



Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

# Baustellen und Lösungen - Update Gesundheitsleitsysteme

UCON 2026 · Einführung

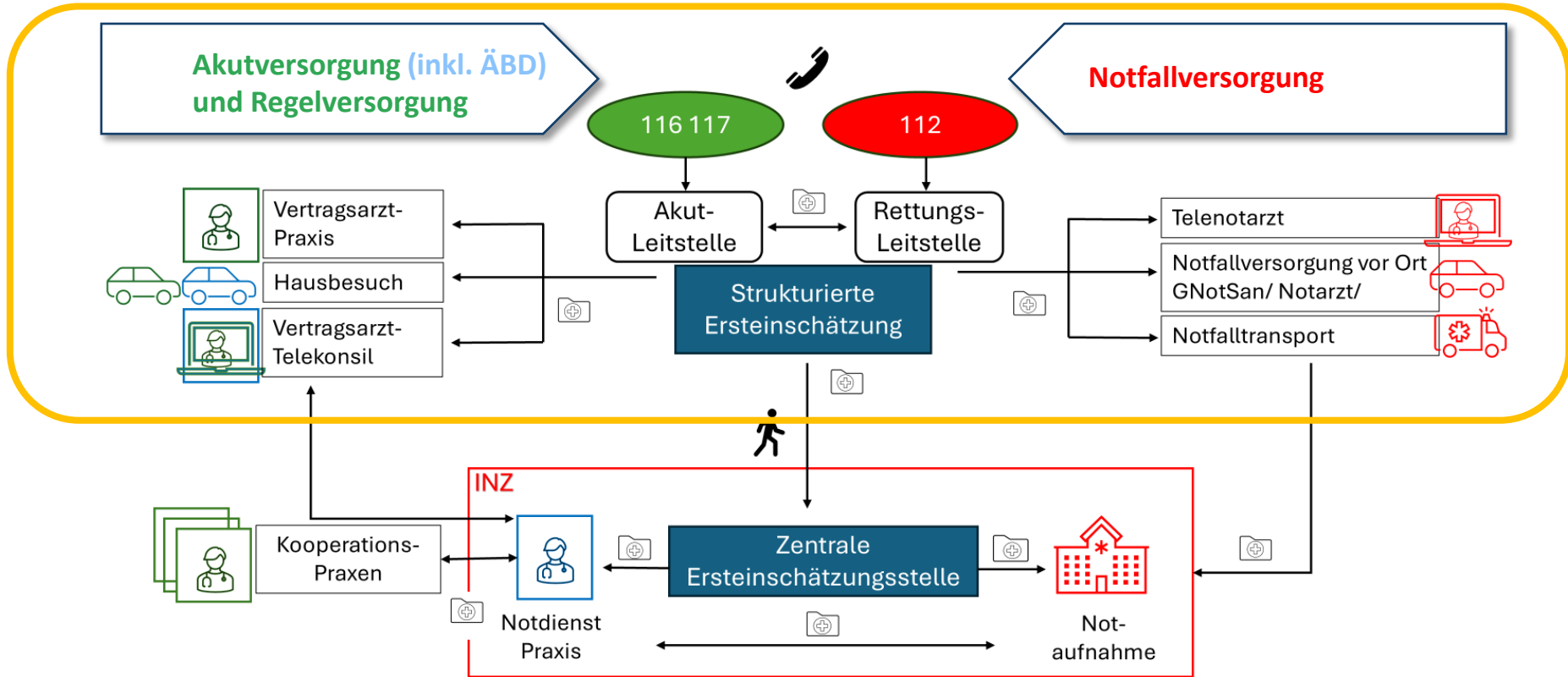
Moderation: Thomas Czihal

Berlin, 23. Juni 2026

- **Themen**

- **Qualität der Ersteinschätzung verbessern**
- **Dispositionen abstimmen**
- **digitale Fallübergabe (Technik und Prozesse) etablieren**
- **unter Prämissen des Gesetzes tatsächlich kooperieren**  
(KV muss, Rettungsdienst kann kooperieren)

- Steuerung durch Ersteinschätzung – detaillierte Herausforderungen!



- **Studien zur Bewertung von Triage-Software bzw. Symptom Checkern:**  
je weniger dringend, desto unpräziser

## Table 3 Reported self-triage accuracy of Symptom-Assessment Applications, Laypeople, and Large Language Models across different self-triage levels

From: [Accuracy of online symptom assessment applications, large language models, and laypeople for self-triage decisions](#)

Self-Triage Level	Symptom-Assessment Applications, % (Range)	Large Language Models, % (Range)	Laypeople, % (Range)
Emergency	74.5% (57–100%)	66.7% (50.0–86.7%)	67.9% (57.5–78.6%)
Urgent Care	53.3% (23.0–92.2%)	16.7% (n.a.)	50.0% (n.a.)
Non-Emergency/ Non-Urgent	69.7% (55.0–82.5%)	94.1% (87–100%)	70.8% (68.4–73.2%)
Self-Care	42.1% (0.0–74.0%)	10.8% (6.15–16.7%)	35.6% (25.4–46.7%)

Kopka M, von Kalckreuth N, Feufel MA. Accuracy of online symptom assessment applications, large language models, and laypeople for self-triage decisions. *npj Digit. Med.* 8, 178 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01566-6>

- **Neue Herausforderungen für die Weiterentwicklung von SmED**  
Arbeitsprogramm 2026/2027

- Anwendung für **pädiatrische Fälle** verbessern (altersgerechte Abfragekriterien)

- relevante **Übertriage reduzieren** (Versorgungsebene Krankenhaus, Dringlichkeit schnellstmöglich), dabei Untertriage vermeiden

- neue **Versorgungsebenen** einführen

- **diagnostische Telekonsultation** (schnelle ärztliche Abklärung)

- **Gesundheitsfachperson** (z.B. delegierter Hausbesuch)

- **„Selfcare“** (kein Versorgungsbedarf)

Notfall-  
reform

- **digitalen Zugang erleichtern** (offene LLM-unterstützte Abfrage statt Vortriage)

- spezifischer **in die fachärztliche Versorgung steuern** (Ausweis des Versorgungsbedarfs überprüfen, anschlussfähige Termininformationen schaffen)

Primärarzt-  
system



🏠 > Projekte > eSNA – Einheitliche strukturierte Notrufabfrage

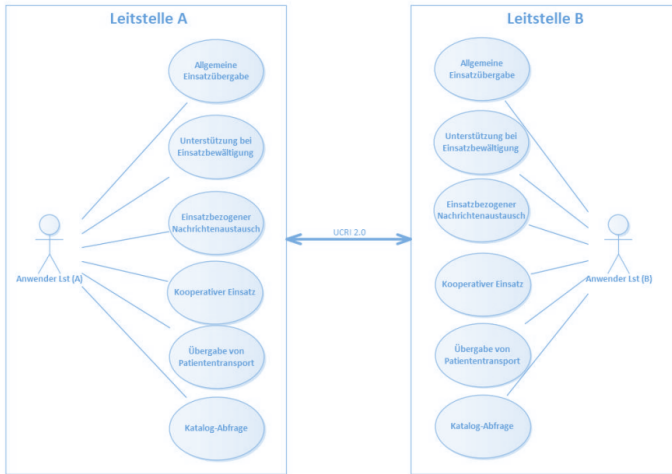
## Versorgungsforschung

# eSNA – Einheitliche strukturierte Notrufabfrage

- **Ziel:** Referenzsystem von Fragen/Antwortoptionen, um Qualität von Softwaresystemen zur Unterstützung der SNA beurteilen zu können
- **Kernfragen für das Projekt:**
  - Welche Fragen ermöglichen es, Notfälle schnell und sicher zu erkennen?
  - Wann ist klar, dass voraussichtlich kein Notfall vorliegt und eine Abgabe an 116117 möglich ist?
  - Wie kann sichergestellt werden, dass alle Anlässe für telefonische Hilfeersuchen erfasst sind?

- UCRI und TI

## Welt der Leitstellen: UCRI 2.0



Quelle: PMEV (2025) Universal Control Room Interface.

### UCRI-Matrix-Schnittstelle (Messenger116117)

Schnittstelle für die gegenseitige digitale Fallweitergabe zwischen 116117 und TIZ

**F** Famedly

**Zi** Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

## Welt der TI: TI-Messenger

≡ gematik [matrix]



**Mit dem TI-Messenger werden Nachrichten sicher und vertraulich versendet**

Medizinisch relevante Informationen können mit dem TI-Messenger so schnell und unkompliziert ausgetauscht werden wie bei WhatsApp und Co. Sensible und vertrauliche Daten sind dabei aber sicher: Jede Kommunikation über den TI-Messenger ist mehrfach vor dem Zugriff durch Dritte geschützt.

Quelle: Gematik



## ● Digitale Vernetzung

### § 133c SGB V

- Pflicht zur **digitalen Notfalldokumentation**: digitale Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten, Übermittlung dieser Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle und zu deren Empfang,
- **betrifft: (1)** LE der medizinischen Notfallrettung nach § 30, **(2)** die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser/INZ, **(3)** Akutleitstellen, ÄBD und Kooperationspraxen
- BMG legt mit Hilfe der gematik per RVO **Datensätze** und **Schnittstellen** fest
- zuständige Landesbehörde kann LE nach § 30 verpflichten eine Software zum Nachweis der Versorgungskapazitäten zu nutzen

### § 133e SGB V

- Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung haben sich **binnen 15 Monaten** nach Inkrafttreten an die **Telematikinfrastuktur anzuschließen**.

- Finanzierung im Bereich des Rettungsdienstes – 225 Mio.

§ 133f

Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung

(1) In den Jahren 2027 bis 2031 stellt der Bund aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes insgesamt 225 Millionen zur Förderung von Investitionen in die digitale Infrastruktur der folgenden Vorhaben zur Verfügung:

1. Einrichtung einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1,
2. Bildung eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a,
3. Einführung einer digitalen Notfalldokumentation im Sinne des § 133c Absatz 1 Satz 1,
4. Einrichtung eines Versorgungskapazitätennachweissystems im Sinne des § 133c Absatz 2 Satz 1,
5. Einrichtung eines in § 30 Absatz 3 Satz 2 genannten auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystems und
6. Errichtung des AED-Katasters im Sinne des § 133h Absatz 1 Satz 1.

- Finanzierung im Bereich der KVen – nach Bedarf aber nur anteilig (50:50?)

14. § 105 Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:

„(1b) Jede Kassenärztliche Vereinigung vereinbart jährlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag und dessen jeweilige Verwendung zur Finanzierung der

1. nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 und 3, Absatz 1c und § 133a von der Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellenden Strukturen einschließlich Maßnahmen zur digitalen Vernetzung dieser Strukturen und
2. Förderung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einschließlich Maßnahmen zur digitalen Vernetzung dieser Einrichtungen und Stellen.

- Finanzierung im Bereich der KVen – nach Bedarf aber nur anteilig (KV-Anteil >50%)

§ 105 Abs. 1b SGB V

....

Bei der jeweiligen Vereinbarung des in Satz 1 genannten Betrags haben die in Satz 1 genannten Vereinbarungspartner folgende im Zusammenhang mit der notdienstlichen Akutversorgung im jeweiligen Vorjahr vereinnahmte Entgelte in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen:

1. Entgelte für nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach einem Gesamtvertrag abrechenbare Leistungen und Kosten und
2. die von der Kassenärztlichen Vereinigung sonstigen vereinnahmten Entgelte

In voller Höhe mindernd zu berücksichtigen sind zudem die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3.

- **Kernfragen**

**Können KVen darauf hinwirken, dass Gemeinsame Notfalleitsysteme gleichartig strukturiert sind?**

**Wer übernimmt welchen Fall — und wer darf ihn ablehnen?**

Die eigentliche Konfliktzone liegt vermutlich nicht bei eindeutigen Notfällen, sondern bei den Graubereichen. Welche Fallgruppen sind heute zwischen 112, 116117, Notaufnahme und KV-Dienst besonders strittig? Wie können Doppelvorhaltungen vermieden werden?

**Was ist die größere Baustelle: Technik, Zuständigkeit oder Vertrauen?**

Wenn 112 und 116117 digital Fälle übergeben können: Reicht das technisch — oder brauchen wir zuerst gemeinsame Regeln, Haftungsklarheit und Vertrauen in die jeweils andere Ersteinschätzung?

**Erfolgsmessung**

Woran erkennen wir 12 Monate nach Start, dass das Gesundheitsleitsystem funktioniert? Weniger Rettungswageneinsätze? Weniger Notaufnahme-Selbsteinweiser? Kürzere Wartezeiten? Weniger Weiterleitungen? Höhere Patientensicherheit?