Telemedizin soll Wege verkürzen, den Zugang zur Versorgung erleichtern und Teams entlasten. Im Alltag passiert aber oft das Gegenteil: Patient:innen melden sich über ein Online-Formular, die Ordination ruft zurück, ein Termin wird in einem anderen System eingetragen und die Ärztin dokumentiert das Gespräch später noch einmal in der Krankengeschichte. Was digital begonnen hat, endet als zusätzlicher Telefon-, E-Mail- und Dokumentationsaufwand.

Der entscheidende Unterschied liegt selten in der Videoplattform. Entscheidend ist, ob Telemedizin als vollständiger Patientenprozess geplant wird – https://der-prozessmanager.de/aktuell/publikationen/der-digitale-patientenprozess-wie-telemedizin-ablaufe-in-der-gesundheitsversorgung-verandert von der ersten Kontaktaufnahme bis zur Dokumentation und zum nächsten Versorgungsschritt. Wer diese End-to-End-Kette gestaltet, kann **Medienbrüche reduzieren**, Zuständigkeiten klären und **Standardisierung** dort schaffen, wo sie dem Team tatsächlich hilft.

Die folgenden Schritte eignen sich für Ordinationen ebenso wie für Ambulanzen und Kliniken. Sie zeigen, wie Telemedizin in bestehende Abläufe integriert wird, statt als zusätzlicher Kanal daneben zu laufen.

Telemedizin ist kein einzelner Termin, sondern eine Prozesskette

Ein Videogespräch ist nur ein Abschnitt des Ablaufs. Davor muss geklärt werden, wer für die telemedizinische Betreuung geeignet ist. Danach braucht es eine nachvollziehbare Dokumentation, eine Entscheidung über weitere Maßnahmen und – wenn erforderlich – einen passenden Folgetermin. Fehlt eines dieser Glieder, wandert die Arbeit zurück zum Team.

Eine typische End-to-End-Kette umfasst:

1. **Zugang:** Patient:innen erreichen die Einrichtung über einen klar benannten Kanal.
2. **Triage:** Das Anliegen wird eingeordnet; dringende Fälle werden rasch weitergeleitet.
3. **Terminierung:** Ein passender Termin und die passende Versorgungsform werden festgelegt.
4. **Vorbereitung:** Patient:innen erhalten verständliche Informationen und technische Hinweise.
5. **Durchführung:** Das Gespräch findet über einen freigegebenen, geeigneten Kanal statt.
6. **Dokumentation:** Befund, Beratung, Einwilligung und weitere Schritte werden erfasst.
7. **Nachverfolgung:** Rezepte, Überweisungen, Kontrolltermine oder eine persönliche Untersuchung werden organisiert.

Achtung: Wird Telemedizin nur als „zusätzlicher Videotermin“ eingeführt, ohne die Schritte davor und danach mitzudenken, entstehen leicht Doppelarbeit und unklare Zuständigkeiten. Die Frage sollte daher nicht nur lauten: „Mit welchem Tool führen wir Gespräche?“, sondern: „Was passiert vom Eingang des Anliegens bis zum abgeschlossenen nächsten Schritt?“

1. Zugangskanäle bündeln und Zuständigkeiten festlegen

Patient:innen nutzen oft mehrere Wege: Telefon, Online-Terminbuchung, Kontaktformular, E-Mail oder ein Portal. Mehr Auswahl kann den Zugang erleichtern – solange das Team nicht dieselbe Anfrage in mehreren Postfächern suchen muss. Legen Sie deshalb fest, welche Kanäle für welche Anliegen gedacht sind und wo neue Anfragen verbindlich landen.

Ein einfaches Kanalmodell kann beispielsweise so aussehen:

Kanal Geeignet für Nächster Prozessschritt Telefon Dringliche Anliegen, Rückfragen, Unterstützung bei digitalem Zugang Erfassung und Triage durch das zuständige Team Online-Formular oder Patientenportal Planbare Anfragen und standardisierte Vorabinformationen Zuordnung zu einer Arbeitsliste mit klarer Bearbeitungsfrist E-Mail Nur für ausdrücklich definierte, nicht dringliche Zwecke Regelmässige Sichtung durch eine benannte Rolle

Entscheidend ist nicht, dass alle Einrichtungen dieselben Kanäle verwenden. Entscheidend ist, dass für jeden Kanal klar ist: Wer prüft ihn? Wie schnell? Wohin wird die Anfrage übergeben? Was gilt als dringlich? Wenn Anfragen aus einem Formular manuell in eine zweite Liste übertragen werden müssen, ist das ein Hinweis auf einen möglichen Medienbruch – und auf eine Stelle, an der Workflow Integration geprüft werden sollte.



2. Triage vor Terminierung verankern

Nicht jedes Anliegen eignet sich für eine telemedizinische Konsultation. Ein strukturierter Triage-Schritt schützt Patient:innen und verhindert, dass ein ungeeigneter Termin später abgesagt oder in eine persönliche Untersuchung umgewandelt werden muss. Die Triage kann durch geschulte Mitarbeitende erfolgen; medizinische Entscheidungen und Eskalationen müssen dabei klar geregelt sein.

Definieren Sie dafür wenige, gut verständliche Kategorien, zum Beispiel:

- telemedizinisch grundsätzlich geeignet;
- zunächst Rückfrage oder Sichtung durch medizinisches Fachpersonal nötig;
- persönliche Vorstellung erforderlich;
- dringend – Weiterleitung nach dem festgelegten Notfall- oder Eskalationsprozess.

Welche Kriterien verwendet werden, hängt vom Fachbereich, dem konkreten Angebot und den internen Vorgaben ab. Wichtig ist, dass Mitarbeitende nicht bei jedem Kontakt neu improvisieren müssen. Eine kurze Entscheidungshilfe kann festhalten, welche Informationen bei der Anfrage erhoben werden, wer die Einstufung vornimmt und wie eine abweichende Einschätzung dokumentiert wird.

Achtung: Ein Online-Formular darf nicht den Eindruck erwecken, dass akute Beschwerden jederzeit überwacht werden, wenn das tatsächlich nicht der Fall ist. Weisen Sie sichtbar darauf hin, für welche

Anliegen der Kanal gedacht ist, wann er bearbeitet wird und wohin sich Patient:innen bei dringenden Beschwerden wenden sollen.

3. Terminierung in den bestehenden Ablauf integrieren

Telemedizinische Termine sollten nicht in einer separaten Schattenliste geführt werden. Wenn möglich, gehören sie in denselben Terminierungsprozess wie andere Kontakte – mit klarer Kennzeichnung der Versorgungsform. So können Mitarbeitende Auslastung, Terminart und benötigte Ressourcen an einer Stelle überblicken.

Für die Terminierung helfen konkrete Regeln:

- Welche Anliegen dürfen direkt online gebucht werden?
- Welche Termine werden erst nach einer Triage vergeben?
- Wer darf einen Präsenztermin in einen telemedizinischen Termin ändern – und umgekehrt?
- Welche Zeit ist für Vor- und Nachbereitung vorgesehen?
- Was passiert bei technischen Problemen oder Nichterscheinen?

Auch die Patient:innenkommunikation gehört in diesen Schritt. Die Einladung sollte den Zugang zur Sitzung, den Zeitpunkt, notwendige Vorbereitungen und eine Kontaktmöglichkeit bei technischen Schwierigkeiten enthalten. Eine kurze, standardisierte Anleitung reduziert Rückfragen – etwa: „Bitte öffnen Sie den Link fünf Minuten vor dem Termin. Wenn die Verbindung nicht zustande kommt, rufen Sie die Ambulanz unter der angegebenen Nummer an."

So wird die Terminierung nicht zur Aufgabe, die „nebenbei" per Telefon erledigt werden muss, sondern zu einem nachvollziehbaren Teil des Patientenprozesses.

4. Dokumentation dort erledigen, wo sie gebraucht wird

Eine häufige Ursache für Extra-Arbeit ist die doppelte Erfassung: Gesprächsnotizen werden zunächst in einem separaten Tool festgehalten und später in die Krankengeschichte übertragen. Das kostet Zeit und erhöht das Risiko, dass Informationen fehlen oder an der falschen Stelle abgelegt werden.

Prüfen Sie daher früh, wie telemedizinische Kontakte in der bestehenden Dokumentation abgebildet werden. Wenn eine direkte Integration nicht möglich ist, braucht es zumindest einen verbindlichen Übergabeschritt: Wer überträgt welche Informationen, in welches System und bis wann? Auch ein standardisiertes Dokumentationsschema kann helfen, sofern es zum klinischen Ablauf passt.

Was bei der Dokumentation geklärt sein sollte

- Wie wird die Kontaktart eindeutig gekennzeichnet?
- Wo werden Anlass, relevante Angaben, Einschätzung und vereinbarte Massnahmen erfasst?
- Wie werden technische Unterbrechungen oder ein Wechsel auf Telefon dokumentiert?
- Wer stellt sicher, dass offene Aufgaben – etwa ein Kontrolltermin – weiterbearbeitet werden?

Achtung: Eine Vorlage soll das Denken nicht ersetzen. Sie sollte die wesentlichen Informationen unterstützen und an die klinischen Anforderungen angepasst sein, statt zusätzliche Pflichtfelder ohne klaren Nutzen zu erzeugen.

5. Einwilligung und Datenschutz in den Ablauf einbauen

Einwilligung und Datenschutz sind keine nachträgliche Checkliste, sondern gehören in den Prozess: vor der Konsultation, während der Durchführung und bei der Dokumentation. Patient:innen müssen verständlich informiert werden, welche Form der Betreuung angeboten wird, wie sie den digitalen Zugang nutzen und was bei technischen Problemen passiert. Welche rechtlichen Anforderungen im konkreten Fall gelten, ist mit den zuständigen Datenschutz- und Rechtsverantwortlichen der Einrichtung abzustimmen.

Praktisch sollte festgelegt sein:



- Welche freigegebenen Kommunikations- und Videokanäle verwendet werden dürfen;
- wie die Identität der Patient:innen im jeweiligen Ablauf angemessen geprüft wird;
- wie und wo eine erforderliche Einwilligung dokumentiert wird;
- welche Informationen nicht über unfreigegebene Kanäle übermittelt werden dürfen;
- wer bei Datenschutzfragen oder einem vermuteten Vorfall zu kontaktieren ist.

Diese Regeln müssen für Mitarbeitende auffindbar und für Patient:innen verständlich sein. Wenn die Einwilligung nur in einer separaten Datei abgelegt wird, die im Behandlungsprozess niemand sieht, ist sie organisatorisch schlecht eingebunden. Besser ist ein definierter Prozessschritt, der vor der Konsultation prüft, ob die erforderlichen Informationen vorliegen, und die Dokumentation nachvollziehbar zuordnet.

6. Standardisieren, ohne unnötig starr zu werden

Standardisierung bedeutet nicht, jede Konsultation gleich zu behandeln. Sie bedeutet, wiederkehrende Arbeitsschritte verlässlich zu gestalten. Dazu gehören zum Beispiel eine einheitliche Triage, klare Zuständigkeiten, eine konsistente Terminbestätigung und ein festgelegter Abschluss des Kontakts.

Beginnen Sie mit einem häufigen Anwendungsfall, etwa einer planbaren Verlaufskontrolle. Beschreiben Sie den Ablauf in einer kurzen Mini-Liste:

1. Anfrage kommt über den definierten Kanal herein.
2. Eine zuständige Rolle prüft Vollständigkeit und Eignung.
3. Der passende Termin wird im bestehenden Terminprozess gebucht.

4. Patient:in erhält Zugangsinformationen und Hinweise zum Datenschutz.
5. Fachperson dokumentiert Gespräch und Ergebnis in der Krankengeschichte.
6. Offene Folgeaufgaben werden einer Person oder Arbeitsliste zugewiesen.

Danach testen Sie den Ablauf mit den beteiligten Rollen: Anmeldung, Pflege, medizinisches Personal und gegebenenfalls IT. Fragen Sie nicht nur, ob der Ablauf „funktioniert", sondern an welchen Stellen jemand Informationen erneut eintippen, nachtelefonieren oder zwischen Systemen wechseln muss.

Workflow Integration: Tools an Prozessschritte binden

Ein Tool ist erst dann eine Entlastung, wenn klar ist, wo es im Ablauf landet. Ein Patientenportal kann beispielsweise den Zugang und die Übermittlung standardisierter Vorabinformationen unterstützen. Eine Videolösung dient der Durchführung des Gesprächs. Das Termin- oder Dokumentationssystem bleibt der Ort, an dem Termin und Behandlung nachvollziehbar geführt werden – sofern die Systemlandschaft das entsprechend ermöglicht.

Bei der Auswahl oder Weiterentwicklung sollten deshalb nicht nur Funktionen, sondern auch Übergaben geprüft werden: Werden Termine automatisch oder mit wenig Aufwand in den bestehenden Ablauf übernommen? Muss eine Anfrage manuell kopiert werden? Ist die Dokumentation anschliessend auffindbar? Wie wird mit Ausfällen umgegangen? Diese Fragen beschreiben die **Workflow Integration** besser als eine reine Funktionsliste.

Unternehmen wie **Der Prozess Manager** können im Rahmen einer Prozessbetrachtung dabei unterstützen, Abläufe sichtbar zu machen und Übergabepunkte zu identifizieren. Wichtig bleibt: Die Lösung muss zu den tatsächlichen Arbeitsweisen in der Ordination, Ambulanz oder Klinik passen – nicht umgekehrt.

7. Wirkung messen und den Ablauf nachschärfen

Ob Telemedizin zur Entlastung beiträgt, zeigt sich nicht allein an der Zahl der Videotermine. Beobachten Sie wenige Kennzahlen, die den gesamten Ablauf abbilden. Beispiele sind:

- Wie viele Anfragen müssen vor der Terminierung nachbearbeitet werden?
- Wie oft wird ein telemedizinischer Termin in einen Präsenztermin umgewandelt?
- Wie häufig entstehen doppelte Einträge oder zusätzliche Rückfragen?
- Wie oft scheitert der Zugang aus technischen oder organisatorischen Gründen?
- Werden offene Folgeaufgaben fristgerecht erledigt?

Besprechen Sie die Ergebnisse regelmässig mit den Mitarbeitenden, die den Prozess täglich ausführen. Wenn etwa viele Patient:innen am Termintag nach dem Link fragen, liegt die Ursache möglicherweise in der Einladung – nicht beim Team am Empfang. Kleine Anpassungen an einem Prozessschritt können mehr bewirken als eine zusätzliche Schulung oder ein weiteres Tool.

Fazit: Erst den Ablauf gestalten, dann digitalisieren

Telemedizin wird dann zur Extra-Arbeit, wenn digitale Kontakte neben dem bestehenden Prozess laufen: in separaten Listen, Postfächern oder Dokumentationswegen. Eine integrierte End-to-End-Kette verbindet Zugang, Triage, Terminierung, Durchführung, Dokumentation und Nachverfolgung. Klare Zuständigkeiten, geeignete Standardisierung und früh eingeplante Anforderungen an Einwilligung und Datenschutz machen diese Kette alltagstauglich.

Der beste Start ist meist überschaubar: Wählen Sie einen häufigen Anwendungsfall, zeichnen Sie den Ablauf vom Erstkontakt bis zum Abschluss auf und markieren Sie jede doppelte Erfassung, unklare Übergabe und zusätzliche Rückfrage. Genau dort lässt sich ansetzen, um **Medienbrüche zu reduzieren** – und Telemedizin zu einem selbstverständlichen Teil der Versorgung zu machen, statt zu einer zusätzlichen Aufgabe für das Team.