

Anhang 3.1 zu Anlage 17

Versorgungs- und Leistungsinhalte Gastroenterologie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
1. Gastroenterologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. Sonographie) – hier allgemeiner Überblick <u>ohne Indikationsbezug</u>	
<p>Hausarztzebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • körperlicher Befund • familiäre Anamnese zu Darmerkrankungen • Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme) • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste • Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen 	<p>Gastroenterologische Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte endstellige ICD-Kodierung 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung 3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung, Farbdrucker • Abdominalsonografie • Atemtest-Gerät • Diagnostische Proktoskopie 4. Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien 5. Beratungen Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst 6. Berichte/Dokumentation Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT

2. Gastroenterologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien (Gastroösophageale Refluxkrankheit, Barrett-Ösophagus, Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED)

Hausarzzebene:

ggf. Wiedervorstellung zur Eradikationskontrolle
Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen

Laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz)

Gastroenterologische Leistungen:

1. Dokumentation korrekte endstellige ICD-Codierung

z.B. Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (K21.0) oder ohne (K 21.9) , Barrett-Ösophagus (K 22.7), Sodbrennen ausgenommen (R12)
z.B. Chronisch entzündliche nicht-infektiöse Darmerkrankungen (K50 bzw. K51 mit endstelliger Kodierung gem. Anhang 2).

Die Kodierung der Ösophagitis und der gastroösophagealen Refluxerkrankung mit Ösophagitis (K20 und K21.0) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung

3. ggf. apparative Diagnostik z.B.

Endoskopie ggf. mit PE,
HUT,
C-13-Atemtest,
pH-Metrie,
Sonografie
Labor

Kontrolle des Eradikationserfolgs

Bei *Helicobacter pylori*-Infektion. incl. Veranlassung der Kontrolle des Eradikationserfolgs frühestens 4 Wochen nach Therapieende (in der Regel über Stuhl- oder C13-Atemtest). (Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzthelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.)

4. Therapie

Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien

- | | |
|--|---|
| | <p>5. Beratung
zur Medikation wie Eradikation, ggf. Remissionsinduktion, Substitution, Carminativa – gemäß (S3-)Leitlinien
zum Lebensstil (Rauchen, Ernährung, Bewegung, Gewicht)
zu spezifischen Angeboten z.B. AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, Psychosomatik</p> <p>6. Nachsorge /Wiedervorstellungsintervalle
Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sollen 1x pro Jahr beim FACHARZT vorgestellt werden
Regelmäßige Wiedervorstellung gem. Anlage 17 Gastroenterologievertrag</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anhang 1 zu Anlage 17)
Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung</p> |
|--|---|

3. Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit Oberbaucherkrankungen auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien (Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen wie Leberzirrhose, Chronische Pankreatitis)	
Hausarzt Ebene: <ul style="list-style-type: none">• körperlicher Status erheben• Labor (z.B. Enzymdiagnostik, CRP, Serologie, Gerinnung, Kreatinin-Clearance)• regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen• Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen	Gastroenterologische Leistungen <ol style="list-style-type: none">1. Dokumentation<ul style="list-style-type: none">• korrekte endstellige ICD-Codierung<p>z.B. Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen der Leber verursacht durch Noxen wie Alkohol (K 70.2 bis K70.4) oder andere Toxine, Medikamente (K71.7) oder Fibrosen und Zirrhosen (K 74.0 bis K74.6), durch Virushepatitis (B.18.0 bis B18.8) oder nicht viral (K73.0 bis K73.8). Eine spezifische Labordiagnostik ist zur Sicherung der Diagnose erforderlich und führt zum Zusatzkennzeichen „G“.</p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung3. ggf. apparative Diagnostik<ul style="list-style-type: none">• Oberbauch-Sonografie,• Labor (z.B. AFP)4. Therapie<ul style="list-style-type: none">• medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien5. Beratung<ul style="list-style-type: none">• zur Medikation wie antivirale Therapie, auch Immunisierung und Impfung, gemäß (S 3-) Leitlinien• zum Lebensstil (Alkohol, Rauchen, Ernährung, Bewegung)• zu spezifischen Angeboten wie AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen6. Nachsorge<p>Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Befund</p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage)<p>Strukturierter Befundbericht vom FACH-- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung</p>

4. Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen des Verdauungstraktes auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien (Magen- oder Darmkarzinom, Leberkarzinom, Pankreaskarzinom u.a.)	
Hausarztebene: <ul style="list-style-type: none">• Nachsorge in Abstimmung mit dem Facharzt, ggf. palliative Unterstützung• Lebensstil, Lebensqualität, Depressionen, supportive Maßnahmen• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den FACHARZT	Gastroenterologische Leistungen 1. Dokumentation korrekte endstellige ICD-Codierung wie z.B. Magenkarzinom (C 16.0-.8), Dünndarmkarzinom (C 17.0-.8), Kolonkarzinom (C 18.0-.8), Rektumkarzinom (C19, C 20, C 21.1-.8) u.a. wie Leberzellkarzinom (C 22.0), Pankreaskarzinom (C 25.0-.8), Karzinom Gallenwege überlappend (C 24.8) Die Malignomcodes werden solange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ verschlüsselt bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, bis also keine weiteren therapeutischen Maßnahmen in Bezug auf das Malignom durchgeführt werden oder geplant sind. Werden nach abgeschlossener Behandlung weitere Tumor-Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt, ist das primäre Malignom mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu verschlüsseln aus Z08.-. Bei rein anamnestischer Angabe einer Tumorerkrankung, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, ist eine Schlüsselnummer aus Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese zu kodieren. Das lokale Rezidiv eines primären Malignoms ist als primäres Malignom, d.h. wie ein Primärtumor zu verschlüsseln. R oder L kennzeichnet die Seiten. 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung 3. apparative Diagnostik, ggf. Endoskopie mit Biopsien 4. Therapie medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien 5. Beratung zur Medikation, ggf. Chemotherapie, Antikörper, Substitution, <ul style="list-style-type: none">• Impfungen gemäß (S 3-) Leitlinien• zum Lebensstil (Gewicht, Ernährung, Bewegung, Rauchen)• zu spezifischen Angeboten z.B. AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, Palliation, supportive Therapie 6. Nachsorge Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Diagnose, supportive Maßnahmen, ggf. palliative

**Versorgung,
Lebensstil, Lebensqualität, Selbsthilfegruppen usw. (Anlage 17)**

7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)

Strukturierter Befundbericht vom FACH- zum HAUSARZT mit korrekter ICDKodierung

5. Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung	
	<p>u.a. auch Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung in Absprache mit dem Hausarzt Obligater Leistungsinhalt u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">○ Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung<input type="checkbox"/> Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen