesundheitsinformationen verweisen bzw. an Apps zur Selbsthilfe. Die Informationen und Apps sollten auf Vertrauenswürdigkeit und Aktualität geprüft sein.

### Leitfrage 2

Bedarf es eines zentralen Ersteinschätzungsinstruments oder sind auch mehrere Anbieter mit einer Zertifizierungslösung denkbar? Welche Qualitätsanforderungen sind in diesem Rahmen an eine Ersteinschätzung zu stellen?

Nach Einschätzung der AWMF sind mehrere Anbietende möglich, eine Zertifizierungslösung wird unterstützt. Folgende Hinweise haben wir in Bezug auf bestehende Systeme bekommen:

- SmED (derzeit im ambulanten Sektor eingesetzt): seitens der DEGAM wird das System nicht als ausreichend angesehen, es wird auf das schwedische System 1117 Vardguiden verwiesen
- SmED wird in Bezug auf das Erkennen möglicher psychischer Erkrankungen als nicht geeignet eingeschätzt (DGPPN), es wird ein System entsprechend der Arbeitsweise des NNS (111) vorgeschlagen (<https://111.nhs.uk/>)

## Positionspapier

- für die erforderliche Unterscheidung zwischen Bagateltraumata und spezialfachärztlich zu behandelnden Traumata wird die Entwicklung und Validierung eines neuen geeigneten Systems gefordert (DGU/DGOU),
- SmED wird als nicht geeignet zum Einsatz in Notaufnahmen gesehen und auf folgende Systeme zur Orientierung verwiesen: Emergency Severity Index (ESI), Manchester Triage System (MTS) oder das Instrument zur Optimierung der Notfallversorgung durch strukturierte Ersteinschätzung mittels intelligenter Assistenz-dienste (OPTINOFA)

### Leitfrage 3

Welche Besonderheiten müssen hinsichtlich bestimmter Patientengruppen und einzelner ärztlicher Fachrichtungen berücksichtigt werden?

Insbesondere muss bedacht werden:

- Vulnerable Gruppen sollen keinen Nachteil haben in Bezug auf Sprache, technische Anforderungen, Gesundheitswissen
- Bei Testung von Systemen sind diese Gruppen adäquat einzubinden, um die Funktionalität zu prüfen
- Im Einzelnen sind diese: Patient\*innen ohne Kenntnisse digitaler Anwendungen, Patient\*innen mit Verständnisschwierigkeiten aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse, Patient\*innen mit Verständnisschwierigkeiten aufgrund eingeschränkter kognitiver Funktionen bedingt durch Krankheit oder Unfall

Eine von Beginn begleitende Evaluation mit dem Fokus auch auf diese Problemstellungen ist geboten.

### Leitfrage 4

Welche weiteren digitalen Elemente sind denkbar, um zum einen die Navigation der Patientinnen und Patienten schon beim Zugang in die Versorgung zu unterstützen und zum anderen Ärztinnen und Ärzten die Koordinierung der Behandlung zu erleichtern?

- Verknüpfung mit Terminvergabesystemen
- Sektorübergreifende Interoperabilität
- Ausbau von Telekonsultation
- Einbindung in die ePA bei Freiwilligkeit der dauerhaften Datenspeicherung

### Leitfrage 5

Welche Finanzierungs- und Vergütungsaspekte sind bei der Etablierung einer flächendeckenden (digitalen) Ersteinschätzung zu berücksichtigen?

- Einplanen von Ressourcen zur Einführung und zur begleitenden Evaluation
- Zu weiteren Aspekten siehe Stellungnahmen von Mitgliedsfachgesellschaften

## II. Terminvermittlung

Für die Aspekte der Terminvermittlung verweisen wir auf die Stellungnahmen der Fachgesellschaften in der AWMF.



## Positionspapier

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung: [office@awmf.org](mailto:office@awmf.org)

Dr. Monika Nothacker, stellv. Vorsitzende der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen

Dr. Manfred Gogol, Vorsitzender Ah-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Präsident der AWMF