

**Inklusive  
Checkliste  
zum Ausfüllen**

Whitepaper

# KI-basierte Ersteinschätzung in der Telemedizin

Regulatorische Anforderungen des 31c BMV-Ä und  
Best Practices für eine zukunftssichere Versorgung



# KURZZUSAMMENFASSUNG

Ab September 2025 wird für Videosprechstunden mit unbekanntem Patient:innen eine strukturierte Ersteinschätzung gemäß Anlage 31c des BMV-Ä verpflichtend. Dieses Whitepaper analysiert die technischen und organisatorischen Folgen der neuen Regelung und zeigt Telemedizinanbietern, Versicherungen sowie Softwareanbietern für Termin- & Videosprechstunden praxiserprobte Wege auf, um optimal auf die neue Situation zu reagieren und sogar einen Vorteil daraus zu generieren.

## Was Sie in diesem Whitepaper lernen:

- ✓ Anlage 31c BMV-Ä auf den Punkt – Was ändert sich und wen betrifft es?
- ✓ Mindestanforderungen & Best Practices aus der Praxis – Wie gelingt die praxisnahe Umsetzung?
- ✓ Schritt-für-Schritt Leitfaden – Für Telemediziner, Versicherer & Softwareanbieter
- ✓ Checkliste für die Evaluation von Anbietern für Ersteinschätzungsverfahren - Auch als Grundlage eines Leistungsverzeichnis / Lastenheft geeignet

## INHALT

### Anlage 31c BMV-Ä auf einen Blick

- Wer, Was & Warum **3**
- Schlaglicht: Ersteinschätzung **4**
- Basis-Gütekriterien von GKV-SV & KBV **5**

### Ersteinschätzung in der Praxis

- Integration in den Versorgungsprozess **7**
- Zusätzliche Anforderungen aus der Versorgungspraxis **8**

### Umsetzung der neuen Anforderungen

- Erste Schritte für Telemedizin- & Terminanbieter und Versicherer **10**
- Checkliste zur Evaluation von Anbietern & als Lastenheft **11**

## Anlage 31c BMV-Ä

# WER, WAS & WARUM

In der Anlage 31c des BMV-Ä legen GKV-SV und KBV erstmals Qualitätsanforderungen für telemedizinische Angebote und Leistungen durch Vertragsärzte fest.

## WER

Betroffen ist die telemedizinische Versorgung von sogenannten "unbekannten Patienten". Laut Anlage 31c BMV-Ä sind das Patient:innen, die **nicht mindestens 1x in den letzten 4 Quartalen die Praxis der Vertragsärzt:in persönlich aufgesucht haben**. Es gibt dabei Ausnahmen für bestimmte Situationen wie z. B. die Notfallversorgung.



## WAS

### Angebotsausweitung von Videosprechstunden

--> Videosprechstunden sollen vermehrt angeboten und ein diskriminierungsfreier Zugang gewährleistet werden

### Gleichberechtigter Zugang durch Ersteinschätzung

--> Ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren vor der Vermittlung in die Videosprechstunde wird verpflichtend

### Regionale Nähe in der Versorgung

--> Telemedizin bevorzugt durch regionale Ärzt:innen und Verantwortung für lokale Anschlussversorgung bei Bedarf

### Nutzung der Telematikinfrastruktur

--> Elektronische Patientenakte, elektronischer Medikationsplan, eArztbrief und Kommunikation über Telematik (TI) werden verpflichtend

Alle Regelungen im Detail --> [bit.ly/anlage31c](https://bit.ly/anlage31c)



## WARUM

Telemedizinische Konsultationen wurden seit 2017 zunächst schrittweise arztrechtlich erlaubt und dann kollektiv- sowie selektivvertragrechtlich auch erstattet. Daneben hat sich zudem ein großer Selbstzahlermarkt gebildet. Insbesondere Gerichte urteilen im Kontext HWG allerdings immer wieder, dass eine telemedizinische Versorgung nicht unbedingt gleichwertig ist. Die Vertragspartner KBV und GKV-SV setzen mit der Anlage 31c jetzt einen gesetzlichen Auftrag im SGB V, um Qualitätskriterien für entsprechende Versorgungs- & Geschäftsmodelle zu definieren.

# SCHLAGLICHT: ERSTEINSCHÄTZUNG

Eine verpflichtende, strukturierte Ersteinschätzung in der vertragsärztlichen Versorgung ist neu und greift tief in die ärztliche Handlungsfreiheit ein. Ein ähnliches Instrument ist bisher nur im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der KVen nach § 75 SGB V für Versicherte in Akutfällen vorgesehen. Die KBV nutzt für diesen Zweck bisher bundeseinheitlich das Tool SmED.

[...] der Vermittlung der Videosprechstunde bei unbekanntem Patienten ab dem 1. September 2025 ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren vorzuziehen, welches eine Priorisierung von Terminwünschen nach Behandlungsbedarfen ermöglicht [...]

[...] Auf Basis der Ersteinschätzung wird festgestellt, ob der Fall für eine Videosprechstunde geeignet ist. Sofern keine Eignung für die Videosprechstunde festgestellt werden kann, wird der Versicherte an die vorhandenen Versorgungsstrukturen verwiesen [...]

[...] Die elektronischen Programme für eine standardisierte Ersteinschätzung müssen die in Anlage 1 festgelegten Anforderungen erfüllen [...]

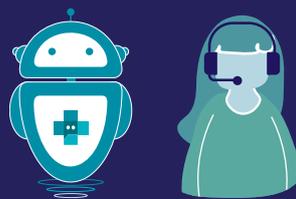
**Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung können Leistungserbringer das Ersteinschätzungsverfahren jedoch frei wählen**, sofern es die Anforderungen und Gütekriterien in Anlage 1 zur Anlage 31c erfüllt. Dafür gibt es auch bereits verschiedene Anbieter am Markt.

## Wie funktioniert eine strukturierte Ersteinschätzung?

Strukturierte Ersteinschätzungsverfahren erfolgen softwaregestützt entweder durch geschulte Mitarbeiter:innen oder durch Patient:innen im Self-Service, z. B. per Chatbot.



Patient:in zuhause



Ersteinschätzung



Telekonsultation

Ersteinschätzungssoftware ermittelt basierend auf **Alter, Geschlecht, Risikofaktoren und Symptomatik** die wahrscheinlich geeignete Versorgungsebene und prüft die telemedizinische Eignung. Einige Tools können auch **Verdachtsdiagnosen mit Wahrscheinlichkeiten** ermitteln.

Wichtig: Die Software **muss als Medizinprodukt nach der EU-MDR zugelassen sein**, der Einsatz in Deutschland wird durch das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG) geregelt.



lokale Alternativ- / Anschlussversorgung

# BASIS-GÜTEKRITERIEN NACH ANLAGE 31C BMV-Ä

Gemäß Anlage 1: Anforderungen an das elektronische System der Ersteinschätzung nach § 9 Abs. 2 zur Anlage 31c des BMV-Ä gelten folgende Kriterien (Zusammenfassung) verpflichtend als Mindestkriterien für ein Ersteinschätzungsverfahren:

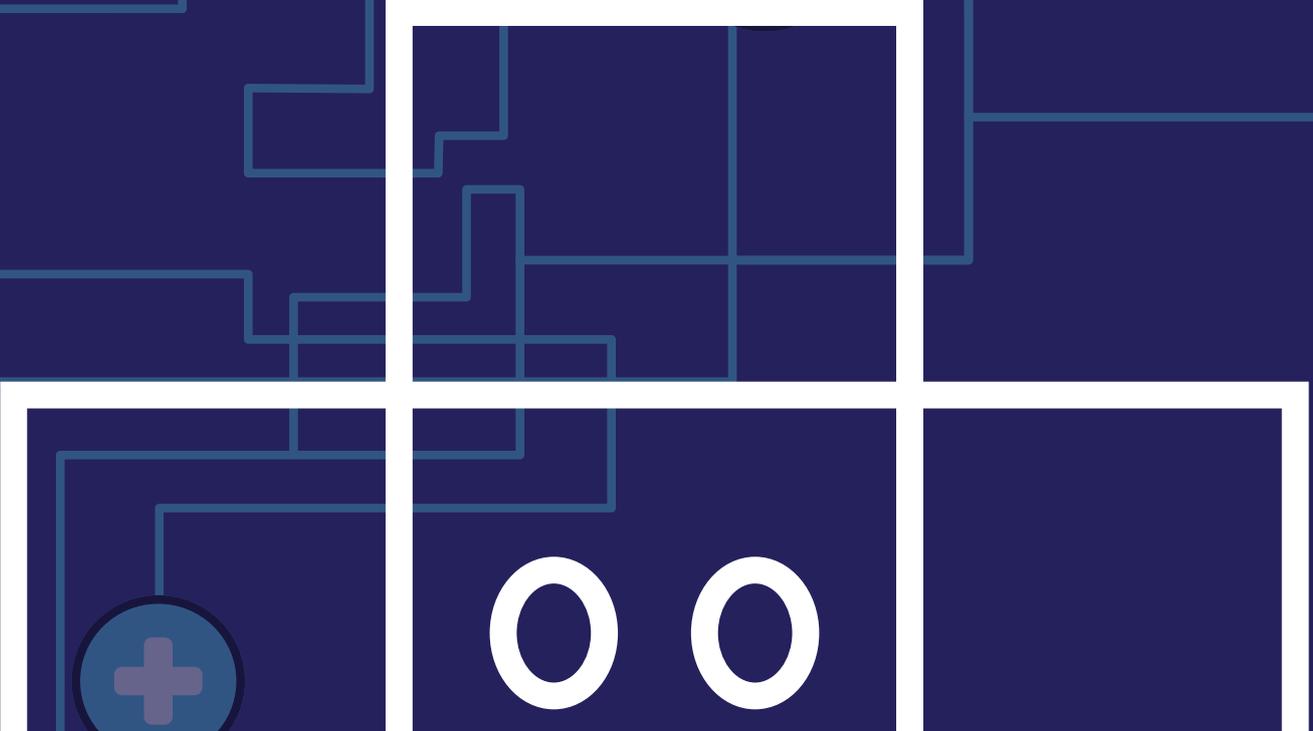
|           |                                       |   |
|-----------|---------------------------------------|---|
| <b>1a</b> | <b>Patientensicherheit</b>            | Unerwünschte Ereignisse müssen durch Algorithmus erfasst und verhindert werden, um Patient:innen zu schützen              |
| <b>1b</b> | <b>Vollständigkeit</b>                | Umfassende Abdeckung und Steuerung aller in der (Akut-) Versorgung auftretenden Beratungsanlässe möglich                  |
| <b>1c</b> | <b>Bedarfsgerechtigkeit</b>           | Erkennt Bagatellen, ermittelt die richtige Versorgungsebene, Dringlichkeit und Eignung für eine telemedizinische Beratung |
| <b>1d</b> | <b>Regionale Versorgungsebene</b>     | Zuweisung an geeignete regionale & verfügbare Versorgungsformen und Abschätzung des Behandlungsbedarfs ist möglich        |
| <b>1e</b> | <b>Reliabilität</b>                   | Es kommt ein deterministisches Verfahren zum Einsatz, dessen Ergebnisse reproduzierbar und bestätigbar sind               |
| <b>1f</b> | <b>Objektivität</b>                   | Ergebnisse und Steuerungskriterien sind unabhängig vom individuellen Nutzer oder dem Einsatzort                           |
| <b>1g</b> | <b>Diskriminationsfähigkeit</b>       | Triagierung nur auf Basis medizinischer Erfordernisse (Risikofaktoren, individuelle Symptomatik) möglich                  |
| <b>1h</b> | <b>Schnittstellen / Dokumentation</b> | Verpflichtende Dokumentation der Ersteinschätzung und Anbindung an AIS-Systeme mit offener Schnittstelle                  |
| <b>1i</b> | <b>Validität</b>                      | Die Ersteinschätzung basiert auf wissenschaftlicher Evidenz und wird fortlaufend wissenschaftlich evaluiert               |
| <b>1j</b> | <b>Kulturelle Sensibilität</b>        | Mehrsprachigkeit möglich, insbesondere in der Online-Nutzung durch Patient:innen  |
| <b>1k</b> | <b>Interessenneutralität</b>          | (Weiter-) Entwicklung, Betrieb und Anwendung der Ersteinschätzung erfolgt unabhängig von Gewinninteressen                 |
| <b>1l</b> | <b>SLA &amp; Datensicherheit</b>      | IT-Sicherheit auf aktuellem Stand der Technik, Hosting in der EU und hochverfügbare Erreichbarkeit (>99,5% / <300ms)      |
| <b>1m</b> | <b>Datenschutz</b>                    | DSGVO- & Sozialdatenkonforme Verarbeitung von Daten ausschließlich in der EU, EWR und Schweiz                             |
| <b>1n</b> | <b>Medizinprodukt</b>                 | Die Software ist als Medizinprodukt zugelassen und entspricht den Anforderungen der EU 2017/745 (MDR)                     |

Hinweis: Die Anlage geht hier von einer Übergangsfrist bis 31.8.2026 aus - dies wäre rechtswidrig. Zulassung als Medizinprodukt ist nach MPDG jetzt schon erforderlich.

Viele der oben genannten Kriterien sind noch auslegungsbedürftig. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass **relevante Anbieter mit Medizinproduktezulassung** diese regulatorischen Anforderungen alle erfüllen werden. Entscheidend ist daher die praktische Ausprägung.

The background is a dark blue color with a complex pattern of light blue lines that form a grid-like structure with various rectangular shapes and paths. Scattered throughout this pattern are several circular icons, each containing a white plus sign. The text is centered in the middle of the image.

# Ersteinschätzung in der Praxis

A white rectangular frame is positioned at the bottom of the page, partially overlapping the text below. It consists of a single large rectangle with a white border.

0 0

# BEST PRACTISES ZUR INTEGRATION EINER ERSTEINSCHÄTZUNG

Ersteinschätzungsverfahren sind im Kontext von Telemedizin bzw. generell in der ambulanten Versorgung eng mit dem Thema Terminvergabe verknüpft. Entscheidend für den erfolgreichen Einsatz ist dabei eine gute Prozessintegration **vor, in oder nach der Terminanfrage**. In diesem Sinne fordert Anlage 31c eine Priorisierung VOR der Vermittlung bzw. festen Buchung einer Videosprechstunde.



### Ersteinschätzung als Priorisierungs- & Steuerungstool VOR der Terminbuchung

- (+) Terminpriorisierung anhand medizinischer Kriterien
- (+) spart Zeit durch Anamnese & mögliche Delegation
- (-) Hürde für Patient:innen in der Buchungsstrecke



### Ersteinschätzung als integrierter Lotsenservice im eigenen Ökosystem

- (+) ermöglicht Patient:innen Selbsteinschätzung
- (+) tief-einbettbar in Gesundheitsapps / Portale
- (-) aufwendigere Umsetzung durch techn. Integration



### Ersteinschätzung als Überprüfungs- & Anamnesetool NACH der Terminanfrage, VOR der Konsultation

- (+) Minimal-Umsetzung für 31c-Konformität
- (+) spart Zeit durch Anamnese
- (-) keine Steuerungswirkung, ggf. Absagepflicht

Je nach Zeitpunkt & Integrationsart im Patient:innenpfad erfüllt die Ersteinschätzung dabei eine unterschiedliche Funktion für das Patient:innenmanagement. Daraus ergeben sich neben den Basis-Gütekriterien (Anhang 1 zur Anlage 31c) nochmal zusätzliche technische Anforderungen an eine Lösung.

# BEST PRACTISE GÜTEKRITERIEN AUS DER PRAXIS

In der Praxis spielen neben den Basis-Gütekriterien für eine optimale Patient:innen-Journey vor allem die technische Integrationsfähigkeit, die Variabilität im Einsatz und die Personalisierung & Vernetzung in einem integrierten Versorgungsprozess eine große Rolle. Die folgenden Leitfragen können dabei helfen, die eigenen Bedürfnisse zu ermitteln.

## Integration der Ersteinschätzung

- 2a Technische Einbettung** Wie nahtlos und an welcher Stelle im Terminbuchungsprozess kann die Ersteinschätzung integriert werden?
- 2b Customizing / Whitelabel** Inwieweit kann die Ersteinschätzung an das Design/Identität des Telemedizinanbieters angepasst werden?
- 2c Datenübertragung** Wie können Daten (strukturiert) an andere IT-Systeme (PVS / KIS, Kalender) und die Ärzt:in übermittelt werden?



## Variabilität im Einsatz

- 3a Medizinische Abdeckung** Wie genau (Triagestufen) und in welchen Indikationen können Patient:innen gesteuert werden?
- 3b Produktvarianten** Gibt es spezifische Produktvarianten (für Sektoren, spezifische Workflows wie AU) je nach Einsatzort?
- 3c Human in the Loop** Wie wird medizinisches Personal eingebunden, gibt es (optionale) Unterstützungsmöglichkeiten / Arztvorbehalt?



## Personalisierung und Vernetzung

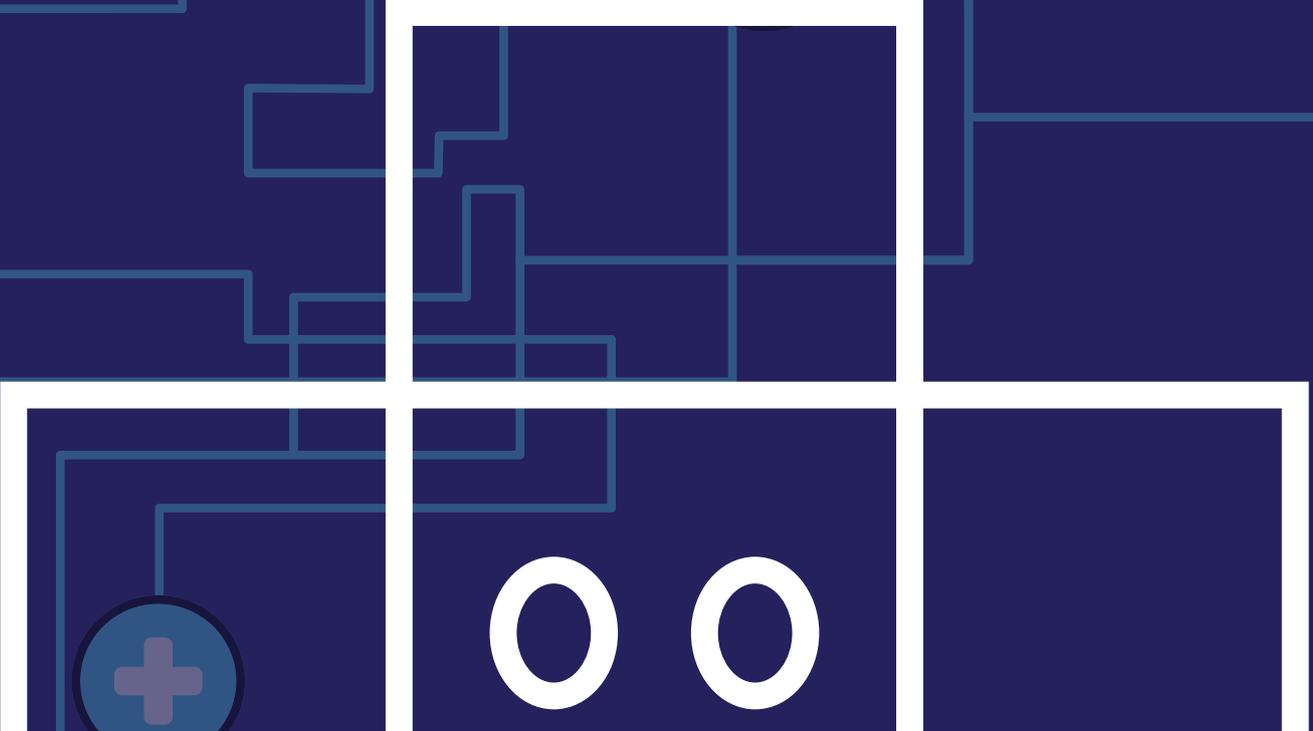
- 4a Personalisierung** Wie kann die Ersteinschätzung auf Basis von persönlichen Informationen personalisiert werden?
- 4b Weiterführende Optionen** Wie können Patient:innen mit Informationen, lokalen & digitalen Versorgungsangeboten versorgt werden?

Referenzkunden können dabei helfen, mögliche Anbieter einzugrenzen. Einige Leistungskriterien für ein Lastenheft finden Sie zudem auf Seite 11.

Am wichtigsten aber: **Testen Sie die Tools als Teil der Auswahlentscheidung!**

The background is a dark blue color with a complex pattern of light blue lines forming a grid and various shapes. Several light blue circles with white plus signs are scattered throughout the design. The text is centered in the upper half of the image.

# Umsetzung der neuen Anforderungen

A white rectangular frame is positioned at the bottom of the image, containing two white circles.

0 0

# ERSTE SCHRITTE FÜR TELEMEDIZIN- & TERMINANBIETER UND VERSICHERER

Die Anlage 31c BMV-Ä bringt Klarheit – und neue Verantwortung. Bin ich betroffen und was bedeutet das genau? Welche Ersteinschätzung ist nicht nur rechtssicher, sondern auch zukunftsfähig? Und wie klappt das bis zum 1. September 2025?

### Schritt 1 – Identifizierung der betroffenen Versorgungsprozesse / Produkte

Prüfen Sie, ob, wo und wie häufig Sie Telemedizin für unbekannte Patient:innen anbieten oder ob Ihre Software (Terminsysteme, Videosprechstundensoftware) dabei potentiell zum Einsatz kommt. Fällt die Versorgung vollständig oder nur teilweise unter Anlage 31c BMV-Ä?

### Schritt 2 – Auswirkungenanalyse

Für eine rechtskonforme Abrechnung ist es erforderlich alle Anforderungen des 31c (Seite 3) zu erfüllen. Sprechen Sie Ihren Softwareanbieter an, ob er die neuen Anforderungen erfüllen wird / dafür Partnerangebote bereitstellt. Oder kann auf unbekannte Patient:innen verzichtet bzw. die Nutzung ausgeschlossen werden?

### Schritt 3 – Zielbild für zukünftigen Versorgungsprozess entwickeln

Ein schlechter Prozess bleibt auch digitalisiert ein schlechter Prozess. Daher die Frage: Wie möchten Sie Ihre Patient:innen zukünftig optimal versorgen? Wie sollte der Prozess im Idealfall funktionieren? Orientieren Sie sich an Referenz-Cases oder lassen sich durch neue Versorgungsformen wie HÄPPI (<https://www.haev.de/themen/haepi>) inspirieren.

### Schritt 4 – Geeigneten Anbieter und Partner auswählen

Es gibt verschiedene Softwareanbieter für Ersteinschätzungsverfahren auf dem Markt, manchmal hat auch ihr bestehender Softwareanbieter einen bestehenden Partner.

**Wichtig:** Das Tool sollte sich an IHREM Prozess orientieren, nicht Sie am Tool. Auf Seite 11 finden Sie zudem ein mögliches Lastenheft für die Auswahl & Bewertung von Angeboten.

### Schritt 5 – Implementierungsprojekt planen & durchführen

Eine einfache Implementierung einer Ersteinschätzung kann in <1 Woche erfolgen, eine tiefe Integration & Customizing benötigt schnell 1-3 Monate. Planen Sie genügend Zeit für die Implementierung ein, um rechtzeitig Anfang September mit der Lösung live gehen zu können.

### Schritt 6 – Prozessschulung und GoLive

Bitte vergessen Sie nicht, Ihr Team für den neuen Prozess zu schulen. Nur wenn auch die Praxisabläufe neu gedacht werden, kann Qualitätssicherung **auch Steuerung & Entlastung bedeuten!** Und dann heißt es nur noch: Aufs Knöpfchen drücken :-)

# CHECKLISTE & BEWERTUNGSMATRIX FÜR ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN

Die dargestellten Punktwerte spiegeln eine maximale Flexibilität im praktischen Einsatz und einen höchstmöglichen Versorgungsnutzen **im Sinne einer optimalen Patient-Journey** wider.

|   |            |   | Anbieter |           |
|---|------------|---|----------|-----------|
|   |            |   | Punkte   | Kommentar |
| <b>1) Basiskriterien</b>                    |            |   |          |           |
| <b>Typ / Skala</b>                          |            | <b>Details</b>  |          |           |
| Gütekriterien nach 31c BMV-Ä                | A          | Alle Basiskriterien nach Anlage 1 des Anhang 31c BMV-Ä müssen erfüllt sein.   |          |           |
| Zulassung nach MDR                          | A          | Zulassung der Ersteinschätzung als Medizinprodukt nach der EU-2017/745 (MDR) muss gegeben sein  |          |           |
| <b>2) Integration der Ersteinschätzung</b>  |            |   |          |           |
| Technische Einbettung                       | 0-3 Punkte | 0 = gar nicht integriert<br>1 = Absprung via Link<br>2 = iFrame in Website<br>3 = Webview / nativ in Anwendung  |          |           |
| Design Customizing / White Label            | 0-3 Punkte | 0 = garnicht<br>1 = Farbe / Logo anpassbar<br>2 = UI-Elemente / CD anpassbar<br>3 = SDK / API zum selber bauen  |          |           |
| Datenübertragung                            | 0-3 Punkte | 0 = PDF-Download<br>1 = Post-Message / Link Parameter<br>2 = API-Schnittstelle<br>3 = TI-Anbindung direkt ins AIS   |          |           |
| <b>3) Variabilität im Einsatz</b>           |            |   |          |           |
| Medizinische Abdeckung der KI-Engine        | 0-3 Punkte | 0 = Red Flags<br>1 = Versorgungsebene (Triage)<br>2 = Allgemeinmedizin (ICD 10)<br>3 = Allgemeinmedizin + Facharztmodule                                    |          |           |
| Produktvarianten                            | 0-3 Punkte | 0 = monolithischer Standardcheck<br>1 = Varianten (vor & nach Terminbuchung)<br>2 = Varianten für versch. Sektoren<br>3 = Varianten für Workflows (eAU etc) |          |           |
| Human in the Loop                           | 0-2 Punkte | 0 = Self-Service inkl. Ergebniskarte<br>1 = Self-Service ohne Ergebniskarte<br>2 = Nurse-Triage als Assistenz möglich (via Telefon)                         |          |           |
| <b>4) Personalisierung &amp; Vernetzung</b> |            |   |          |           |
| Personalisierung mit Daten                  | 0-3 Punkte | 0 = garnicht<br>1 = Stammdaten / Alter / Geschlecht<br>2 = Vorerkrankungen + Risikofaktoren<br>3 = Follow-up letzte Anliegen                                |          |           |
| Weiterführende Optionen                     | 0-3 Punkte | 0 = gar nicht<br>1 = Content zu allen Indikatoren<br>2 = lokale Arzt- & Krankenhaus-Suche<br>3 = individuelle Versorgungsangebote verknüpfen                |          |           |

## Einfach Kontakt aufnehmen:

@ info@docyet.com

🌐 [www.docyet.com/anlage31c](http://www.docyet.com/anlage31c)

Code scannen &  
beraten lassen



Unser Unternehmen engagiert sich seit fast einem Jahrzehnt für die Optimierung digitaler Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen. Mit innovativen, skalierbaren Lösungen unterstützen wir Telemediziner, Krankenversicherer und Softwareanbieter dabei, **moderne Steuerungskonzepte auf Augenhöhe (= Lotsen)** unter Einhaltung aller regulatorischen Vorgaben erfolgreich zu integrieren und die Versorgung von Patient:innen nachhaltig zu verbessern.



DOCYET GmbH | Floßplatz 6 | 04107 Leipzig