

Grundlagen der Schnittstellenkoordination

Im Mittelpunkt der Versorgung und Schnittstellenbeschreibung stehen gemäß der demographischen Entwicklung und der Kosten Patienten mit chronischen Herzerkrankungen wie Herzinsuffizienz, koronarer Herzerkrankung, Rhythmusstörungen und Vitien.

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).

Diagnostik und Therapie als vorausschauend 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 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. Care-Management, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.

Durch die vorausschauend gesichert interdisziplinäre Versorgungskontinuität ist zu erwarten:

1. Ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahmeraten, weniger Notfallbeanspruchung und höherer Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose (Sachverständigenratsgutachten 2009 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).

Stationäre Versorgung ist gemäß Leitlinien 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.

Anhang 1 zu Anlage 17:

Begleitschreiben Kardiologie, Strukturierter Befundbericht

Anhang 2 zu Anlage 17:

Behandlungsempfehlungen Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit, Rhythmusstörungen und Vitien