

## Grundlagen der Schnittstellenkoordination

Im Mittelpunkt der Versorgung und Schnittstellenbeschreibung stehen gemäß der demographischen Entwicklung und der Kosten Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, mit chronischen Erkrankungen der Oberbauchorgane und gastroenterologischen Karzinomen..

Insbesondere bei komplizierten und kostenintensiven Behandlungsverläufen geht die Versorgung durch Experten wie Fachärzte mit besserem klinischen Outcome und niedrigeren Gesundheitsausgaben einher (Sachverständigenratsgutachten 2009 [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)).

Diagnostik und Therapie als vorausschauend und regelmäßig koordinierte Betreuung ist der Schwerpunkt der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung und -koordination bei moderner apparativer Ausstattung, leitlinienorientierter Behandlung und ganzheitlicher Beratung mit rascher und verlässlicher Befundübermittlung und Kommunikation.

Hausärztliche Kernaufgaben wie Anamnese, körperliche Untersuchung und Labordiagnostik auch zur Erhebung von Risikofaktoren insbesondere zur familiären Anamnese werden fachärztlich interdisziplinär erweitert je nach Krankheitsart und -schweregrad. Diese werden frühzeitig zu einem gemeinsam proaktiv ausgerichteten Versorgungsablauf auf der Basis der Anlagen 2 und 12 sowie der Anhänge 1 und 2 dieser Anlage zusammengeführt.

Ebenfalls frühzeitig sektorenübergreifend zu integrieren sind:

1. fachübergreifende Angebote zur Prävention und zum Lebensstil wie z.B. Nikotinfrei, Motivation zur Bewegung und Ernährungsberatung
2. Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Komorbiditäten wie z.B. Depressionen, Diabetes mellitus, Hypertonus,
3. unterstützende Angebote wie z.B. durch Soziale Dienste, Case bzw. CareManagement, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.

Durch die vorausschauend gesichert interdisziplinäre Versorgungskontinuität ist zu erwarten,

1. ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahmeraten, weniger Notfallbeanspruchung und höhere Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose (Sachverständigenratsgutachten 2009 [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)),

2. eine Unterstützung der Arzt-Patient-Beziehung durch ein verlässliches und ganzheitliches Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung (Sachverständigenratsgutachten 2009 [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)).

Stationäre Versorgung ist gemäß Leitlinien insbesondere einzuleiten bei akuten, lebensbedrohlichen Situationen bzw. speziellen Maßnahmen.

Bei dem Übergang aus der stationären Behandlung in die kontinuierliche, ambulante Weiterversorgung ist in regelmäßiger gemeinsamer Absprache zwischen HAUS- und FACHARZT gemäß Anhänge 1 und 2 dieser Anlage die Therapie auf der Grundlage von Anlage 12 zu überprüfen, insbesondere auch die längerfristige rationale Medikation und die regelmäßige endoskopische Vor- und Nachsorge mit Lebensstilberatung.

Die Übermittlung der Befundberichte und Begleitschreiben erfolgt, soweit technisch möglich, per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3.

**Anhang 1 zu Anlage 17:** Überweisungsformular HAUSARZT-FACHARZT,  
Strukturierter Befundbericht

**Anhang 2 zu Anlage 17:** Behandlungsempfehlungen chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronische Erkrankungen der Oberbauchorgane, gastroenterologische Karzinome.