

Digitale Ersteinschätzungstools im Primärversorgungssystem

Positionierung der DGPPN zu der geplanten Implementierung von digitalen Ersteinschätzungstools im Rahmen der Neuorganisation der ambulanten Versorgung („Primärversorgungssystem“)

Das Wichtigste in Kürze

Bei der aktuellen Diskussion um digitale Ersteinschätzungstools sind aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) folgende Aspekte leitend:

- Digitale Ersteinschätzungstools können ein sinnvoller Baustein in einem Primärversorgungssystem sein. Sie können die Nutzenden bei der Hilfesuche unterstützen, sie dürfen aber nicht als unabdingbare Entscheidungsinstanz geplant werden, die den Zugang zum Versorgungssystem im Sinne einer Triage regelt. Vielmehr sollen die Tools ein freiwillig zu nutzendes und unterstützend strukturierendes Element sein. Insbesondere Menschen mit Teilhabeeinschränkungen brauchen nicht nur digitale Barrierefreiheit, sondern auch alternative Kontakte ins Hilfesystem.
- Die Möglichkeit eines direkten Zugangs zu Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie soll in einem Primärversorgungssystem grundsätzlich erhalten bleiben. Dies gilt selbstverständlich insbesondere dann, wenn das digitale Ersteinschätzungstool eine entsprechende Indikationsstellung unterstützt.
- Das digitale Ersteinschätzungstool muss vier Voraussetzungen erfüllen: (1) Niedrigschwelligkeit, (2) frühe und ausreichende Erkennung psychischer Beschwerden/Störungen und Schweregradeinschätzung, (3) bedarfsgerechte Steuerung (inklusive einer sicheren Ausgestaltung der Schnittstelle zum Rettungsdienst bei Notfällen), (4) Daten-Sicherheit.
- Die Software SmED (*Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland*) stellt keine gute Grundlage für ein digitales Ersteinschätzungstool dar, das (auch) psychische Störungen berücksichtigen soll.
- Die DGPPN regt an, ein Tool zu entwickeln, das sich an der Arbeitsweise der 111-Nummer des britischen National Health Service (NHS) orientiert (<https://111.nhs.uk>).
- Die DGPPN empfiehlt bei der Entwicklung eines digitalen Ersteinschätzungstools, die Schnittstellen/Interoperabilität mit anderen Systemen zu bedenken. Zumindest in der ersten Ausbaustufe des Tools sollte aber keine Verwendung von Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) vorgesehen werden.

Einführung

Die DGPPN ist die größte deutsche medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit. Sie bündelt die Kompetenzen von mehr als 13.000 Fachärztinnen und Fachärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Forschenden der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

Die vorliegende Positionierung der DGPPN basiert auf folgenden Gedanken: Die DGPPN begrüßt, dass gesundheitspolitisch die Notwendigkeit gesehen wird, der in Deutschland bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung in der ambulanten Versorgung nach SGB V entgegenzusteuern. Hinsichtlich der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems wird auf die DGPPN-Stellungnahme vom 27. August 2025 verwiesen: Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen bzw. dem Verdacht auf eine psychische Erkrankung sollen neben der hausärztlichen Versorgung und Steuerung und neben einer digitalen Ersteinschätzung auch die Möglichkeit eines Direktzugangs zu einer fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Abklärung und Diagnostik haben. Diese sind Voraussetzung für eine alle Möglichkeiten reflektierende Behandlung unter Berücksichtigung medizinischer, psychotherapeutischer und sozialer Faktoren.

Ungeachtet dessen sieht die DGPPN es für sinnvoll an, im Vorfeld eines ersten ambulanten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kontaktes die Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung zu etablieren, damit der Zugang ins Versorgungssystem oder in alternative Hilfsmöglichkeiten unterstützt wird.

Bei der Planung sollte gleich mitgedacht werden, ob bzw. welche weiteren Ziele das Tool verfolgen soll, z. B., ob das Tool gleichzeitig einen förderlichen Effekt auf die (digitale) Gesundheitskompetenz ausüben soll, was aus Sicht der DGPPN grundsätzlich wünschenswert wäre. In diesem Fall sollte das Tool durch weitere Funktionalitäten wie qualitätsgesicherte gesundheitsbezogene Informationen ergänzt werden.

Grundsätzlich muss aus Sicht der DGPPN bei der Entwicklung von digitalen und KI-gestützten Tools auf eine digitale Chancengerechtigkeit geachtet werden; dies nicht nur in Bezug auf den niedrighschwelligen Zugang (s. Ausführungen unter 1), sondern auch auf die Vermeidung einer Benachteiligung bestimmter Personengruppen. Dies ist bei vielen aktuellen KI-Anwendungen noch nicht der Fall und kann zu Verzerrungen bis hin zu Diskriminierungen führen.¹

Voraussetzungen für ein Digitales Ersteinschätzungstool für Menschen mit psychischen Beschwerden oder Erkrankungen

In Bezug auf Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden oder einer psychischen Erkrankung wirft die Etablierung eines (digitalen) Ersteinschätzungstools grundsätzliche Fragen auf, die im Folgenden weiter ausgeführt werden sollen.

Aus Sicht der DGPPN müssen für ein Ersteinschätzungstool, das psychische Beschwerden und Erkrankungen (mit)erfassen soll, vier Voraussetzungen erfüllt sein:

1) Niedrighschwelligkeit

Angesichts der hohen Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen und den bekannten z. T. mehrjährigen Diagnose- und Behandlungsverzögerungen dürfen diese durch ein vorge-

¹ s. z. B. <https://www.nature.com/articles/s41586-024-07856-5> und <https://www.nature.com/articles/s41746-025-01746-4>

schaltetes (digitales) Ersteinschätzungstool nicht verstärkt werden. Das Ziel muss sein, Verzögerungen und Barrieren zu reduzieren. Dies bedeutet, dass ein niedrigschwelliger, bedarfsgerechter Zugang zu Diagnostik und Therapie erreicht werden soll. Das Ersteinschätzungstool darf keine Barriere im Zugang zum Hilfe- und Unterstützungssystem darstellen.

Darüber hinaus weisen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oft digitale Teilhabebeeinträchtigungen auf.² Diese können von der Verfügbarkeit digitaler Hilfsmittel und Zugänge, z.B. aufgrund von Armut bzw. Ängsten bei derer Nutzung in Bezug auf Inhalte und Sicherheit, bis hin zu kognitiven Einschränkungen in der Bedienung bei verschiedenen psychischen Erkrankungen wie Psychosen, Demenzen, Abhängigkeitserkrankungen etc. reichen. Folglich müssen neben einem digitalen Ersteinschätzungstool auch andere Möglichkeiten bestehen, Kontakt zum Hilfesystem zu bekommen, ohne dass die Informationen nachrangig zum digitalen Tool behandelt werden (z.B. telefonisch, schriftlich oder durch persönliche Vorstellung).

2) Psychische Beschwerden müssen schnell und ausreichend erkannt werden

Psychische Gesundheit und körperliche Gesundheit stehen in einem sich gegenseitig beeinflussenden Verhältnis. Die Symptomatik psychischer Erkrankungen ist vielfältig und kann auch körperlicher Natur sein. Für ein Ersteinschätzungstool ist es daher essenziell, neben somatischen Symptomen/Beschwerden auch gezielt und früh im Entscheidungsbaum nach psychischen Symptomen zu fragen und diese im Gesamtbild zu bewerten.

Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass bei rein schriftlichen Kommunikationskanälen (z.B. bei einem chatbot-assistierten Tool) unter Umständen wichtige non-verbale bzw. verbale Informationen, die für eine richtige Ersteinschätzung relevant sein können, verloren gehen.

3) Unterstützung einer bedarfsgerechten Steuerung

Neben einer ausreichend differenzierten Einschätzung, ob und mit welcher Intensität psychische Beschwerden und damit ein Verdacht auf eine psychische Erkrankung vorliegen, muss das Ersteinschätzungstool differenzierte Empfehlungen für die Einsteuerung der Patientinnen und Patienten in das Unterstützungs- bzw. Versorgungssystem aussprechen und klar zwischen akuten psychiatrischen Notfällen wie z.B. akuter Suizidalität, Delirien oder Intoxikationen und weniger kritischen Situationen unterscheiden können. Psychiatrische Notfälle müssen gleichwertig mit somatischen Notfällen erfasst werden, und es sollen entsprechende Empfehlungen ausgesprochen werden. Hierzu bedarf es einer sicher ausgestalteten Schnittstelle mit dem System der Notfallversorgung (Notruf 112, Rettungsdienst, Notfallzentren) bzw. der konsequenten Berücksichtigung im Rahmen der Notfallreform. Daneben müssen über das unterstützende Entscheidungstool auch Empfehlungen zur ambulanten fachärztlich psychiatrischen Diagnostik und Therapie sowie für weniger kritische Zustände gegeben werden, bzw. die Zugänge zu Hilfe und Unterstützung jenseits des SGB V abgebildet werden (u.a. Selbsthilfe-Apps, digitale und analoge Beratungsstellen).

4) Sicherheit

Gesundheitsdaten sind besonders schützenswerte Daten. Dies gilt umso mehr für Daten, die die psychische Gesundheit betreffen, da psychische Erkrankungen – insbesondere sogenannte schwere psychische Erkrankungen – weiterhin stark stigmatisiert sind. Diese Stigmatisierung kann zu einem verminderten Hilfesuchverhalten führen (s. dazu die Ausführungen unter 1).

2 <https://www.nature.com/articles/s41746-025-02203-y>

Es ist daher essenziell, dass ein digitales Ersteinschätzungstool die Kriterien für hohe Cybersicherheit und Resilienz – gerade angesichts steigender Angriffe auf digitale Gesundheitsprozesse – erfüllt, so dass es für die Hilfesuchenden vertrauenswürdig erscheint und genutzt wird.³

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die DGPPN die Einbindung von Informationen aus der ePA in die Entscheidungsabläufe eines KI-unterstützten digitalen Ersteinschätzungstools kritisch sieht. Abrechnungsdaten von vorausgegangenen Behandlungen können gerade bei psychiatrischen Erkrankungen Unschärfen in Bezug auf eine Diagnose und Erkrankungsdynamik aufweisen und möglicherweise zu Fehleinschätzungen im digitalen Ersteinschätzungstool führen. Auch ist der mit Daten zu psychischen Erkrankungen einhergehende besondere Cybersicherheitsaspekt zu berücksichtigen, der auch generell für die ePA gilt. Folglich empfiehlt die DGPPN zumindest zu Beginn keine Einbindung der ePA in das Ersteinschätzungstool zu planen, sondern abzuwarten, bis die Systeme stabil und verlässlich laufen und bis ein Vertrauen in die Systeme gewachsen ist. Davon unabhängig sollte die Interoperabilität der Systeme für mögliche spätere Ausbaustufen von Anfang an mitgedacht werden.

Bewertung bestehender Systeme und Tools

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen folgt eine Bewertung bestehender Systeme im Hinblick auf Nutzende mit psychischen Beschwerden/Erkrankungen.

Deutschland: 116 117 (116117.de – Patientennavi)

Die Online-Version (Patientennavi) wie auch die Telefonhotline 116 117 nutzen das System *Strukturierte medizinische Ersteinschätzung* (SmED) des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung, welches wiederum auf dem *Swiss Medical Assessment System* (SMASS) beruht.

Insgesamt ist dieses Instrument aus Sicht der DGPPN zum gegenwärtigen Zeitpunkt für die Ersteinschätzung psychischer Beschwerden nicht zu empfehlen.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung gibt an, dass 8,2 % der Anlässe für eine Online-Selbsteinschätzung per SmED psychische Beschwerden gewesen seien⁴. Die in der Software hinterlegten Kriterien und Entscheidungsbäume hierfür liegen der DGPPN nicht vor.

Eine eigene Testung hat gezeigt, dass psychische Beschwerden in SmED aus psychiatrisch-fachlicher Sicht bisher nicht adäquat abgefragt werden. Es wären insbesondere eine frühere Abfrage psychischer Symptome (schnellere Abzweigung von den somatisch orientierten Fragen) und danach strukturiertere Detailfragen zu psychischen Erkrankungen notwendig.

Aus den vorliegenden Evaluationsberichten von SmED ist nicht ersichtlich, ob die oben genannten vier Kriterien – insbesondere 2) und 3) – erfüllt werden.⁵

Australien: Healthdirect (Trusted Health Advice | healthdirect)

Das australische Tool *Healthdirect* bietet digitale *Symptom Checkers* und Hotlines an, die

3 [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(25\)00128-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(25)00128-1/fulltext)

4 s. Präsentation von Zoch-Lesniak et. al vom 14.05.2025: [https://www.zi.de/service/veranstaltungen/detailansicht/urgent-care-conference-2025#:~:text=Zugangswege%20zur%20116117%2DErsteinsch%C3%A4tzung%20\(Dr.%20Beate%20Zoch%2DLesniak](https://www.zi.de/service/veranstaltungen/detailansicht/urgent-care-conference-2025#:~:text=Zugangswege%20zur%20116117%2DErsteinsch%C3%A4tzung%20(Dr.%20Beate%20Zoch%2DLesniak)

5 https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Medizin/Fachbereich_Medizin/SmED_Evaluationsbericht_2023.pdf

mit qualifizierten Pflegefachkräften besetzt sind. Dort sollen auch Fragen zum Themenkomplex der psychischen Gesundheit abgebildet sein. Eine spezifische Evaluation ist der DGPPN nicht bekannt, und eine Testung des digitalen Tools ist von Deutschland aus nicht möglich. Die Ergebnisse einer kurzfristig durchgeführten, unsystematischen Befragung einzelner australischer Psychiaterinnen und Psychiater, zu denen seitens des Vorstandes der DGPPN Kontakt besteht, lassen vermuten, dass das Tool in der Steuerung der Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden/Erkrankungen keine wesentliche Rolle spielt.

Großbritannien: 111 (<https://111.nhs.uk>)

Die 111 des NHS ist aus Sicht der DGPPN benutzerfreundlich und barrierefrei gestaltet. Bereits auf der Startseite können Nutzende auswählen, dass sie Hilfe im Bereich psychischer Gesundheit suchen (neben sonstigen Symptomen, Verletzungen und Zahngesundheit). Hiernach kann gewählt werden, ob schnelle Hilfe oder zunächst generelle Informationen und Rat gesucht werden. Das bei Soforthilfe anschließende medizinische Modul „Psychische Gesundheit“ ist gut in die medizinische Gesamtersteinschätzung integriert und wissenschaftlich evaluiert. Somatische und psychiatrische Notfälle werden direkt und auf gleicher Ebene adressiert: Der erste Hinweis, bevor weitere Abfragen zur Psyche erfolgen, ist, dass bei Anzeichen von Herzinfarkt, Schlaganfall, Delir, Suizidgedanken, starker Atemnot etc. (immer mit einem erklärenden Beispiel) der Notruf gewählt werden soll. Auch im weiteren Verlauf des Assessments zur psychischen Gesundheit erscheinen die Fragestellungen zielführend. Dabei erhalten Nutzende den expliziten Hinweis, dass sie keine Diagnose erhalten werden, sondern eine Einschätzung, wohin sie sich als nächstes wenden sollten.

Weiterhin wird an jeder Stelle deutlich gemacht, dass *NHS.UK* weitere Hilfsquellen für psychische Krisen oder Notfälle bietet, falls die Plattform <https://111.nhs.uk> nicht hilfreich erscheint. Dazu gehören SMS- und Vorlesedienste/Screenreader, Notfall-Hotlines und Websites.

Empfehlungen der DGPPN

In der Zusammenschau spricht sich die DGPPN dafür aus, unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Voraussetzungen ein Tool zu entwickeln, das sich an den Prinzipien der 111-Nummer des NHS (<https://111.nhs.uk>) orientiert, neben der Online-Version auch eine (Video-)Telefon-Version vorhält und eine eng abgestimmte Schnittstelle mit der Notfallversorgung aufweist.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
DGPPN-Präsidentin
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesidentin@dgppn.de