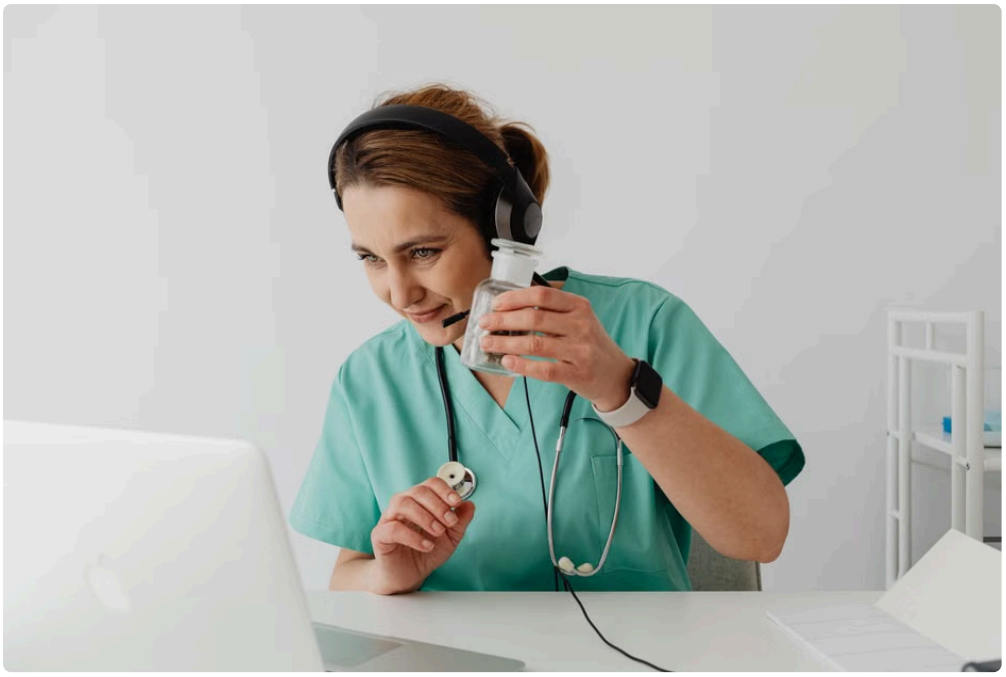
Das Telemedizin-Gespräch ist beendet, die Patientin oder der Patient wurde beraten – und trotzdem ist der Fall noch lange nicht abgerechnet. In vielen Ordinationen und Ambulanzen beginnt nach dem digitalen Kontakt erst die Arbeit, die im Alltag besonders viel Zeit kostet: Informationen zusammentragen, die **Leistungsdokumentation** vervollständigen, Einwilligungen prüfen, den Fall dem richtigen Abrechnungspfad zuordnen und offene Fragen klären.



Die kurze Antwort auf die Frage „Warum dauert die Abrechnung nach Telemedizin bei uns so lang?“ lautet: Weil die Abrechnung nicht erst am Ende des Gesprächs entsteht. Sie ist das Ergebnis einer durchgängigen Prozesskette. Wenn an einer Stelle Informationen fehlen oder Zuständigkeiten unklar sind, bleibt der Fall liegen – oft nicht im Telemedizin-Tool, sondern zwischen Anmeldung, Ambulanz, Ordination, Dokumentation und Kassa.

Dieser Beitrag zeigt, wo Verzögerungen typischerweise entstehen, welche Rolle Triage, Terminierung und Zugangskanäle spielen und wie sich der **Abrechnungsprozess** mit klaren Abläufen und passenden **Prüfschritten** verlässlicher gestalten lässt.

## Abrechnung ist eine End-to-End-Kette – kein letzter Klick

Ein digitaler Patientenprozess beginnt nicht mit dem Videoanruf und endet nicht mit dem Auflegen. Er reicht vom ersten Kontakt bis zur vollständigen Abrechnung. Dazu gehören unter anderem die Erfassung des Anliegens, die Triage, die Auswahl des passenden Zugangskanals, die Terminierung, die Identitätsprüfung, die Einwilligung, die medizinische Leistung, die Dokumentation und schließlich die administrative Prüfung.

Typische Stationen sehen beispielsweise so aus:

1. Patientin oder Patient nimmt über Telefon, Webformular, Patientenportal oder eine andere Stelle Kontakt auf.
2. Das Anliegen wird aufgenommen und nach definierten Kriterien triagiert.
3. Der passende Zugang wird festgelegt: telemedizinischer Termin, persönlicher Termin, telefonische Beratung oder Weiterleitung.
4. Termin und technische Informationen werden übermittelt.

5. Identität und gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen werden geprüft.
6. Die Leistung wird erbracht und zeitnah dokumentiert.
7. Der Fall wird auf Vollständigkeit und Abrechnungsfähigkeit geprüft.
8. Die Abrechnung erfolgt über den für die Einrichtung und Leistung vorgesehenen Weg.

Jede Station erzeugt Informationen, die für die nächste relevant sein können. Werden diese Daten in mehreren Systemen, Listen oder E-Mails geführt, muss das Team sie später oft manuell zusammenführen. Genau dort entstehen Medienbrüche: Eine Leistung ist medizinisch erbracht, aber administrativ noch nicht eindeutig zuordenbar.

## Die häufigsten Ursachen für Verzögerungen

### 1. Die Leistung ist erbracht, aber nicht vollständig dokumentiert

Die **Leistungsdokumentation** ist eine der häufigsten Ursachen für Rückfragen. Im Gespräch wurde vielleicht klar beraten, eine Einschätzung getroffen oder eine weitere Behandlung empfohlen. Für die Abrechnung braucht es aber eine nachvollziehbare Dokumentation, die den konkreten Kontakt und die tatsächlich erbrachte Leistung abbildet.

Fehlen etwa Datum, Dauer, beteiligte Personen, Leistungsinhalt oder das Ergebnis des Kontakts, muss das Abrechnungsteam nachfragen. Wird die Dokumentation erst Tage später ergänzt, sind Details oft schwerer zu rekonstruieren. Das betrifft sowohl Ordinationen als auch Ambulanzen: Der medizinische Ablauf ist nicht automatisch identisch mit dem administrativen Nachweis.

**Achtung:** Ein allgemeiner Vermerk wie „Telemedizin durchgeführt“ ist häufig zu wenig, um den Fall intern sicher weiterzuverarbeiten. Welche Angaben konkret erforderlich sind, hängt von Leistung, Vertrag, Einrichtung und den geltenden Abrechnungsregeln ab. Ein Team sollte daher nicht mit einer vermeintlich universellen Vorlage arbeiten, sondern die für den jeweiligen Abrechnungspfad freigegebenen Pflichtangaben kennen.

### 2. Triage und Leistung passen nicht zusammen

Bei der Triage wird entschieden, welcher Weg für das Anliegen geeignet ist. Wird diese Entscheidung nicht dokumentiert oder später nicht mit dem tatsächlichen Verlauf abgeglichen, kann Unklarheit entstehen: War eine telemedizinische Beratung geplant? Wurde der Kontakt in einen persönlichen Termin umgewandelt? Hat sich im Gespräch gezeigt, dass eine andere Leistung erbracht wurde?

Solche Abweichungen sind nicht ungewöhnlich. Problematisch wird es, wenn niemand festhält, was sich geändert hat. Dann kann die Abrechnung den tatsächlichen Verlauf nicht verlässlich nachvollziehen.

### 3. Mehrere Zugangskanäle, aber kein einheitlicher Eingang

Patientinnen und Patienten kommen über unterschiedliche Kanäle in den Prozess: über die Ordination, die Ambulanz, ein Telefonteam, ein Online-Formular oder ein Patientenportal. Jeder Zugangskanal kann andere Informationen liefern. Ein Formular fragt vielleicht nach der Versicherungszugehörigkeit, während ein telefonischer Kontakt nur Name und Rückrufnummer erfasst.

Wenn die Informationen nicht in einem gemeinsamen Fall oder einer einheitlichen Patientenakte zusammenlaufen, muss das Team sie später zusammensuchen. Auch doppelte Datensätze oder uneinheitliche Schreibweisen können die Zuordnung erschweren.

### 4. Einwilligung und Datenschutz werden nicht im Ablauf mitgedacht

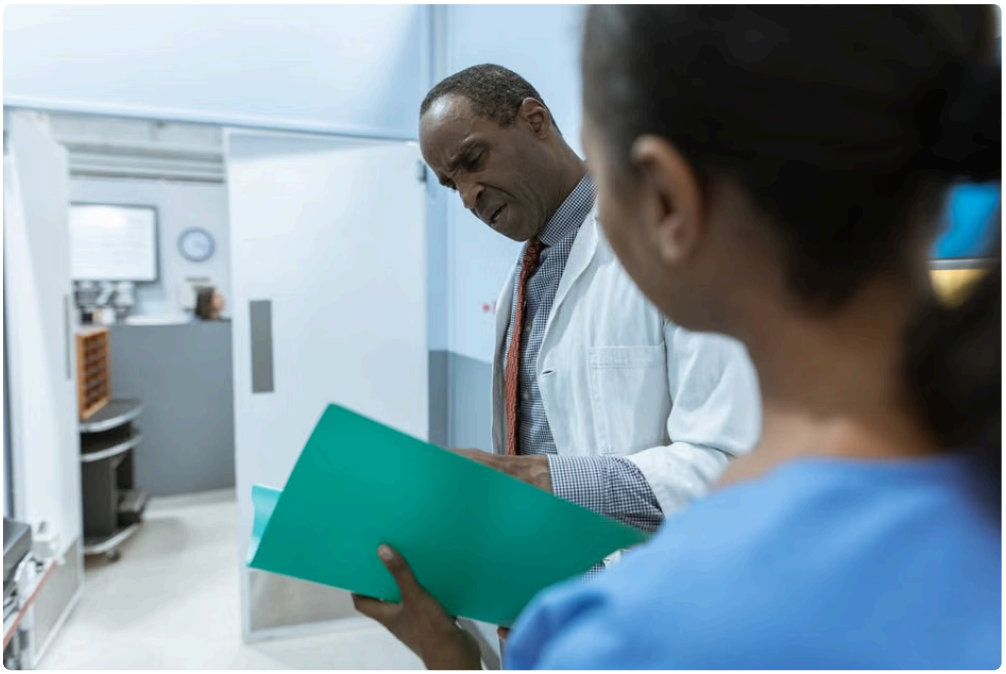
Einwilligung und Datenschutz sind keine nachgelagerten Formalitäten. Sie gehören an die passende Stelle im Prozess – und müssen so dokumentiert werden, dass berechtigte Mitarbeitende den Status nachvollziehen können. Ist unklar, ob eine erforderliche Information oder Einwilligung vorliegt, bleibt der Fall oft zur Klärung liegen.

Gleichzeitig gilt: Nicht jede Telemedizin-Leistung erfordert dieselben Dokumente oder denselben Nachweis. Maßgeblich sind die jeweils anwendbaren rechtlichen, organisatorischen und vertraglichen Vorgaben. Der Prozess sollte daher klar festlegen, was für welchen Kontakt benötigt wird, wer es prüft und wo der Nachweis gespeichert wird.

**Achtung:** Datenschutz bedeutet auch, dass Informationen nicht zur „praktischen" Weitergabe in ungesicherten E-Mail-Verläufen oder privaten Ablagen landen. Zugriffsrechte, Aufbewahrung und Übermittlung müssen mit dem vorgesehenen System und den internen Datenschutzvorgaben zusammenpassen.

### 5. Zuständigkeiten und Prüfschritte sind unklar

Wer prüft, ob ein Fall abrechnungsfähig ist? Wer ergänzt fehlende Angaben? Wer entscheidet bei Abweichungen zwischen geplantem und tatsächlichem Ablauf? Wenn diese Fragen nicht beantwortet sind, landet der Fall leicht in einer Warteschleife. Alle sehen das Problem, aber niemand fühlt sich für den nächsten Schritt zuständig.



Zusätzliche Verzögerungen entstehen, wenn jede Abrechnungsperson dieselben Informationen unterschiedlich prüft. Einheitliche Prüfschritte reduzieren solche Unterschiede und machen sichtbar, an welcher Stelle ein Fall noch offen ist.

## Wo die Verzögerung im Ablauf entsteht

Prozessschritt Typische Lücke Auswirkung auf die Abrechnung Sinnvolle Verbesserung Kontakt und Zugang Angaben liegen in mehreren Kanälen oder Systemen Manuelle Suche und Zuordnung Einheitliche Erfassung und klare Fallzuordnung Triage und Terminierung Geplante und tatsächlich erbrachte Leistung weichen ab Rückfragen zur Leistungskategorie Änderungen im Ablauf direkt dokumentieren Einwilligung und

Datenschutz Status oder Ablageort ist unklar Fall bleibt zur Prüfung offen Verantwortlichkeit und Speicherort festlegen Leistungsdokumentation Pflichtangaben fehlen oder werden verspätet ergänzt Nachbearbeitung und Verzögerung Kurze, verbindliche Dokumentationsvorlage einsetzen Abrechnungsprüfung Keine einheitliche Prüflogik Unterschiedliche Bearbeitung und Rückläufe Prüfschritte mit klaren Zuständigkeiten definieren

## Ein praxistauglicher Ablauf für Praxis und Klinik

Ein guter Ablauf muss nicht kompliziert sein. Entscheidend ist, dass jede Rolle weiß, was sie wann erledigt und wie ein Fall weitergegeben wird. Für eine Ordination kann die Prozesskette kompakter sein; in einer Klinik sind oft mehrere Teams, Systeme und administrative Verantwortlichkeiten beteiligt. Die Grundlogik bleibt jedoch ähnlich.

1. **Kontakt erfassen:** Anliegen, Identifikationsdaten und Rückkanal werden am vorgesehenen Ort aufgenommen.
2. **Triage dokumentieren:** Das Team hält fest, warum ein telemedizinischer Kontakt geeignet ist oder warum ein anderer Zugang gewählt wird.
3. **Termin und Zugang bestätigen:** Patientinnen und Patienten erhalten klare Informationen, etwa zum technischen Zugang, zum Zeitpunkt und zu notwendigen Vorbereitungen.
4. **Einwilligung und Datenschutz beachten:** Erforderliche Informationen und Nachweise werden gemäß den internen Vorgaben im dafür vorgesehenen System dokumentiert.
5. **Leistung zeitnah dokumentieren:** Die behandelnde Person hält den Kontakt und das Ergebnis so fest, dass der administrative nächste Schritt möglich ist.
6. **Fall anhand definierter Prüfschritte kontrollieren:** Fehlende Angaben werden gezielt ergänzt, statt den Fall ohne klare Rückmeldung weiterzureichen.
7. **Abrechnung und Rückmeldung abschließen:** Der Fall wird über den geltenden Weg bearbeitet; offene Fälle erhalten einen sichtbaren Status und eine zuständige Person.

Wichtig ist die Trennung zwischen medizinischer Entscheidung und administrativer Prüfung. Die Abrechnung soll nicht nachträglich medizinische Inhalte „erraten“ müssen. Umgekehrt sollte die behandelnde Person nicht mit unklaren administrativen Anforderungen belastet werden. Eine kurze, verständliche Vorlage kann beide Seiten entlasten.

https://der-prozessmanager.de/aktuell/publikationen/der-digitale-patientenprozess-wie-telemedizin-ablaufe-in-der-gesundheitsversorgung-verandert

## Welche Prüfschritte helfen wirklich?

Prüfschritte sollen Fälle sicherer und schneller machen – nicht eine zweite Dokumentation erzeugen. Dafür sollten sie kurz, eindeutig und an der richtigen Stelle im Ablauf platziert sein. Eine interne Prüfliste kann beispielsweise folgende Fragen enthalten:

- Ist der Kontakt eindeutig einer Patientin oder einem Patienten zugeordnet?
- Ist erkennbar, welcher Zugangskanal und welcher Termin zum Fall gehören?
- Ist dokumentiert, welche Leistung tatsächlich erbracht wurde?
- Sind die für diesen Abrechnungspfad erforderlichen Angaben vorhanden?
- Ist der Status erforderlicher Einwilligungen nachvollziehbar dokumentiert?

- Sind Abweichungen zwischen geplantem und tatsächlichem Ablauf erklärt?
- Ist klar, wer offene Punkte ergänzt oder zur Klärung weiterleitet?

Diese Liste ist ein Prozessbeispiel und ersetzt keine Prüfung der einschlägigen Abrechnungs- oder Datenschutzvorgaben. Die konkreten Anforderungen sollten mit den zuständigen Fachbereichen abgestimmt werden. Besonders wichtig: Eine fehlende Information sollte mit einer konkreten Rückfrage zurückgespielt werden – nicht mit einem unbestimmten Status wie „unvollständig".

## Digitalisieren heißt nicht automatisch beschleunigen

Ein Video-Tool allein macht den Abrechnungsprozess nicht schneller. Wenn Terminierung, Dokumentation und Abrechnung in voneinander getrennten Systemen stattfinden, kann die digitale Leistung sogar zusätzliche Übergaben erzeugen. Ein digitales Patientenprozess-Design betrachtet deshalb die gesamte Kette: Wo wird eine Information erstmals erhoben? Wer benötigt sie als Nächstes? Muss sie erneut eingegeben werden? Und wer darf sie sehen?

Eine sinnvolle Verbesserung beginnt oft nicht mit einem neuen Tool, sondern mit einer Prozessaufnahme. Das Team verfolgt einige Fälle vom Erstkontakt bis zur Abrechnung und notiert dabei kleine Prozessschritte mitten im Alltag: „Formular kommt an", „Anmeldung ergänzt Daten", „Ambulanz prüft", „Rückfrage per E-Mail", „Fall wartet". So werden Wartezeiten und Doppelarbeiten sichtbar.

Danach lassen sich gezielt Maßnahmen setzen: einheitliche Statusbezeichnungen, verbindliche Dokumentationsvorlagen, eine klare Übergabe an die Kassa oder automatische Hinweise auf fehlende Angaben. Entscheidend ist, dass jedes Werkzeug an einer konkreten Stelle im Ablauf eingesetzt wird und Verantwortlichkeiten nicht verwischt.

Der Prozess Manager unterstützt Organisationen dabei, solche Abläufe strukturiert zu betrachten – von der Triage und Terminierung über Dokumentation und Datenschutz bis zu den administrativen Prüfschritten. Im Mittelpunkt steht nicht die Digitalisierung um ihrer selbst willen, sondern ein nachvollziehbarer End-to-End-Prozess, der im Arbeitsalltag von Praxis, Ambulanz und Klinik funktioniert.

## Woran Sie erkennen, ob Ihr Abrechnungsprozess besser wird

„Es fühlt sich schneller an" ist ein guter erster Eindruck, aber keine ausreichende Steuerungsgrundlage. Sinnvoll ist, wenige Kennzahlen zu beobachten und gemeinsam mit den Teams zu interpretieren. Dazu zählen etwa die Zeit zwischen Leistung und Abrechnung, der Anteil der Fälle mit Rückfragen, die häufigsten fehlenden Angaben und die Zahl der Fälle, die länger als einen definierten Zeitraum offen sind.

Die Kennzahlen sollten nicht dazu dienen, einzelne Mitarbeitende unter Druck zu setzen. Sie sollen zeigen, an welcher Prozessstelle ein Engpass entsteht. Häufen sich beispielsweise fehlende Angaben nach der telemedizinischen Leistung, liegt die Lösung möglicherweise in einer besseren Dokumentationsvorlage. Dauern Fälle schon vor dem Termin lange, ist eher die Terminierung oder der Zugangskanal zu prüfen.

## Fazit: Die Abrechnung beginnt vor dem Telemedizin-Termin

Wenn die Abrechnung nach Telemedizin lange dauert, liegt die Ursache selten nur bei der Abrechnung selbst. Meist wirkt eine Kombination aus uneinheitlichen Zugangskanälen, unklarer Triage, lückenhafter Leistungsdokumentation, nicht eindeutig nachgewiesener Einwilligung, Medienbrüchen und fehlenden Zuständigkeiten zusammen.

Der wichtigste Hebel ist daher ein durchgängiger digitaler Patientenprozess. Definieren Sie, welche Information an welcher Stelle entsteht, wer sie prüft und wie der Fall weitergeht. Ergänzen Sie klare Prüfschritte, halten Sie Datenschutz und Einwilligung direkt im Ablauf fest und sorgen Sie für eine zeitnahe, nachvollziehbare Dokumentation. Dann wird der Abrechnungsprozess nicht nur schneller, sondern auch transparenter – für das Team und für die Patientinnen und Patienten.