Der erste Kontakt mit einer Ordination, Ambulanz oder Klinik prägt den weiteren Behandlungsweg. Patient:innen möchten rasch wissen, an wen sie sich wenden können, was als Nächstes passiert und ob ihr Anliegen dringend ist. Für die Teams zählt gleichzeitig, dass Informationen vollständig ankommen, Zuständigkeiten klar sind und keine Anfrage im falschen Postfach liegen bleibt.

Ein guter Erstkontakt ist deshalb mehr als ein Telefonat oder ein Onlineformular. Er ist der Einstieg in eine digitale End-to-End-Kette: vom ersten Anliegen über Triage und Terminierung bis zur Dokumentation, Behandlung und gegebenenfalls Weiterleitung. Ob der Kontakt telefonisch, über die Website, per E-Mail oder im Rahmen einer telemedizinischen Leistung erfolgt – der Ablauf sollte für Patient:innen verständlich und für Mitarbeitende verlässlich sein.

Die praktische Leitfrage lautet: Was passiert mit einer Anfrage vom Eingang bis zu ihrem Abschluss? Wer diese Frage für jeden Zugangskanal beantworten kann, hat die Grundlage für einen sicheren und gut steuerbaren Patientenprozess.

Erstkontakt als End-to-End-Prozess verstehen

Ein häufiger Schwachpunkt ist die Betrachtung einzelner Kontaktwege für sich: Das Telefon wird von der Rezeption bearbeitet, das Webformular landet in einem allgemeinen Postfach und eine telemedizinische Anfrage wird separat organisiert. Für Patient:innen sind das jedoch keine getrennten Prozesse. Sie erwarten, dass die Ordination oder Klinik ihr Anliegen unabhängig vom gewählten Kanal zuverlässig aufnimmt und weiterbearbeitet.

Ein durchgängiger Erstkontakt-Workflow umfasst typischerweise diese Schritte:

1. **Anliegen entgegennehmen:** Die Anfrage kommt über einen definierten Zugangskanal an.
2. **Identität und Kontaktmöglichkeit erfassen:** Es wird geklärt, wie die Person sicher erreicht werden kann.
3. **Dringlichkeit einschätzen:** Eine strukturierte Triage ordnet das Anliegen einem passenden nächsten Schritt zu.
4. **Zuständigkeit festlegen:** Die Anfrage wird einer Ambulanz, Fachrichtung, Ordination oder einem Team zugeordnet.
5. **Weiterbearbeitung organisieren:** Dazu zählen etwa Terminvergabe, Rückruf, telemedizinische Konsultation oder Weiterleitung.
6. **Ergebnis dokumentieren:** Der Status und die relevanten Informationen werden nachvollziehbar festgehalten.
7. **Abschluss oder Übergabe sichern:** Die Patientin oder der Patient weiss, was als Nächstes passiert und wer dafür verantwortlich ist.

Wichtig ist, dass jede Anfrage einen Bearbeitungsstatus und eine verantwortliche Stelle hat. „E-Mail erhalten“ ist noch kein abgeschlossener Prozess. Erst wenn klar ist, ob die Anfrage beantwortet, terminiert, weitergeleitet oder aus einem begründeten Grund geschlossen wurde, ist sie verlässlich bearbeitet.

Kanäle bündeln, ohne Patient:innen unnötig einzuschränken

Patient:innen nutzen unterschiedliche Zugangskanäle: Telefon, Website, Kontaktformular, E-Mail, Patientenportal oder einen persönlichen Besuch. Ein guter Prozess muss nicht alle Kanäle durch ein einziges

Tool ersetzen. Er sollte aber **Kanäle bündeln**, sodass Anfragen nach denselben Grundregeln aufgenommen, priorisiert und nachverfolgt werden.

Das kann zum Beispiel so aussehen: Telefonische Anliegen werden in einer gemeinsamen Erfassungsmaske dokumentiert; Webanfragen laufen in eine Aufgabenliste mit Zuständigkeit und Frist; E-Mails werden nicht dauerhaft im persönlichen Postfach bearbeitet, sondern in einen nachvollziehbaren Arbeitskorb überführt. Entscheidend ist, dass im Ablauf klar ist, wo jede Anfrage landet und wer sie übernimmt.

Zugangskanal Geeignet für Wichtige Prozessregel Telefon Dringende Anliegen, Rückfragen, Unterstützung bei der Orientierung Gespräch und vereinbarter nächster Schritt werden zeitnah dokumentiert. Onlineformular oder Patientenportal Planbare Anliegen, strukturierte Angaben, Terminwünsche Formular bestätigt den Eingang und nennt realistische Bearbeitungszeiten. E-Mail Organisatorische Kommunikation, sofern dafür vorgesehen Keine sensiblen Gesundheitsdaten anfordern, wenn der Kanal dafür nicht freigegeben ist. Persönlicher Kontakt Orientierung vor Ort, Unterstützung bei digitalen Zugängen Auch mündliche Anliegen erhalten eine zuständige Stelle und einen Status.

Achtung: Ein digitales Formular ist keine Triage, nur weil es Symptome abfragt. Es braucht definierte Regeln dafür, wer die Antworten prüft, wie rasch das geschieht und welche Anliegen sofort an medizinisches Personal weitergeleitet werden.

Triage: Dringlichkeit erkennen und Grenzen klar benennen

Die Triage im Erstkontakt soll helfen, den passenden nächsten Schritt zu bestimmen. Sie ersetzt keine Diagnose und darf nicht als automatische medizinische Beurteilung missverstanden werden. Dafür braucht es klare Fragen, geschulte Mitarbeitende und nachvollziehbare Eskalationswege.

Was eine praxistaugliche Triage klärt

- Worum geht es – möglichst in den Worten der Patientin oder des Patienten?
- Seit wann bestehen die Beschwerden, und haben sie sich verändert?
- Gibt es Hinweise auf eine akute Verschlechterung oder einen dringenden Versorgungsbedarf?
- Welche Fachrichtung oder Versorgungseinheit ist zuständig?
- Welche Rückmeldung wurde zugesagt, und bis wann?

Für die Triage sollte es einen Entscheidungsweg geben, der im Alltag leicht nutzbar ist. Zum Beispiel: Anliegen aufnehmen, definierte Warnzeichen prüfen, bei Bedarf an eine medizinische Fachperson übergeben und das Ergebnis dokumentieren. Bei möglichen Notfällen muss die Information klar und unmittelbar sein. In Österreich ist dafür der Notruf 144 relevant; Hinweise auf Notfallwege ersetzen aber nicht die individuelle Einschätzung durch medizinisches Fachpersonal.

Achtung: Mitarbeitende an der Rezeption sollen nicht durch unklare Formulierungen in eine diagnostische Rolle geraten. Statt „Das klingt nicht dringend“ ist ein sicherer Ablauf besser: „Ich nehme Ihr Anliegen auf und leite es gemäss unserem Triageprozess an die zuständige medizinische Fachperson weiter.“

Terminierung und Zugangskanäle passend verbinden

Nach der Triage folgt die Frage, wie Patient:innen zur passenden Versorgung gelangen. Das kann ein Termin in der Ordination, ein Ambulanztermin, eine telefonische Rückmeldung, eine telemedizinische Konsultation

oder eine Weiterleitung an eine andere Stelle sein. Der Erstkontakt-Workflow sollte diese Optionen nicht als gleichwertige Auswahl ohne Orientierung präsentieren, sondern mit klaren Kriterien verbinden.

Für die Terminierung sind mindestens drei Informationen hilfreich: der Grund der Vorstellung, die erforderliche Fachrichtung oder Leistung und die zeitliche Dringlichkeit. Zusätzlich muss erkennbar sein, ob vor dem Termin Unterlagen, Befunde oder eine Überweisung benötigt werden. Ein Termin ist erst dann gut organisiert, wenn Patient:innen wissen, wo und wann sie erscheinen, was sie mitbringen sollen und an wen sie sich bei Änderungen wenden können.

Ein guter **Rückrufprozess** ist besonders wichtig, wenn Anliegen nicht sofort bearbeitet werden können. Er umfasst:

- eine eindeutige Erfassung der Rückrufbitte und einer passenden Zeitspanne,
- eine zuständige Person oder ein Team, das den Rückruf übernimmt,
- eine Priorisierung nach Dringlichkeit, nicht nur nach Eingangszeit,
- einen dokumentierten Rückrufversuch samt Ergebnis,
- einen nächsten Schritt, wenn niemand erreichbar ist.

Ein Beispiel: Eine Patientin ruft während der Ordinationszeit an, erreicht aber niemanden. Statt einer unverbindlichen Ansage wie „Wir melden uns“ wird die Rückrufbitte mit Anliegenkategorie, Erreichbarkeit, Priorität und zuständigem Team erfasst. Das Team sieht die offenen Rückrufe in einer Arbeitsliste; nach dem Gespräch werden Ergebnis und weitere Vereinbarung eingetragen. So wird aus einem guten Vorsatz ein steuerbarer Ablauf.

Telemedizin in Praxis und Klinik: vor, während und nach dem Kontakt

Telemedizin ist nicht nur das Videogespräch selbst. Ein verlässlicher Ablauf beginnt davor und endet nicht mit dem Auflegen. In der Ordination wie in der Klinik müssen Zugang, technische Vorbereitung, Zuständigkeit und Dokumentation zusammenpassen.

Vor der telemedizinischen Konsultation

You ever wonder why beim erstkontakt wird geklärt, ob das anliegen grundsätzlich für eine telemedizinische leistung geeignet ist. Patient:innen erhalten Informationen zur Terminzeit, zum verwendeten Zugang, zu technischen Voraussetzungen und dazu, was bei einer Verbindungsstörung passiert. Ebenso wichtig ist ein alternativer Kontaktweg, falls die Videokonsultation nicht zustande kommt.

Während des Gesprächs

Zu Beginn werden Identität und Gesprächssituation geprüft. Die behandelnde Fachperson erklärt, wie die Konsultation abläuft, und klärt, ob die Patientin oder der Patient ungestört sprechen kann. Bei Bedarf wird festgestellt, ob eine Präsenzuntersuchung erforderlich ist. Telemedizin darf nicht dazu führen, dass ein notwendiger persönlicher Kontakt aus organisatorischen Gründen verzögert wird.

Nach der Konsultation

Das Ergebnis wird in der Patientenakte dokumentiert – einschliesslich Einschätzung, vereinbarter Massnahmen, allfälliger Überweisung und nächstem Kontaktpunkt. Wird ein Präsenztermin empfohlen, sollte die Terminierung möglichst direkt angestossen werden. Bleibt ein technischer Abbruch ohne Nachbearbeitung, ist die End-to-End-Kette unterbrochen.

In einer Klinik kann zusätzlich eine Übergabe zwischen zentraler Kontaktstelle, Ambulanz und behandelndem Team nötig sein. In einer Ordination liegt der Fokus oft auf einer engeren Verbindung zwischen Rezeption, medizinischem Assistenzteam und Ärztin oder Arzt. In beiden Fällen gilt: Eine telemedizinische Leistung braucht dieselbe Klarheit bei Zuständigkeit und Abschluss wie ein persönlicher Termin.

Dokumentation: knapp, relevant und auffindbar

Eine gute Dokumentation macht den Erstkontakt für das nächste Teammitglied verständlich, ohne unnötige Daten zu sammeln. Sie soll nicht jedes Gespräch wortwörtlich abbilden. Entscheidend sind die Informationen, die für die Weiterbearbeitung relevant sind.



- Datum, Uhrzeit und Zugangskanal
- Anliegen und wesentliche Angaben der Patientin oder des Patienten
- Ergebnis der Triage beziehungsweise notwendige Übergabe
- zuständige Stelle und vereinbarter nächster Schritt
- Termin- oder Rückrufvereinbarung und deren Status
- relevante Einwilligungen oder Hinweise auf deren Klärung

Die Dokumentation sollte im vorgesehenen System erfolgen und für berechtigte Mitarbeitende im weiteren Prozess auffindbar sein. Parallele Schattenlisten, private Notizzettel oder verstreute Informationen in individuellen Postfächern erschweren Übergaben und erhöhen das Risiko, dass Anfragen liegen bleiben.

Einwilligung und Datenschutz von Anfang an mitdenken

Datenschutz gehört in den Ablauf, nicht in eine Fussnote am Ende. Schon beim Erstkontakt ist zu prüfen, welche Daten für den nächsten Schritt tatsächlich benötigt werden, wer darauf zugreifen darf und ob der gewählte Kanal für die Übermittlung geeignet ist. Gesundheitsdaten sind besonders schützenswert. Deshalb sollten Formulare, Telefonleitfäden und Arbeitslisten nur jene Informationen erfassen, die für den konkreten Zweck erforderlich sind.

Bei telemedizinischen Angeboten müssen Patient:innen verständlich darüber informiert werden, wie die Leistung abläuft und welche technischen Rahmenbedingungen gelten. Eine Einwilligung muss nachvollziehbar eingeholt und dokumentiert werden, soweit sie für die konkrete Leistung erforderlich ist. Dabei sind die internen Vorgaben sowie die anwendbaren rechtlichen Anforderungen zu berücksichtigen; bei Unsicherheit sollte die zuständige Datenschutz- oder Rechtsstelle eingebunden werden.

Achtung: Eine allgemeine Checkbox wie „Ich stimme allem zu“ schafft keine gute Patienteninformation. Besser ist eine was bedeutet patient journey klare Erklärung in verständlicher Sprache: Wofür wird der Kanal verwendet? Welche Daten werden benötigt? Was ist die Alternative, wenn die Person den digitalen Weg nicht nutzen möchte? Auch der Zugang zu Versorgung darf nicht unnötig davon abhängen, dass Patient:innen digitale Angebote verwenden können.

So wird der Prozess im Alltag stabil

Ein Erstkontakt-Prozess muss nicht mit einem grossen Digitalprojekt beginnen. Oft bringt eine kurze Bestandsaufnahme die wichtigsten Lücken ans Licht. Der Prozess Manager kann Teams dabei unterstützen, Abläufe vom Eingang bis zur Übergabe sichtbar zu machen und daraus praxistaugliche SOPs, Checklisten und Zuständigkeitsregeln abzuleiten. Exactly.. Wichtig ist, dass Lösungen an den tatsächlichen Arbeitsalltag in Ordination, Ambulanz und Klinik anschliessen.

Für die Einführung empfiehlt sich ein überschaubarer Ablauf:

1. **Ist-Prozess erfassen:** Welche Kanäle gibt es, und wo landen Anfragen heute?
2. **Häufige Anliegen ordnen:** Welche Kategorien brauchen eigene Zuständigkeiten oder Fristen?
3. **Triage und Eskalation definieren:** Welche Fälle werden weitergeleitet, und an wen?
4. **Rückruf- und Terminregeln festlegen:** Wer übernimmt offene Aufgaben und wie wird der Status sichtbar?
5. **Dokumentationsstandard vereinbaren:** Welche Mindestangaben sind für die Übergabe erforderlich?
6. **Mit Mitarbeitenden und Patient:innen testen:** Funktionieren Anleitung, Sprache und digitale Zugänge auch in der Praxis?
7. **Verbessern:** Rückfragen, Fehlleitungen und Wartezeiten regelmässig auswerten.

Als einfache Kennzahlen eignen sich etwa die Zeit bis zur ersten Rückmeldung, der Anteil vollständig dokumentierter Anfragen, nicht erreichte Rückrufe oder falsch zugeordnete Termine. Zahlen allein erklären jedoch nicht die Ursache. Ergänzend sollten Mitarbeitende melden können, an welchen Stellen der Ablauf unnötige Rückfragen, Doppelarbeit oder Unsicherheit erzeugt.

Fazit: Ein guter Erstkontakt schafft Orientierung und Verbindlichkeit

Ein guter Patientenprozess für den Erstkontakt ist eine durchgängige Kette: Anfrage entgegennehmen, Dringlichkeit passend einschätzen, zuständig zuordnen, Termin oder Rückruf organisieren und das Ergebnis sicher dokumentieren. Er verbindet analoge und digitale Zugangskanäle, statt sie nebeneinander stehen zu lassen. Telemedizin wird dabei als vollständiger Versorgungsablauf geplant – von der Vorbereitung bis zur Nachbearbeitung.

Wenn Zuständigkeiten klar, Datenschutz und Einwilligung mitgedacht und nächste Schritte verständlich kommuniziert sind, profitieren beide Seiten. Patient:innen wissen, was sie erwartet. Teams können Anfragen priorisieren und Übergaben verlässlich gestalten. Der wichtigste Praxistest lautet daher: Kann jede

Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter auf einen Blick erkennen, wo eine Anfrage steht, wer sie bearbeitet und was als Nächstes zu tun ist?

