



Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

Erfahrungen aus Zi-Projekten zur intersektoralen Patientensteuerung

UCON 2026 · Session: Intersektorale Ersteinschätzung

Dr. Sarah Oslislo
Berlin, 24. Juni 2026

● Hintergrund: Notfallreform & Ersteinschätzung

Die Reform der Notfallversorgung (§ 123 SGB V) verankert drei Bausteine – im Zentrum die Ersteinschätzung.

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Gemeinsame Anlaufstelle von KV
und Krankenhaus am
Klinikstandort

Ersteinschätzung als Steuerung

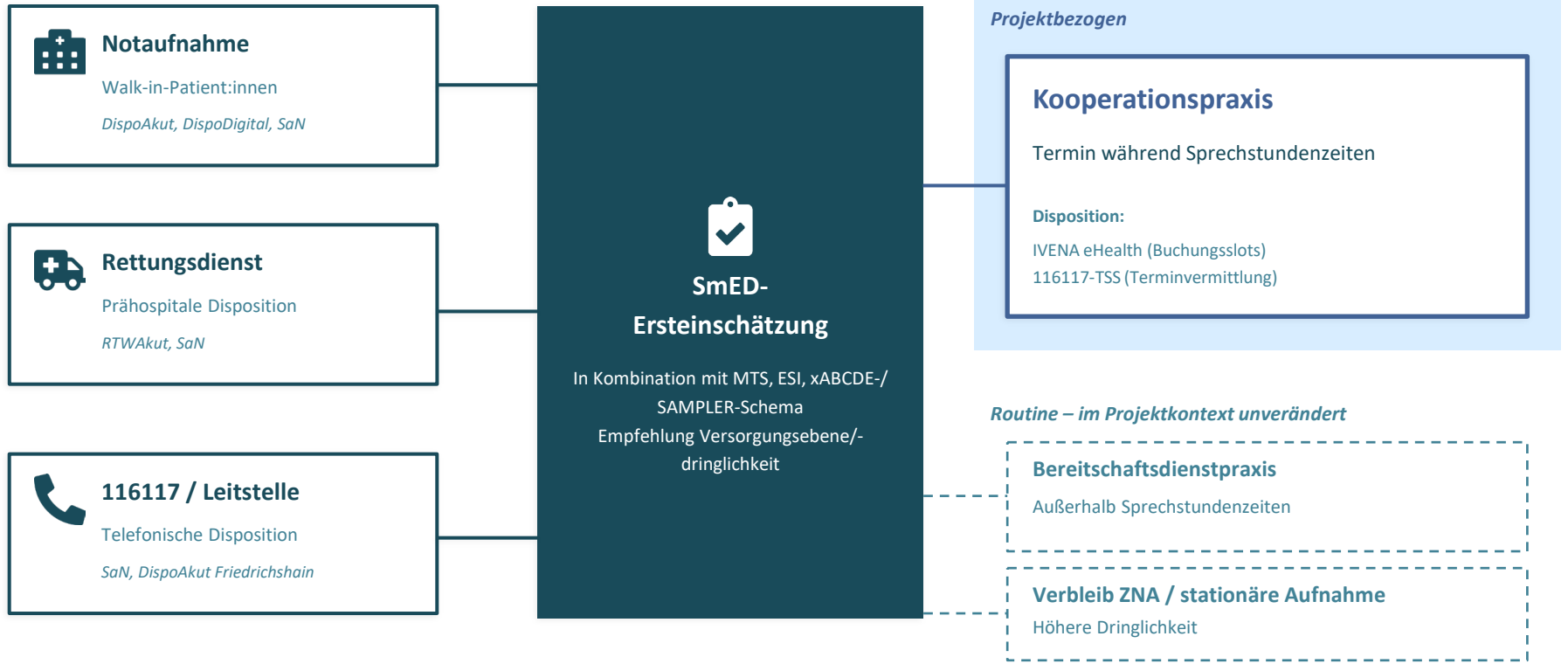
Strukturierte Bewertung der
Dringlichkeit weist den passenden
Versorgungsbereich zu

Zugang zur ambulanten Versorgung

Weiterleitung in
Kooperationspraxen oder den
vertragsärztlichen
Bereitschaftsdienst

Leitfrage: Das Verfahren ist gesetzlich vorgezeichnet. Wovon hängt aber ab, ob die Steuerung im Alltag gelingt?

● Projektansätze



Eigene Darstellung

● Wer schätzt ein?

1

Wer schätzt ein?

2

Wie gut & sicher?

3

Wo bricht die Kette?

4

Was folgt daraus?



KV-/ZNA-Personal

in der Notaufnahme
(nach MTS/ESI)



Patient:in selbst

digital am Terminal



116117-Disponent:innen

telefonisch



Notfallsanitäter:innen

prähospital
(nach X-ABCDE/SAMPLER-Schema)

● Wie gut & sicher?

1

Wer schätzt ein?

2

Wie gut & sicher?

3

Wo bricht die Kette?

4

Was folgt daraus?



Sicherheit

keine Hinweise auf
Patient:innengefährdung (NA + RD)



Abschluss in KP

85,7–96,2 % (NA) · 35 von 43 Fällen
(RD)



Dauer

1,1–2,8 Min. SmED-Median (NA) ·
1,7 Min. SmED-Median (RD)



Akzeptanz

hohe Patient:innen-
/Mitarbeiter:innenzufriedenheit

Befund:

Die erweiterte Ersteinschätzung weniger dringlicher Fälle dauert nur wenig länger. In den untersuchten Projektkontexten ergaben sich keine Anhaltspunkte für Patient:innengefährdung.

● Wo bricht die Kette? (I/II)



Weiterleitung in KP

NA: 1.351 von 2.051
Studienteilnehmenden
RD: 64 von 145 ambulanten
Empfehlungen



Passung & Verfügbarkeit

Genug Termine (> 1.000/Woche)
– aber nicht zur Spitzenzeit,
nicht jede Fachrichtung.
Taktung, kein Mengenproblem.

- Abbildung -

● Wo bricht die Kette? (II/II)

1

Wer schätzt ein?

2

Wie gut & sicher?

3

Wo bricht die Kette?

4

Was folgt daraus?



Disposition lückenhaft

IVENA eHealth: Slots in Echtzeit
TSS: ohne Ankunftsbestätigung



Technik nicht integriert

Doppeldokumentation



Rückkopplung fehlt

Kein Rücklauf an RD & NA

Befund:

Nicht das Verfahren entscheidet – sondern, ob ein passender Termin verfügbar ist und die Übergabe verbindlich gelingt.

Was folgt daraus?

1

Wer schätzt ein?

2

Wie gut & sicher?

3

Wo bricht die Kette?

4

Was folgt daraus?

Verfügbarkeit sichern

passende Praxis zur richtigen Zeit – Telekonsultation als Weg ohne Präsenzbindung

Disposition vervollständigen

durchgängiges Buchungstool mit Ankunftsbestätigung

Technik integrieren

SmED mit NIDApad & KIS verbinden – keine Doppeldokumentation

Rückkopplung schließen

operatives Feedback an die Steuernden

- **Kernbotschaften**

Die Ersteinschätzung ist die zentrale Schaltstelle intersektoraler Steuerung – ihre Wirkung entsteht aber erst durch die Prozesskette dahinter.

Erfolgsentscheidend:

Enge Kommunikationsstruktur mit aufnehmenden Praxen (unabhängig, ob MVZ am KH-Standort oder Niedergelassene) über Terminbereitstellung & Feedback zur Steuerung
Motivation der aufnehmenden Praxen



Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt

Dr. Sarah Oslislo
soslislo@zi.de

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland
Salzufer 8
10587 Berlin

www.zi.de