

Positionspapier

Digitale Ersteinschätzung

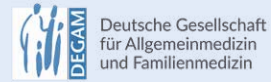
3 Erfolgsfaktoren

02. September 2026



Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) setzt sich für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem ein – in einem hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem.



Die digitale Ersteinschätzung als Eintrittspunkt in das Gesundheitssystem wird aktuell im Kontext verschiedener Gesetzesvorhaben diskutiert. Dabei entsteht häufig der Eindruck, dass eine initiale digitale Einschätzung allein (als zentrale Videokonsultation oder KI-gesteuerte Algorithmen einer App) die vorhandenen Probleme wie überlaufene Notaufnahmen bzw. fehlende und ungesteuerte Facharzttermine reduzieren könnte.

Dass diese Wahrnehmung wenig mit der Realität zu tun hat, veranschaulicht das folgende Beispiel zu Konsequenzen und Abläufen mit oder ohne digitaler Ersteinschätzung:

Herr K., 68 Jahre, Szenario 1: Herr K. wacht mit starkem Schwindel und Übelkeit auf. Ein Arztbesuch ist nicht möglich. Seine Partnerin ruft die Hausarztpraxis an. Die MFA am Telefon erkennt das Problem, sieht in der Patientenakte eine ähnliche Episode vor zwei Jahren und schließt durch gezielte Fragen und Rücksprache mit einem Arzt einen akuten „abwendbar gefährlichen Verlauf“ aus. Ein Hausbesuch innerhalb der nächsten Stunden wird geplant, ein e-Rezept für ein Medikament gegen Übelkeit verordnet. In der Mittagspause kann im Hausbesuch das Problem von Herrn K. fallabschließend als gutartiger Lagerungsschwindel behandelt und eine kurzfristige Therapie mit Lagerungsübungen eingeleitet werden. Zwei Tage später ist Herr K. beschwerdefrei.

Herr K., 68 Jahre, Szenario 2: Herr K. wacht mit starkem Schwindel und Übelkeit auf. Ein Arztbesuch ist nicht möglich. Seine Frau kann nur mühsam über ihr Smartphone die vielen Fragen in einer Triage-App beantworten. Die App rät ihr, aufgrund von fehlenden Informationen die 116117 anzurufen. Die qualifizierte Person am Telefon erhebt wiederum wichtige Fragen und sendet bei „potenzieller Gefahr im Verzug (v. a. Schlaganfall)“ einen Rettungswagen zum Patienten. Vor Ort werden stabile Vitalparameter bei bestehendem Schwindel festgestellt. Aufgrund der (eher unwahrscheinlichen) Möglichkeit eines zentralnervösen Geschehens wird Herr K. in eine Stroke-Unit transportiert.

Deutschland im internationalen Vergleich

Die DEGAM warnt nachdrücklich: In keinem europäischen Land konnten Werkzeuge zur digitalen Ersteinschätzung diese Erwartungen umfänglich erfüllen. Digitale Ersteinschätzungswerkzeuge führen häufig zur Alarmierung der Ratsuchenden, und verweisen diese vermehrt nicht bedarfsgerecht an Notaufnahmen oder Gebietsfachärzte. Überall wird versucht, dieser Übertriagierung durch eine konsequente Einbettung in Versorgungspfade zu begegnen.

Auch für Deutschland gilt: Wir brauchen eine faire und bedarfsgerechte Versorgung bei akuter Erkrankung oder Notfällen. Diese muss digital unterstützt werden, jedoch zwingend in den Versorgungskontext eingebettet sein. Einheitliche Regeln und digital unterstützte Prozesse für bedarfsgerechte, auch telemedizinische Akutversorgung und Terminvergabe sind notwendig. Sie müssen für alle Versorgungsebenen gelten und für alle Bürger gleichermaßen erreichbar sind. Die DEGAM fordert:

- Akute Erkrankungen werden zu den Praxissprechzeiten wohnortnah durch hausärztliche Praxisteams versorgt, in der Regel fallabschließend.
- Außerhalb der Sprechzeiten wird durch eine bundesweit einheitliche und digital unterstützte Ersteinschätzung (z. B. über die 116117 und 112) die bedarfsgerechte Steuerung von akuten Anliegen durchgeführt. Falls keine sofortige Konsultation notwendig ist, werden Ratsuchende an die eigene hausärztliche Praxis verwiesen.
- Mit Ausnahme akut bedrohlicher Notfälle erfolgt keine direkte Zuweisung zu Gebietsfachärzten, um keine Parallelwege zur hausärztlichen Steuerung zu schaffen.
- Begleitend muss die digitale Ersteinschätzung zwingend evaluiert und anhand der Ergebnisse weiterentwickelt werden.

Ein weiteres konkretes Beispiel macht deutlich, wie eine digitale Ersteinschätzung ohne Einbindung in ein hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem zu Überversorgung, Verunsicherung und Kosten führen kann:

Frau M., 21 Jahre, Szenario 1: Frau M. ist seit Wochen häufig schwindlig. Familie und Freunde raten dringend, einen Neurologen aufzusuchen, es könne ja ein Hirntumor sein. Frau M. sucht zunächst die Hausarztpraxis auf, bei der sie eingeschrieben ist. Sie wird ausführlich untersucht, mit dem Ergebnis, dass es sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit um eine Kreislaufdysregulation bei beruflicher Überlastung handele. Ein Hirntumor sei äußerst unwahrscheinlich. Verhaltensweisen, Blutdruckmessung etc. werden besprochen, eine Wiedervorstellung bei Zunahme der Beschwerden bzw. nach vier Wochen vereinbart.

Frau M., 21 Jahre, Szenario 2: Frau M. ist seit Wochen häufig schwindlig. Eine Hausarztpraxis hat sie nicht. Freunde raten dringend, einen Neurologen aufzusuchen, es könne ja ein Hirntumor sein. Frau M. konsultiert die Ersteinschätzung über die 116117, die einen Neurologen-Termin vermittelt. Eine ausführliche neurologische Untersuchung ergibt keinen Anhalt für eine neurologische Ursache. Da die Beschwerden weiter persistieren, organisiert Frau M. sich über die 116117 einen weiteren Neurologen-Termin in einer anderen Praxis. Ein MRT wird veranlasst, ohne Anhalt für eine cerebrale Ursache.

Empfehlungen der DEGAM im Überblick

Die Empfehlungen der DEGAM zielen auf eine effiziente, bedarfsgerechte und sichere Versorgung: wo sinnvoll, digital gebahnt, durch Fachpersonal gesteuert, fair priorisiert. Bereits im Februar 2026 hatte sich die DEGAM in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion zur [digitalen Ersteinschätzung positioniert](#). Diese Positionierung fassen wir im Folgenden noch einmal verdichtet zusammen.

1. Bedarfsgerechte Akutversorgung, auch digital unterstützt, ist Aufgabe der hausärztlichen Primärversorgung

Eine niederschwellig verfügbare und effiziente hausärztliche Primärversorgung für die gesundheitliche Akutversorgung existiert bereits: über 90 Prozent der deutschen Bevölkerung hat eine Hausärztin oder einen Hausarzt. Nach digitaler oder telefonischer Einschätzung durch das Praxisteam erhalten Patient:innen in der Regel einen Termin am selben Tag. Nur ein geringer Anteil der Akutprobleme benötigt eine weitere Behandlung, bspw. bei Gebietsfachärzt:innen. Dafür sind eine qualifizierte Überweisung und eine bedarfsgerecht priorisierte, verbindliche Terminvergabe erforderlich.

Eine primär digitale Ersteinschätzung, die der Hausarztpraxis obligat vorgeschaltet ist, stellt einerseits für viele weniger digital affine oder schwer kranke Menschen eine Barriere dar, und kann andererseits zu wesentlicher Überversorgung führen, weil Vorgeschichte und bio-psycho-sozialer Hintergrund der Patient:innen keine Berücksichtigung finden. Eine Entlastung von Praxen und Notaufnahmen durch eine digitale Anleitung zum Selbstmanagement leichter Erkrankungen wäre prinzipiell zu begrüßen. Allerdings zeigen Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern diesbezüglich wenig Wirkung.

Das sagt die Literatur

Aktuelle Analysen aus Deutschland bestätigen, dass akute Beratungsanlässe in Hausarztpraxen zu mehr als 75 Prozent fallabschließend versorgt werden können [1,2]. Das sind in Deutschland jährlich 134 Millionen Akutfälle, die in Hausarztpraxen behandelt werden [3]. Im Vergleich dazu behandeln Notaufnahmen während der Praxisöffnungszeiten lediglich 4,9 Millionen Akutfälle pro Jahr. Vergleiche zeigen, dass eine vermehrte Inanspruchnahme von Notaufnahmen oder gebietsfachärztlichen Terminen entsteht, wenn eine digitale Ersteinschätzung nicht in bedarfsgerechte Versorgungspfade eingebettet ist [6-9].

2. Digitale Ersteinschätzung als bundesweite Infrastruktur garantiert die Akutversorgung außerhalb der Sprechzeiten

Ein evidenzbasiertes Ersteinschätzungssystem wie bspw. SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) kann eine bedarfsgerechte Steuerung unterstützen [4]. Ein derartiges Tool muss in allen Ländern, Kommunen, KVen, Praxen und Kliniken als bundeseinheitliche Infrastruktur zur medizinischen Ersteinschätzung bereitgestellt werden. Die Nutzung erfolgt verbindlich außerhalb der Öffnungszeiten hausärztlicher Praxen zur Ersteinschätzung für Notfall- und Akutversorgung (z. B. 116117 oder 112). Diese Einschätzung muss in eine bedarfsgerechte Steuerung durch Fachpersonal, z. B. durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst oder im Integrierten Notfallzentrum, mit Zuordnung der Versorgungsebene münden.

Das sagt die Literatur

Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR) beschreibt Bedarfsgerechtigkeit als zentrales Kriterium und fordert konsistente Steuerungsregeln über alle Versorgungswege [5]. Internationale Vergleiche zeigen, dass bei fehlender Einbettung in bedarfsgerechte Versorgungspfade durch digitale Ersteinschätzungsinstrumente sogar vermehrt Notaufnahmen oder ungesteuerte gebietsfachärztliche Inanspruchnahme entstehen [6-9].

3. Kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung der digitalen Ersteinschätzung

Digitale Ersteinschätzung bei akuten Beratungsanlässen kann Versorgungsprozesse strukturieren, Dringlichkeit einschätzen und Hinweise auf geeignete Versorgungsebenen geben. Allerdings sind digitale Ersteinschätzungstools ganz überwiegend für den Kontext der Bereitschaftsdienst- oder Notfallmedizin konzipiert und im Niedrigprävalenzbereich der normalen Primärversorgung mit vielen unterschiedlichen Beschwerdebildern, aber wenig ernsthaften Erkrankungen, nicht ausreichend validiert [10,11].

Die flächendeckende Nutzung bspw. von SmED als medizinische Ersteinschätzung und Steuerung muss durch ein bundesweit einheitliches Monitoring begleitet werden: Unter- und Übertriage, Wiedervorstellungen, sektorenübergreifende Inanspruchnahme, Erreichbarkeit, Patientensicherheit und Nutzerfreundlichkeit müssen kontinuierlich erfasst und regelmäßig veröffentlicht werden. Nur so sind gezielte Weiterentwicklungen und frühzeitige Anpassungen bei Zeichen einer Fehlsteuerung möglich.

Das sagt die Literatur

Digitale Ersteinschätzung kann positiv wirken, sofern sie als ergänzendes Steuerungsinstrument eingesetzt wird. So werden die Vorteile (Zugänglichkeit, Standardisierung und effizientere Ressourcensteuerung) am besten genutzt. Allerdings liegen die größten Risiken in einer Übertriage mit einer Zunahme der Inanspruchnahme von nicht bedarfsgerechter Ressource, sowie einer Untertriage mit Gefahr der Patientensicherheit. Es muss unbedingt das Problem der digitalen Exklusion vulnerabler Gruppen verhindert werden [6,7,13].

Fazit

Das vielzitierte Credo „digital, vor ambulant, vor stationär“ ist grundsätzlich sinnvoll, aber nicht in jedem Fall. Es muss unbedingt Handlungsspielraum für Menschen mit wenig Digitalkompetenz einräumen „digital (aber nicht allein), vor ambulant, vor stationär“, um bedarfsgerechte Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich zu halten. Es gilt zudem nur für akute Beratungsanlässe, nicht für die Behandlung bekannter chronischer Erkrankungen. Primäre Anlaufstelle ist zudem immer die eigene Hausarztpraxis. Nur zu Bereitschaftsdienstzeiten bzw. für Menschen ohne Hausärztin oder Hausarzt soll eine externe digitale Ersteinschätzung Anwendung finden.

Literaturverzeichnis

- [1] Rieken J, Strumann C, Hötter D, Götz K, Steinhäuser J. Assessing urgent medical cases in general practice: development of the ACUTE-GP instrument. BJGP Open. 2026 Apr 7;BJGPO.2025.0194. doi: 10.3399/BJGPO.2025.0194.
- [2] Strumann C, von Meißner WCG, Blickle PG, Rieken J, Steinhäuser J. Utilization of acute medical services in general practice: a retrospective routine data analysis. Int J Emerg Med. 2025 Aug 7;18(1):147. doi: 10.1186/s12245-025-00943-y.
- [3] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Inanspruchnahme von ambulanten akutmedizinischen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung. 2025. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2023/Abschlussbericht_Inanspruchnahme_akutmedizinischer_Leistungen.pdf. Letzter Zugriff am 12.08.2026
- [4] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). SmED: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland. <https://www.zi.de/themen/medizin/akut-und-notfallversorgung/ersteinschaetzung/smed/uebersicht>. Letzter Zugriff am 12.08.2026
- [5] Sachverständigenrat Gesundheit. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018. 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf Letzter Zugriff am 12.08.2026
- [6] Turner J, O’Cathain A, Knowles E, Nicholl J. Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. BMJ Open. 2013 Nov 14;3(11):e003451. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003451.
- [7] Simpson RM, Jacques RM, Nicholl J, et al. Measuring the impact introducing NHS 111 online had on the NHS 111 telephone service and the wider NHS urgent care system: an observational study. BMJ Open. 2022;12:e058964. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058964.
- [8] Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. Scand J Prim Health Care. 2011 Dec;29(4):198-209. doi: 10.3109/02813432.2011.629150.
- [9] Liu V, Kaila M, Koskela T. Triage Accuracy and the Safety of User-Initiated Symptom Assessment With an Electronic Symptom Checker in a Real-Life Setting: Instrument Validation Study. JMIR Hum Factor 2024;11:e55099. DOI: 10.2196/55099

- [10] Slagman A, Bremicker A, Möckel M, Eienbröker L, Fischer-Rosinsky A, Gries A. Evaluation of an Automated Decision Aid for the Further Referral of Emergency Room Patients—A Prospective Cohort Study. *Dtsch Arztebl Int.* 2024;121(21):703-709. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0191.
- [11] Gottliebsen K, Petersson G. Limited evidence of benefits of patient operated intelligent primary care triage tools: findings of a literature review. *BMJ Health Care Inform.* 2020;27(1):e100114. doi: 10.1136/bmjhci-2019-100114.
- [12] Wallace W, Chan C, Chidambaram S, Hanna L, Iqbal FM, Acharya A, et al. The diagnostic and triage accuracy of digital and online symptom checker tools: a systematic review. *npj Digit Med.* 2022;5(1):118. doi: 10.1038/s41746-022-00667-w.
- [13] Payne R, Clarke A, Swann N, et al. Patient safety in remote primary care encounters: multimethod qualitative study combining Safety I and Safety II analysis. *BMJ Qual Saf* 2024;33:573–586.

Kontakt

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Telefon: 030-20 966 9800
E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de