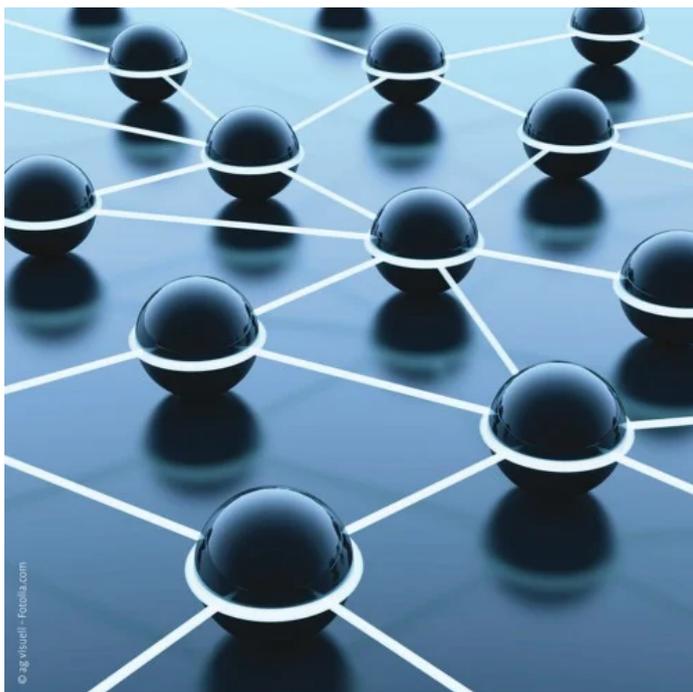


01.09.2012 **Niederlassung**

# Das Lübecker Modell – Kooperation zwischen niedergelassenen Fachärzten und einer Universitätsklinik bei der Versorgung von Gefäßpatienten

*J. Nolde, C. Franke, H. Groth, H.-P. Bruch*



Die Verknüpfung des ambulanten und des stationären Sektors der medizinischen Versorgung ist eine der großen Herausforderungen der Zukunft. Unsicherheit der Beteiligten aufgrund der juristischen Komplexität der Thematik, aber auch alltäglicher Missbrauch erschweren hierbei konstruktive Lösungen, wobei im Fokus aller zukünftigen Betrachtungen immer das Patientenwohl stehen muss.

Da für eine interdisziplinäre Behandlung nie eine Person alleine verantwortlich sein kann, begibt sich der Patient häufig genug auf eine unzureichend koordinierte Reise, auf welcher er eine Reihe von getrennten Einzelstationen durchläuft, deren Vernetzung meist zu wünschen übrig läßt.

Eine interdisziplinäre Behandlungskette verlangt also eine den Patienten umgebende komplexe Logistik, die einen erheblichen Anteil am Behandlungserfolg ausmacht, sodass deren Effizienz einer besonderen Bedeutung zu kommt.

## Material und Methode

Bei genauerer Betrachtung der Gründe für eine solche ineffiziente Logistik, fällt schnell auf, dass in der Behandlungskette eines gefäßmedizinischen Patienten an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Behandlern oft nur wenige verbindende Wegbegleiter vorhanden sind.

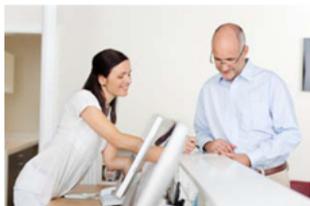
Außer dem Patienten selbst, sind dies ein manchmal nur spärlich ausgefüllter Überweisungsschein, ein Papierarztbrief, eine ausgedruckte Befundkopie oder nur ein Rezept.

Es ist nicht verwunderlich, dass sich der Erstkontakt in der Klinik für Patient und Behandler gleichermaßen frustrierend gestaltet, da ein großer Zeitaufwand notwendig ist, um teilweise bereits erhobene Befunde noch einmal zu explorieren. Der Patient wird hierbei aus der vertrauten „Praxis-Umgebung“ des Zuweisers gerissen und mit einer Poliklinik mit langen Wartezeiten, für ihn noch anonymen Ärzten und Schwester und bei mehrfachen Besuchen, mit wechselndem Personal konfrontiert.

Im Rahmen des 2010 etablierten „Gefäßnetzwerkes“ wurden Patienten einem neugestalteten Behandlungspfad zugeführt. Hierbei wurden in zwei dem Netzwerk angehörigen angiologischen Praxen alle Patienten, bei denen ein Operations- oder Interventionsbedarf festgestellt wurde, im Rahmen einer einmal wöchentlich stattfindenden Praxisvisite evaluiert (Abb. 1). Hierzu wurden zunächst durch den Angiologen und den gefäßchirurgischen Facharzt der Klinik im Gespräch die wichtigsten Befunde zusammengefasst und danach der Patient durch den Chirurgen über mögliche Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Daraufhin wurde ggf. ein stationärer Aufnahmezeitpunkt mit dem Patienten vereinbart. Eventuell noch ausstehende Untersuchungen werden durch die Praxis organisiert und in einer dem Netzwerk ebenfalls angeschlossenen Praxis durchgeführt, sodass der Patient erst in die Klinik aufgenommen wird, wenn alle für die Behandlung notwendigen Vorbereitungen bereits abgeschlossen sind.

Abb. 1: Gefäßnetzwerk – Prästationäre Phase

## Gefäßnetzwerk – Prästationäre Phase



Patient sucht  
Netzwerkerzt auf



Feststellung eines  
gefäßmedizinischen OP-/  
Interventionsbedarfs



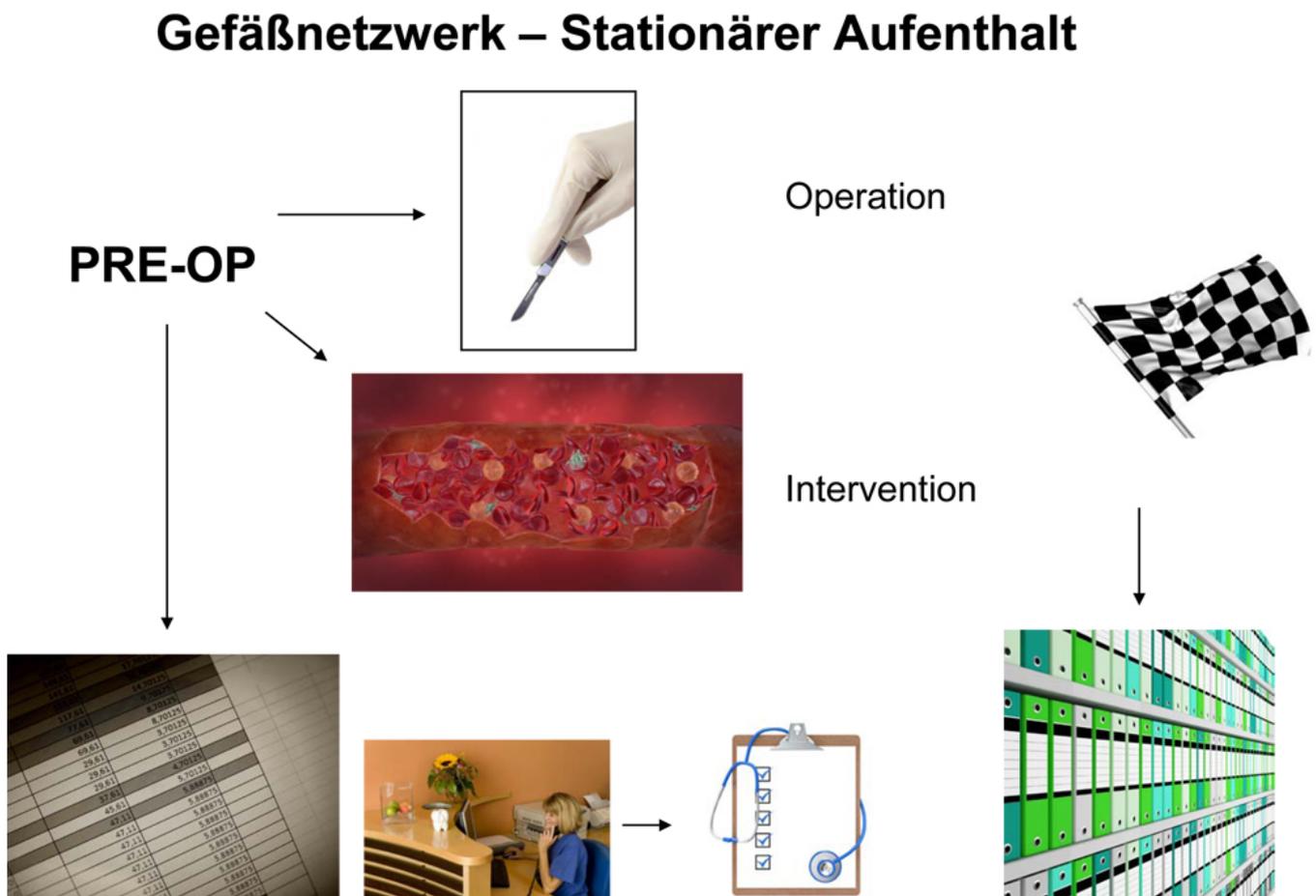
Praxisvisite durch  
Gefäßchirurgen



Im Rahmen des stationären Aufenthalts (Abb. 2) wurden nur noch die ggf. notwendige anästhesiologische Aufklärung durchgeführt, sodass die Operation am Folgetag durchgeführt werden konnte. Bei einer interventionellen Behandlung wurde der Patient am selben Tag aufgenommen. Alle Beteiligten des Netzwerks haben für bestimmte Diagnosen (Bauchaortenaneurysma, Carotisstenose, Vertebralisstenose, Becken- und Beinarterienstenose) ein verbindliches

präoperatives Diagnostikschema festgelegt, das nach Absprache jedoch modifiziert werden kann, sollte dies bei einzelnen Patienten erforderlich sein.

Abb. 2: Gefäßnetzwerk – Stationärer Aufenthalt



Postoperativ finden nach der Entlassung alle Kontroll- bzw. Nachsorgeuntersuchungen wiederum in der jeweiligen Netzwerkpraxis statt, sodass auch hier eventuelle Doppeluntersuchungen in Klinik und Praxis vermieden werden (Abb. 3). Parallel hierzu werden alle in Praxis und Klinik erbrachten Leistungen von einer eigenen Netzwerkadministratorin protokolliert und diese Daten nach Abschluss des Falles an die das Netzwerk betreuende Firma übermittelt.

Abb. 3: Gefäßnetzwerk – Poststationäre Phase

# Gefäßnetzwerk – Poststationäre Phase



Patient sucht  
Netzwerkarzt auf



Ergänzung des  
Doku-Bogens mit  
Patienten-ID



Doku-Bogen mit Patienten-ID

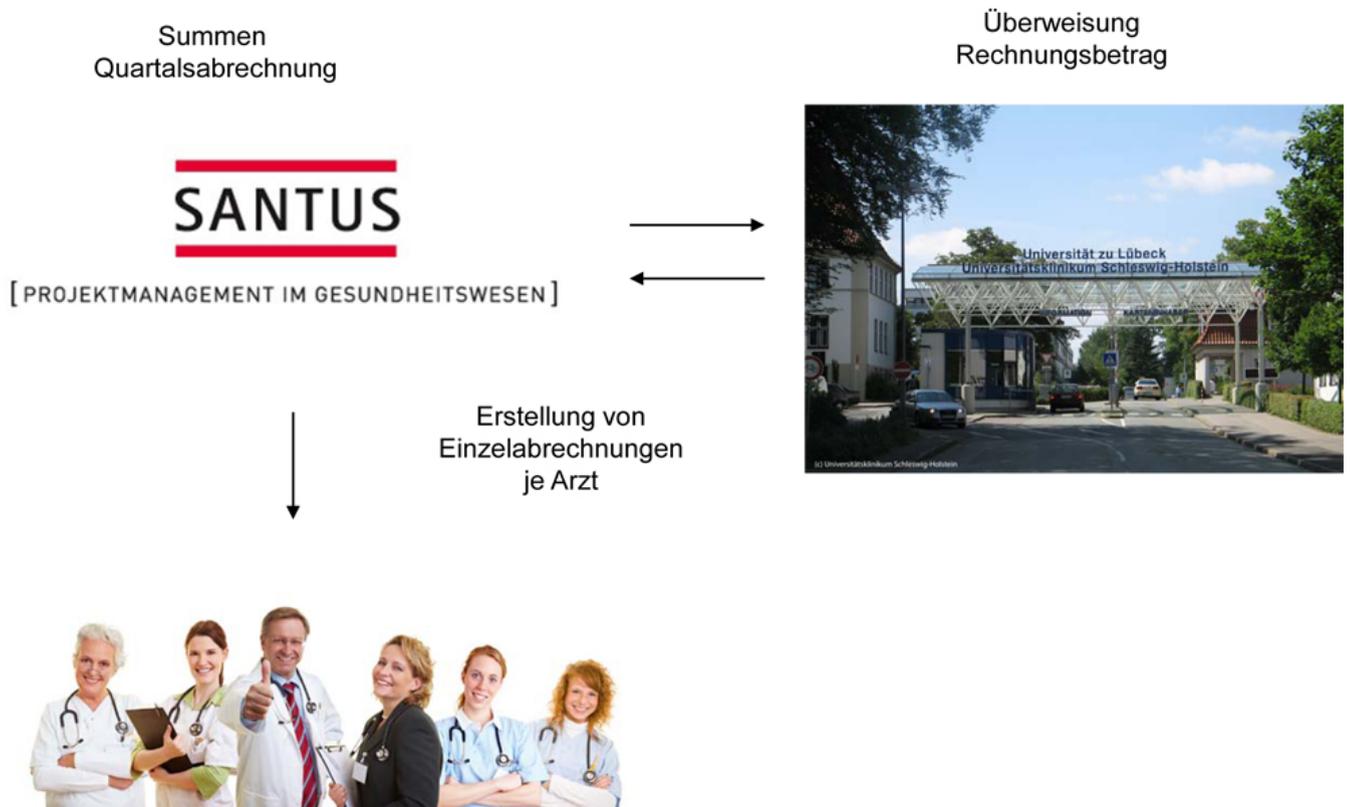
**SANTUS**

[ PROJEKTMANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN ]

Quartalsweise wurden in der Abrechnungsphase (Abb. 4) von dieser Firma die bereits vor Etablierung des Netzwerks vertraglich festgelegten Entgelte der jeweiligen DRG den betreffenden Netzwerkärzten in Form von Einzelabrechnungen an die Klinik mittgeteilt, die diese daraufhin aus der von der Krankenkasse erhaltenen DRG anteilig überweist. Dieses Vorgehen wurde vor Inkrafttreten des Vertrages von der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt.

Abb. 4: Gefäßnetzwerk – Abrechnungsphase

# Gefäßnetzwerk – Abrechnungsphase



## Ergebnisse

Im Zeitraum von 02/2010 bis 06/2012 wurde bislang 297 Patienten im Rahmen des Gefäßnetzwerkes visitiert, in deren Folge 184 Patienten sich einer stationären Behandlung unterzogen.

Bei 157 Patienten wurde hierbei eine Stenose im Becken- bzw. Beinbereich, bei sieben Patienten ein Bauchaortenaneurysma, bei 13 Patienten eine Carotisstenose und bei sieben Patienten eine Subclaviastenose behandelt.

Subjektiv ist nach über zwei Jahren Gefäßnetzwerk sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten eine erhöhte Zufriedenheit durch diese neue Organisationsstruktur zu bemerken:

Der Patient kennt bei Betreten der Klinik seinen Therapeuten/Operator bereits, stationäre präoperative Maßnahmen können auf ein Minimum reduziert werden, häufige und mit teilweise lästigen Wartezeiten verbundene Termine in einer Poliklinik können unterbleiben. Von allen 184 Patienten gab es nur eine einzige durch das Beschwerdemanagement der Klinik verzeichnete Beschwerde, in diesem Fall wegen eines nicht realisierbaren Terminwunsches des Patienten.

Der Klinikarzt wie auch der Zuweiser befinden sich für jeden Patienten mindestens einmal in direktem und persönlichem Dialog, sodass mühsames Einlesen oder Beschaffen von Befunden in Gänze entfällt.

Von betriebswirtschaftlicher Seite zeigt sich weiterhin, dass durch das Auslagern von präoperativen Maßnahmen in den ambulanten Bereich diese Leistungen teilweise deutlich günstiger durchgeführt werden können, als dieses im stationären Bereich an der eigenen Klinik erzielbar wäre, wobei sich gleichzeitig die mittlere Liegedauer der so geführten Patienten deutlich verkürzt.

## Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigt sich deutlich, dass sowohl auf Zuweiser- als auch auf Kostenträger und Klinikseite, aber besonders von Seiten des Patienten das hier dargestellte Modell eine hohes Maß an Zufriedenheit generiert und sowohl eine erlössteigernde als auch gleichzeitig kostensenkende Wirkung erzielt.

*Nolde J. / Franke C. / Groth H. / Bruch H.-P. Das Lübecker Modell – Kooperation zwischen niedergelassenen Fachärzten und einer Universitätsklinik bei der Versorgung von Gefäßpatienten. Passion Chirurgie. 2012 September; 2(09): Artikel 02\_03.*

### Autoren des Artikels



**Dr. med. Jan Nolde**  
Klinik für Chirurgie  
Universität Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
[> kontaktieren](#)



**Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch**  
ehem. Präsident  
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin