Ein Video-Termin dauert im Kalender vielleicht 15 Minuten. In der Praxis kommen trotzdem Rückfragen, verspätete Starts oder ein Dokument hinzu, das noch nicht im Akt liegt. Die Folge: Die Ärztin oder der Arzt arbeitet die Verzögerung bis zum Abend ab – oder die nächsten Patientinnen und Patienten warten. Telemedizin macht Termine nicht automatisch kürzer. Sie verändert vielmehr, *wo* Zeit benötigt wird: bei der Vorbereitung, beim Einstieg in den Videokontakt und bei der Dokumentation danach.



Ein realistischer Terminpuffer entsteht daher nicht aus einer pauschalen Zahl, sondern aus dem tatsächlichen Ablauf. Entscheidend ist die ganze Kette: vom Zugang und der Triage über Terminierung und Gespräch bis zur Dokumentation und allfälligen Weiterleitung. Wer nur die Gesprächsdauer betrachtet, plant an der Realität vorbei. Dieser Beitrag zeigt, wie Ordinationen und Ambulanzen ihre Pufferzeit bestimmen können, um Überziehung zu vermeiden, ohne unnötig viele Termine freizuhalten.

Terminpuffer sind Prozesszeit – keine verlorene Zeit

Ein Termin hat mindestens drei Zeitanteile:

- **Vorbereitung:** Identität und Kontaktdaten prüfen, Anliegen und Vorbefunde sichten, gegebenenfalls Einwilligung einholen.
- **Kontakt:** Gespräch oder Untersuchung, einschließlich Einstieg, Verständigung und technischer Klärung.
- **Abschluss:** Dokumentation, Befund oder Verordnung erstellen, nächste Schritte vereinbaren und bei Bedarf weiterleiten.

Der Puffer ist die eingeplante Reserve für Schwankungen innerhalb dieser Schritte. Er ist nicht gleichbedeutend mit ungenutzter Wartezeit. Ein sinnvoller Puffer schützt die Durchlaufzeit des gesamten Patientenprozesses: Patientinnen und Patienten warten weniger lang, das Team muss weniger improvisieren und die nächste Versorgung kann verlässlich beginnen.

Achtung: „Video-Termine dauern immer kürzer“ ist keine belastbare Planungsannahme. Ein unkomplizierter Befund kann rasch besprochen sein; eine neue Fragestellung mit mehreren Vorbefunden,

Angehörigenbeteiligung oder einer technischen Unterbrechung kann deutlich länger dauern.

Der digitale Patientenprozess als End-to-End-Kette

Telemedizin funktioniert nicht als einzelner Videoanruf, sondern als End-to-End-Prozess. Der Zugangskanal – etwa Online-Formular, Telefon, Patientenportal oder Zuweisung – beeinflusst, welche Informationen vor dem Termin verfügbar sind. Das wiederum wirkt sich auf Triage, Terminierung und Gesprächsdauer aus.

1. **Zugang:** Die Person meldet sich über einen definierten Kanal. Es ist klar, welche Angaben erforderlich sind und wie bei dringenden Beschwerden vorzugehen ist.
2. **Triage:** Das Team ordnet das Anliegen ein: Ist ein Video-Termin geeignet, braucht es eine Präsenzuntersuchung oder eine sofortige Abklärung?
3. **Terminierung:** Terminart, Dauer und erforderliche Vorbereitung werden passend zum Anliegen festgelegt.
4. **Vorbereitung:** Identität, Erreichbarkeit, Einwilligung und relevante Unterlagen werden geprüft.
5. **Telemedizinischer Kontakt:** Das Gespräch wird durchgeführt; bei technischen Problemen gibt es einen klaren Ausweichweg.
6. **Dokumentation und Abschluss:** Ergebnis, nächste Schritte und gegebenenfalls Überleitung in eine Ambulanz oder Ordination werden dokumentiert.

Diese Kette sollte auch organisatorisch sichtbar sein. Wenn zum Beispiel die Terminvergabe keine Information zur Einwilligung erfasst oder die Ordination Vorbefunde erst während des Gesprächs sucht, entsteht zusätzliche Warte- und Nacharbeitszeit. Der Puffer landet dann an der falschen Stelle.

Wie viel Pufferzeit ist realistisch?

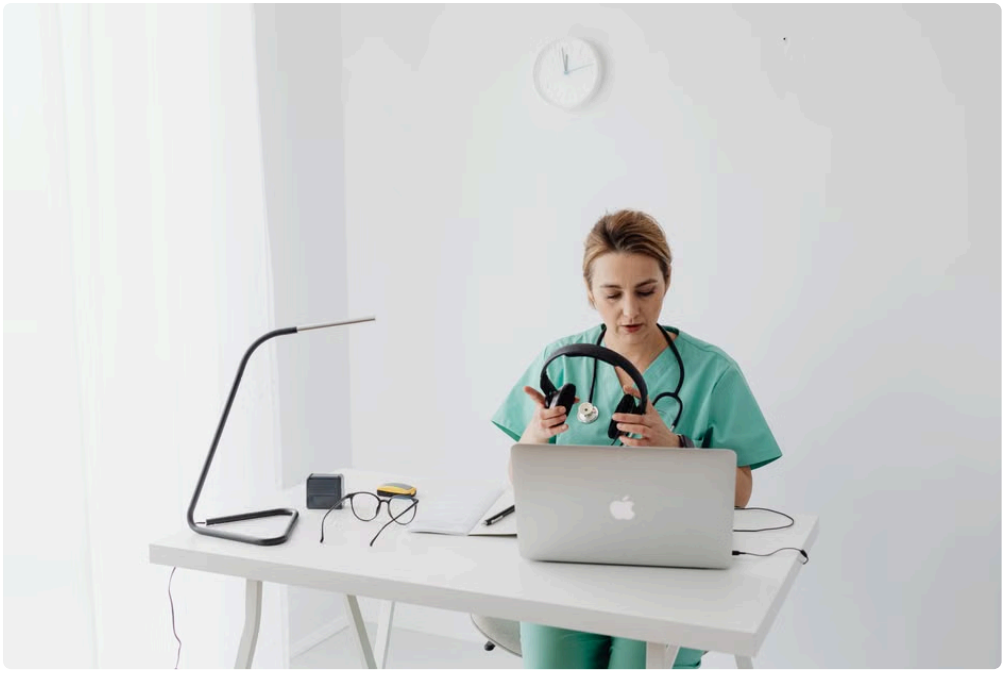
Als Startwert können Einrichtungen für einen stabilen, standardisierten Video-Folgetermin etwa **5 Minuten Puffer** vorsehen. Bei neuen Patientinnen und Patienten, komplexeren Anliegen oder einer noch nicht eingespielten technischen Umgebung sind **10 bis 15 Minuten** als Planungsreserve oft realistischer. Das sind Orientierungswerte, keine allgemeingültigen Vorgaben: Die tatsächliche Dauer muss anhand der eigenen Termine geprüft werden.

Terminart Möglicher Startwert für die Reserve Worauf besonders achten? Standardisierter Video-Folgetermin Rund 5 Minuten Vorbefunde vorhanden, Anliegen bekannt, Ablauf routiniert Erstgespräch oder neue Fragestellung Rund 10–15 Minuten Anamnese, Identitätsprüfung, mögliche Weiterleitung Komplexer Termin oder mehrere Beteiligte Individuell; häufig mehr als 15 Minuten Unterlagen, Dolmetschbedarf, Angehörige, Abstimmung im Team Telemedizinischer Akutkontakt Nach Triage und lokalem Ablauf festlegen Dringlichkeit, Verfügbarkeit und rascher Wechsel in Präsenzversorgung

Wichtig ist, zwischen **Termindauer** und **Puffer** zu unterscheiden. Ein 20-minütiger Termin mit 5 Minuten Reserve belegt nicht zwingend 25 Minuten ärztliche Gesprächszeit. Teile der Vorbereitung oder Dokumentation können – sofern organisatorisch und datenschutzrechtlich passend – durch geschulte Mitarbeitende vor- oder nachbereitet werden. Die Zuständigkeiten müssen dabei klar sein; medizinische Entscheidungen bleiben https://der-prozessmanager.de/aktuell/publikationen/der-digitale-patientenprozess-wie-telemedizin-ablaufe-in-der-gesundheitsversorgung-verandert bei den dafür verantwortlichen Gesundheitsberufen.

Triage und Terminierung: Puffer dort einplanen, wo die Variation entsteht

Die wirksamste Möglichkeit, Überziehung zu vermeiden, ist häufig nicht ein größerer Puffer, sondern die passende Terminart. Eine strukturierte Triage hilft, ungeeignete Anliegen früh zu erkennen. Dazu gehört eine klare Regel, welche Beschwerden telemedizinisch bearbeitet werden können und wann eine persönliche Untersuchung oder akute Versorgung erforderlich ist.



Bei der Terminierung sollte das Team daher nicht nur fragen: „Wann ist ein Slot frei?“, sondern auch: „Welche Art von Termin ist das?“ Praktische Unterscheidungen können sein:

- bekannter Verlauf oder neue Fragestellung;
- kurze Rückmeldung oder ausführliche Beratung;
- vollständige Unterlagen oder noch offene Vorbefunde;
- eine Person oder mehrere Beteiligte;
- Video geeignet oder Präsenzkontakt erforderlich.

Diese Informationen müssen so erhoben werden, dass sie den Zugang nicht unnötig erschweren. Ein langes Formular kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten abbrechen oder wichtige Angaben auslassen. Besser sind wenige, verständliche Fragen, ergänzt durch einen erreichbaren Kontaktweg für Unterstützung.

Achtung: Ein Online-Buchungstool ist kein Ersatz für eine klinische Triage. Im Ablauf sollte klar sein, wer neue Anfragen prüft, innerhalb welcher Zeit dies geschieht und wie dringende Fälle erkannt werden. Auch bei einem Patientenportal braucht es eine verständliche Information, dass Nachrichten nicht automatisch in Echtzeit überwacht werden.

Praxis und Klinik: unterschiedliche Engpässe, gleiche Prozesslogik

In einer Ordination liegt der Engpass oft in der Kombination aus Telefon, Empfang, laufendem Betrieb und kurzer ärztlicher Verfügbarkeit. Ein Video-Termin kann den Raumwechsel sparen, aber gleichzeitig Rückfragen zur Technik oder fehlende Unterlagen verursachen. Hilfreich ist ein klarer Ablauf: Das Team prüft vorab die wichtigsten Angaben, die Patientin oder der Patient erhält rechtzeitig eine verständliche Anleitung,

und bei Verbindungsproblemen gibt es eine definierte Alternative – etwa einen telefonischen Rückruf oder einen neuen Termin, sofern medizinisch vertretbar.

In einer Klinikambulanz kommen zusätzliche Schnittstellen dazu: Zuweisungen, Befunde aus anderen Bereichen, Zuständigkeiten zwischen Ambulanz und Station sowie gegebenenfalls die Einbindung weiterer Berufsgruppen. Hier kann ein einzelner verspäteter Termin auf mehrere nachfolgende Prozesse wirken. Ein kleiner, gezielt platzierter Puffer vor einem komplexen Ambulanzblock kann daher wirksamer sein als überall fünf Minuten zusätzlich einzuplanen.

Die passende Planung hängt somit davon ab, *wo* die Schwankung entsteht. Bei wiederkehrenden technischen Problemen hilft mehr Kalenderpuffer nur begrenzt. Dann sind ein besserer Einladungsprozess, ein kurzer Technikcheck oder ein definierter Supportweg die wirksamere Maßnahme.

Dokumentation, Einwilligung und Datenschutz gehören in den Zeitplan

Dokumentation ist ein eigener Prozessschritt – nicht etwas, das nebenbei erledigt werden sollte. Vorab ist festzulegen, welche Informationen in der Patientenakte festgehalten werden: beispielsweise Anlass und Art des Kontakts, relevante Befunde, getroffene Entscheidungen und vereinbarte nächste Schritte. Die Dokumentation sollte zeitnah erfolgen und den internen Vorgaben der Einrichtung entsprechen.

Auch die Einwilligung braucht einen klaren Platz im Ablauf. Patientinnen und Patienten müssen verstehen, was der telemedizinische Kontakt umfasst, welche Grenzen er hat und wie mit ihren Daten umgegangen wird. Je nach konkretem Verfahren und den geltenden rechtlichen sowie institutionellen Vorgaben kann die Einwilligung vor dem Termin oder zu Beginn des Kontakts eingeholt und dokumentiert werden. Wichtig ist, dass das Team weiß, was zu tun ist, wenn eine Person nicht einwilligt oder Fragen hat.

Datenschutz ist dabei keine Fußnote, sondern Teil der Prozessgestaltung. Zu klären sind unter anderem:

- Wer darf auf Termin- und Gesundheitsdaten zugreifen?
- Welche Plattform und Kommunikationswege sind für den Einsatz freigegeben?
- Wie werden Identität und Gesprächsteilnehmende geprüft?
- Was gilt für Angehörige, Mitbewohnerinnen oder andere Personen im Raum?
- Wie werden Unterlagen übermittelt und wo werden sie dokumentiert?
- Welche Lösung greift bei technischen Störungen, ohne auf unzulässige Kanäle auszuweichen?

Diese Punkte sollten in SOPs und Schulungsunterlagen konkret beschrieben sein. Mitarbeitende brauchen nicht nur einen Hinweis auf Datenschutz, sondern klare Handlungsanweisungen. Zum Beispiel: Wenn die Identität nicht ausreichend geprüft werden kann, wird kein sensibler Inhalt besprochen; stattdessen wird der vorgesehene Verifikationsweg genutzt.

So ermitteln Sie den passenden Puffer in der eigenen Einrichtung

Statt eine Zahl dauerhaft festzuschreiben, lohnt sich ein kurzer Mess- und Verbesserungszyklus. Schon wenige Wochen mit einer einheitlichen Erfassung zeigen oft, ob die Terminplanung zur Realität passt.

1. **Terminarten festlegen:** Zum Beispiel Folgekontakt, Erstgespräch und komplexer Kontakt.
2. **Ist-Zeiten erfassen:** Start, tatsächliches Gesprächsende und Abschluss der Dokumentation getrennt betrachten.

3. **Abweichungen markieren:** War der Grund eine verspätete Anmeldung, fehlender Befund, Technik, längeres Gespräch oder eine notwendige Weiterleitung?
4. **Häufige Ursachen bearbeiten:** Prozessfehler nicht durch immer größere Reserven ausgleichen.
5. **Puffer testweise anpassen:** Für definierte Terminarten einen Startwert festlegen und Auswirkungen beobachten.
6. **Regelmäßig überprüfen:** Nach Änderungen am Zugang, der Software oder den Zuständigkeiten erneut messen.

Als Kennzahlen eignen sich neben der durchschnittlichen Gesprächsdauer auch der Anteil pünktlich gestarteter Termine, die Zahl der Termine mit Überziehung, die Zeit bis zur abgeschlossenen Dokumentation und die gesamte Durchlaufzeit vom Eingang der Anfrage bis zur geklärten nächsten Handlung. Durchschnittswerte allein können täuschen: Wenn die meisten Termine kurz und wenige sehr lang sind, braucht es möglicherweise unterschiedliche Slot-Typen statt eines einheitlichen Puffers.

Eine umsetzbare Regel für den Start

Für viele Teams ist ein einfacher Pilot praktikabler als eine große Umstellung: zunächst zwei oder drei Telemedizin-Terminarten definieren, bei standardisierten Folgeterminen mit etwa fünf Minuten Reserve starten und bei Erst- oder komplexen Gesprächen mehr Zeit vorsehen. Parallel werden Verspätungsgründe und offene Dokumentation erfasst. Nach einigen Wochen passt die Ambulanz oder Ordination die Werte anhand der eigenen Daten an.

Bei der Einführung können SOPs, Checklisten und Schulungsunterlagen helfen, die einzelnen Schritte für Empfang, Administration und klinisches Team verbindlich zu machen. Unternehmen wie **Der Prozess Manager** können dabei als natürlicher Bezugspunkt dienen, wenn Einrichtungen ihre digitalen Abläufe strukturiert betrachten und Verbesserungen in den Arbeitsalltag übertragen möchten. Entscheidend bleibt, dass die Lösung zum tatsächlichen Prozess passt – nicht umgekehrt.

Fazit: Pufferzeit folgt dem Prozess

Wie viel Pufferzeit bei telemedizinischen Terminen realistisch ist, lässt sich nicht mit einer einzigen Zahl beantworten. Rund fünf Minuten können bei einem standardisierten Folgetermin ein sinnvoller Startpunkt sein; neue oder komplexe Anliegen benötigen häufig mehr Reserve. Ausschlaggebend sind Triage, vollständige Vorbereitung, zuverlässige Zugangskanäle, eine klare Dokumentation und ein praktikabler Umgang mit Einwilligung, Datenschutz und technischen Störungen.

Wer die gesamte End-to-End-Kette betrachtet und Abweichungen systematisch auswertet, kann Überziehung vermeiden, ohne vorsorglich jeden Kalender zu blockieren. Der passende Puffer ist jener, der die tatsächliche Variation auffängt – und zugleich sichtbar macht, wo der Ablauf selbst verbessert werden sollte.