

A decorative horizontal band with a repeating pattern of overlapping circles in various shades of blue and grey, creating a textured, scale-like effect.

RICHTLINIE ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN

Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für ein
bundesweit einheitliches, standardisiertes
Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4
SGB V in Verbindung mit § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 SGB V

INHALT

§ 1 Anwendungsbereich der Richtlinie	3
§ 2 Voraussetzung für das Ersteinschätzungsverfahren	3
§ 3 Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens	3
§ 4 Vermittlung in die adäquate Versorgungsebene	4
§ 5 Dokumentation	4
§ 6 Datenübermittlung	4
§ 7 Anforderungen an das elektronische System der Ersteinschätzung	5
§ 8 Qualität	6
§ 9 Einheitliches standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren gemäss § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4	6
§ 10 Evaluation	6
§ 11 Inkrafttreten/Salvatorische Regelungen	7

§ 1 ANWENDBEREBEICH DER RICHTLINIE

Die vorliegende Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nr. 6 SGB V regelt die Anforderungen an das bundeseinheitliche Ersteinschätzungsverfahren im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung in der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V sowie im Rahmen des digitalen Ergänzungsangebotes nach § 75 Absatz 1a Satz 17 SGB V.

§ 2 VORAUSSETZUNG FÜR DAS ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN

(1) Bei jedem Versicherten, der sich telefonisch unter der Rufnummer 116117 mit akuten medizinischen Beschwerden bei der Terminservicestelle meldet, ist ein Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie durchzuführen. Ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie ist nicht durchzuführen, wenn dem Versicherten direkt ein Arzt zur Abklärung der Beschwerden telefonisch zur Verfügung steht oder das Ersteinschätzungsverfahren aufgrund der Art des Hilfeersuchens nicht erforderlich ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen treffen hierzu nähere Ausführungsbestimmungen.

(2) Bei lebensbedrohlichen Beschwerden und Erkrankungen ist der Anruf bzw. der Einsatz von der Terminservicestelle unverzüglich an den Rettungsdienst 112 zu übergeben.

(3) Das Ersteinschätzungsverfahren kann durch digitale Ergänzungsangebote zur direkten Nutzung durch die Versicherten erweitert werden (digitale Selbsteinschätzung nach § 75 Absatz 1a Satz 17 SGB V). Das digitale Selbsteinschätzungsverfahren muss nachstehende Anforderungen nach dieser Richtlinie in gleicher Weise erfüllen wie das telefonische Ersteinschätzungsverfahren. Auf dieser Grundlage ersetzt die digitale Selbsteinschätzung im konkreten Anwendungsfall eine telefonische Ersteinschätzung.

(4) Liegt bei einem konkreten telefonischen Hilfeersuchen bereits eine digitale Selbsteinschätzung vor, ist eine erneute vollständige telefonische Ersteinschätzung nicht erforderlich, soweit die Selbsteinschätzung nicht älter als zwei Stunden ist und sich zwischenzeitlich keine Veränderung der Beschwerden des Versicherten ergeben haben. Bestehen seitens der Terminservicestelle Zweifel hinsichtlich des Anlasses des Hilfeersuchens oder der Aktualität der Beschwerden oder besteht eine Empfehlung zur Vorstellung in der Notaufnahme eines Krankenhauses, ist eine erneute telefonische Ersteinschätzung durchzuführen.

§ 3 DURCHFÜHRUNG DES ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHRENS

(1) Das Ersteinschätzungsverfahren wird auf Basis einer Software gemäß § 7 strukturiert durchgeführt. Die Software unterstützt die strukturierte Abfrage des Hilfesuchenden und die Herleitung von Handlungsempfehlungen in standardisierter Weise. In der telefonischen Ersteinschätzung ist die strukturierte Abfrage situationsentsprechend anzuwenden und kann insbesondere bei einer Eskalation der Dringlichkeit jederzeit beendet werden. Eine Beendigung der Abfrage ist stets zulässig, wenn eine Handlungsempfehlung zum Versorgungszeitpunkt und zur Versorgungsebene erreicht worden ist und für die Mitarbeiter der Terminservicestellen nach § 8 Absatz 1 Satz 1 erkennbar ist, dass eine Fortsetzung der Befragung keine abweichende Handlungsempfehlung mehr resultiert. Die Handlungsempfehlungen der Software sind für die Mitarbeiter nach § 8 Absatz 1 Satz 1 nicht bindend; abweichende Entscheidungen sind unter Angabe von Gründen zu dokumentieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen treffen hierzu nähere Ausführungsbestimmungen.

(2) Die Anwendung der Software nach Abs. 1 führt zur Ermittlung des adäquaten Versorgungszeitpunktes und der adäquaten Versorgungsebene.

(3) Der Versorgungszeitpunkt unterscheidet mindestens folgende Dringlichkeitsstufen: „lebensbedrohlicher Notfall“, „schnellstmögliche ärztliche Behandlung“, „ärztliche Behandlung binnen 24 Stunden“, „ärztliche Behandlung nicht binnen 24 Stunden erforderlich“.

(4) Können keine Anzeichen eines lebensbedrohlichen Zustands identifiziert werden und sollte der Hilfesuchende nach dem Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens innerhalb von 24 Stunden persönlich oder mittels Fernbehandlung einem Arzt vorgestellt werden, liegt ein Akutfall vor, und die Terminservicestelle vermittelt eine unmittelbare ärztliche Versorgung gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V. Die adäquate ärztliche Versorgung ist nach der relevanten Dringlichkeitsstufe und der von der Software empfohlenen Versorgungsebene, sowie der Verfügbarkeit ärztlicher Ressourcen und der jeweiligen Tageszeit zu bestimmen. Zur Bestimmung der adäquaten Versorgungsebene sollen möglichst Anforderungsmerkmale an die erforderliche Mindestausstattung der annehmenden Versorgungseinrichtung herangezogen werden, soweit die Software solche Merkmale ausweist.

(5) Die bestimmungsgemäße Verwendung der Ersteinschätzungssoftware im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung ist regelhaft durch die Kassenärztliche Vereinigung zu überprüfen.

§ 4 VERMITTLUNG IN DIE ADÄQUATE VERSORGUNGSEBENE

(1) Folgende Versorgungsebenen kommen für eine Vermittlung gemäß § 3 in Betracht:

- a) Telemedizinischer Arztkontakt per Video oder Telefon
- b) Vertragsarztpraxis allgemein/Vertragsarztpraxis eines bestimmten Fachgebiets
- c) Bereitschaftsdienst in Bereitschaftsdienstpraxen oder im Fahrdienst
- d) Notaufnahme im Krankenhaus
- e) Rettungsdienstliche, ggf. notärztliche Versorgung

(2) Die Software unterstützt die Mitarbeiter der Terminservicestellen darin, ein geeignetes telemedizinisches Versorgungsangebot zu vermitteln, indem die Eignung für eine Fernbehandlung ausgewiesen wird.

(3) Die Vermittlung des Versicherten in eine Vertragsarztpraxis gemäß Absatz 1 lit. b) erfolgt durch Benennung einer Vertragsarztpraxis und eines Termins bzw. Zeitraums, in der der Versicherte die Praxis zwecks Behandlung aufsuchen kann. Insbesondere kann der Versicherte auch in eine offene Sprechstunde oder zu einer telemedizinischen ärztlichen Beratung per Video oder Telefon vermittelt werden. Bei der Vermittlung ist der durch das Ersteinschätzungsverfahren ermittelte Versorgungszeitpunkt zu beachten.

(4) Die Vermittlung des Versicherten in den Bereitschaftsdienst gemäß Absatz 1 lit. c) erfolgt durch Benennung der Bereitschaftsdienstpraxis, durch Entsendung des Fahrdienstes an den Aufenthaltsort des Versicherten oder durch eine telemedizinische ärztliche Beratung per Video oder Telefon.

(5) Die Vermittlung des Versicherten in eine Notaufnahme im Krankenhaus gemäß Absatz 1 lit. d) erfolgt durch Benennung des entsprechenden Standorts.

(6) Die Vermittlung von Versorgungsangeboten an die Nutzer des digitalen Selbsteinschätzungsverfahrens erfolgt nach Maßgabe der Handlungsempfehlungen der Software. Im Notfall weist die Software umgehend auf die Notwendigkeit einer sofortigen telefonischen Kontaktaufnahme durch den Hilfesuchenden mit dem Rettungsdienst (Rufnummer 112) hin. Soweit die Möglichkeit einer unmittelbaren digitalen Buchung eines Präsenz- oder telemedizinischen Arzttermins innerhalb der relevanten Dringlichkeitsstufe nicht besteht, oder ggf. die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht werden sollte, verweist das System auf eine notwendige telefonische Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle (Rufnummer 116117). Die Kontaktaufnahme obliegt dem Nutzer.

§ 5 DOKUMENTATION

(1) Im Falle der Durchführung des telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens sind die folgenden Personendaten zu erfassen: Name, Geburtsdatum oder Alter, Geschlecht; sofern für die weitere Versorgung erforderlich: Wohnanschrift, falls abweichend, aktueller Aufenthaltsort, Rückrufnummer, E-Mail-Adresse sowie Versichertennummer des Versicherten.

(2) Die Terminservicestelle ist im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens verpflichtet, sämtliche aus fachlicher Sicht für die Behandlung wesentlichen Ergebnisse des Ersteinschätzungsverfahrens zu dokumentieren, insbesondere die Dringlichkeitsstufe und die erfolgte Aufklärung im Hinblick auf die weitere Behandlung.

(3) Für die digitale Selbsteinschätzung ist bis zur verbindlichen digitalen Buchung eines Termins keine Erfassung personenbezogener Daten erforderlich. Der Zugriff auf die Daten der Ersteinschätzung erfolgt über einen Identifikationscode. Berechtigt ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder ein befugter Dritter.

§ 6 DATENÜBERMITTLUNG

(1) Die im telefonischen Ersteinschätzungsverfahren festgestellte Dringlichkeitsstufe in Akutfällen nach § 3 Absatz 2 ist dem weiterbehandelnden Vertragsarzt im Falle einer Terminvermittlung oder dem Fahrdienst durch die Terminservicestelle zu übermitteln. Die Daten nach § 5 Absatz 1 und 2 sind mit Einwilligung des Versicherten an den weiterbehandelnden Vertragsarzt, den Bereitschaftsdienst oder bei Vorliegen einer entsprechenden bundeseinheitlichen Schnittstelle der Notaufnahme im Krankenhaus zu übermitteln. Die Übermittlung nach Satz 2 muss mittels eines Kommunikationsdienstes erfolgen, der die Daten nach dem

Stand der Technik verschlüsselt und eine eindeutige Identifizierung des Absenders und Empfängers gewährleistet.

- (2) Im Falle der digitalen Selbsteinschätzung obliegt die Übermittlung des Ersteinschätzungsergebnisses an die behandelnde Einrichtung grundsätzlich dem Nutzer. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Möglichkeit dem Nutzer einen digitalen Übermittlungsweg bereitzustellen.

§ 7 ANFORDERUNGEN AN DAS ELEKTRONISCHE SYSTEM DER ERSTEINSCHÄTZUNG

Die zur Anwendung kommende Software muss folgenden Gütekriterien genügen:

- a) **Patientensicherheit:** Das Kriterium der Patientensicherheit hat oberste Priorität. Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Ersteinschätzung müssen durch die Ausgestaltung der Entscheidungskriterien erfasst und verhindert werden.
- b) **Vollständigkeit:** Die Software soll alle in der Akutversorgung auftretenden Beratungsanlässe abbilden und gezielt steuern können.
- c) **Bedarfsgerechtigkeit:** Je nach Beratungsanlass und medizinischer Dringlichkeit werden Patienten der angemessenen Versorgungsebene zugewiesen und ein angemessener Behandlungszeitpunkt empfohlen. Die Software muss geeignet sein, sehr schnell lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe mit hoher Sensitivität zu erkennen. Beratungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit sollen mit hoher Spezifität erkannt werden. Die in § 3 Abs. 3 bezeichneten Dringlichkeitsstufen sollen zutreffend unterschieden werden.
- d) **Versorgungsebene und Regionalität:** Die Software ist dafür entwickelt worden, eine Zuweisung an die angemessene, verfügbare Versorgungsebene bzw. eine Einschätzung der erforderlichen personellen und strukturellen Anforderungen für die weitere Abklärung oder Behandlung vorzunehmen. Die in § 4 Abs. 1 genannten Versorgungsebenen sollen zutreffend unterschieden werden können. Regionale strukturelle Gegebenheiten/Verfügbarkeiten müssen Berücksichtigung finden können.
- e) **Reliabilität:** Die Software soll unabhängig von der einsetzenden Person oder dem einsetzenden Ort zu vergleichbaren Ergebnissen führen.
- f) **Diskriminationsfähigkeit:** Die Software soll Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden können.
- g) **IT-Fähigkeit und Dokumentationsfähigkeit:** Mit der Anwendung der Software wird zeitgleich eine Dokumentation erstellt. Die Software zur Ersteinschätzung enthält eine Schnittstelle für eine direkte Integration mit der Dispositions- und Dokumentationssoftware der Kassenärztlichen Vereinigung.
- h) **Validität:** Die Software beruht, soweit verfügbar, auf wissenschaftlicher Evidenz und wird fortlaufend wissenschaftlich evaluiert (z. B. hinsichtlich der Entlastung der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes, der Sterblichkeit oder von Komplikationsraten).
- i) **Kulturelle Sensibilität:** Die Software soll zukünftig insbesondere im digitalen Online-Verfahren in verschiedenen Sprachen anwendbar sein.
- j) **Interessensneutralität:** Die Weiterentwicklung, Anpassung, Schulung sowie Anwendung der Software soll unabhängig von gewinnorientierten Interessen (z. B. von der Industrie, Kostenträger) erfolgen.
- k) **Benutzerfreundlichkeit und Wirtschaftlichkeit:** Mit der Software soll durch hierfür geschultes Personal zügig und zuverlässig eine Steuerungsentscheidung für den Patienten gefunden werden. Die Dauer der Ersteinschätzung muss angemessen, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.
- l) **Expertenbeirat:** Die Entwicklung der Software wird von medizinischen Experten begleitet.
- m) **Technische Verfügbarkeit und Datensicherheit:** Die technische Verfügbarkeit der Software zur Ersteinschätzung ist sichergestellt und liegt bei mindestens 99,5 Prozent im Jahresmittel. Das Hosting erfolgt auf einem hochperformanten und redundant ausgelegten Server in der EU mit einer Server-Antwortzeit < 300 Millisekunden. Das Datensicherheitskonzept ist auf dem aktuellen Stand der Technik. Die Datenübermittlung ist nach Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt.
- n) **Rund-um-die-Uhr-Service:** Es besteht ein technischer Service rund um die Uhr für die Software zur Ersteinschätzung, um Störungen zeitnah zu beseitigen.
- o) **Datenschutz:** Die Software entspricht den Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Sozialdatenschutzes. Die Daten dürfen nur in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz verarbeitet werden.

- p) **Medizinprodukt:** Die Software entspricht den Anforderungen der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MDR) und hat die Zweckbestimmung „Feststellung der Behandlungsdringlichkeit und Versorgungsebene.“

§ 8 QUALITÄT

(1) Die Ersteinschätzung erfolgt durch medizinisch ausgebildetes oder durch Berufserfahrung qualifiziertes Fachpersonal, welches in der Anwendung des strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens geschult worden ist. Das Fachpersonal wird in regelmäßigen Fortbildungen sowohl mit der Anwendung des Ersteinschätzungsverfahrens, seinen Veränderungen sowie mit Grundanforderungen an die akutmedizinische Beurteilung von Patientenproblemen vertraut gemacht. Für die erforderlichen Schulungen von nicht-medizinischen Fachkräften gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Mustercurriculum zur Mitarbeiterqualifikation heraus.

(2) Im Rahmen des Betriebs des Ersteinschätzungsverfahrens ist ein Fehlermeldesystem einzurichten, das die strukturierte Aufarbeitung von eingetretenen und von Beinahe-Fehlern erlaubt. Je nach Größe der Terminservicestelle können hierzu die Einrichtung eines anonymen Fehlermeldesystems (Critical Incident Reporting System) als auch die Durchführung themenbezogener regelmäßiger Besprechungen zählen.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung organisiert regelmäßige Anwendertreffen zur Weiterentwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens und benennt für die Kassenärztlichen Vereinigungen Ansprechpartner.

§ 9 EINHEITLICHES STANDARDISIERTES ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN GEMÄSS § 75 ABS. 1A SATZ 3 NR. 4

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen ein softwaregestütztes strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren zur telefonischen Anwendung und digitalen Selbsteinschätzung zur Verfügung, das die Anforderungen des § 7 erfüllt.

§ 10 EVALUATION

(1) Es erfolgt eine jährliche Gesamtevaluation der Anwendung des Ersteinschätzungssystems durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hierzu übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen viermal jährlich elektronisch, jeweils zum 30. April, 31. Juli, 31. Oktober und zum 31. Januar eines Jahres, insbesondere folgende Auswertungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung in anonymisierter und aggregierter Form jeweils für die Assessments aus der telefonischen Ersteinschätzung und aus der digitalen Selbsteinschätzung:

a) auf Kalenderwochenbasis: Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen, durchschnittliche Dauer, durchschnittliche Anzahl Fragen pro Assessment, die Häufigkeit der einzelnen Beschwerden, die durchschnittliche Anzahl Beschwerden pro Assessment;

b) auf Monatsbasis: Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen, durchschnittliche Dauer pro Assessment, durchschnittliche Anzahl Fragen pro Assessment, die Häufigkeit der einzelnen Beschwerden, durchschnittliche Anzahl Beschwerden pro Assessment, Anrufanlässe;

c) auf Jahresbasis: Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen, durchschnittliche Dauer pro Assessment, durchschnittliche Anzahl Fragen pro Assessment, die Häufigkeit der einzelnen Beschwerden, durchschnittliche Anzahl Beschwerden pro Assessment, durchschnittliches Aufkommen nach Wochentag und Stunde (3h-Intervalle), Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen unterteilt nach empfohlener Dringlichkeitsstufe und nach Versorgungsebene je Dringlichkeitsstufe, Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen unterteilt nach Altersklasse, Geschlecht, empfohlene Dringlichkeitsstufe, empfohlene Versorgungsebene, Anzahl der Beschwerdebilder je Dringlichkeitsstufe und empfohlener Versorgungsebene.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland bei entsprechendem Einverständnis mit der Erstellung der Auswertungen nach Absatz 1 beauftragen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen bei Bedarf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die durch die Software zur Ersteinschätzung erhobenen Einzeldaten in anonymisierter Form zur Durchführung einer ergänzenden Evaluation zur Verfügung.

(4) Zur Beurteilung der Validität und Sicherheit des Ersteinschätzungsverfahrens wird eine erweiterte Evaluation in Form einer Zusammenführung mit Dispositionsdaten der eingeschätzten Versicherten angestrebt. Die Zusammenführung von Dispositions- und Ersteinschätzungsdaten erfolgt durch die eindeutige Identifikation je

durchgeführter Ersteinschätzung, die in den Dispositionssystemen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgespeichert wird. Hierbei sind die folgenden Daten relevant: Identifikation der Ersteinschätzung oder Empfehlungen der Software zur Dringlichkeit und Versorgungsebene, Angaben zur disponierten Versorgungsebene, Zeitstempel des Beginns des Gespräches, Dauer des Gespräches, PLZ des Einsatzes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung bei der Begleitevaluation durch Bereitstellung der notwendigen Daten.

§ 11 INKRAFTTRETEN/SALVATORISCHE REGELUNGEN

Die Richtlinie tritt am Tag ihrer Bekanntgabe in Kraft. Die Richtlinie vom 7. Mai 2020 wird aufgehoben.

Berlin, den 1. Juli 2024

Dr. Andreas Gassen
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Stephan Hofmeister
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Sibylle Steiner
Mitglied des Vorstandes