

Versorgungs- und Leistungsinhalte Urologie in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)	
Hausarztebene	Urologisch evidenzbasierte Versorgung
<p><b>Schnittstelle Hausarzt/Urologe für alle Krankheitsbilder</b></p> <p><b>Die Rolle des Hausarztes (HA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung</li> <li>▪ Biopsychosoziale Anamnese</li> <li>▪ Klinische Untersuchung</li> <li>▪ Ggf. Laboruntersuchung</li> <li>▪ Ggf. apparative Diagnostik</li> <li>▪ Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose)</li> <li>▪ Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version)</li> <li>▪ Die Überweisung vom Hausarzt zum Urologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien bzw. in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u. a.) und Medikamentenplan</li> <li>▪ Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes</li> <li>▪ Weiterbehandlung (vorzugswei-</li> </ul>	<p><b>Einführung Versorgungsinhalte</b>                      (Begründungen auch in Anlage 17, Umsetzung in Anhängen zu Anlage 17)</p> <p>Ziel der hier dargestellten Versorgungsinhalte ist es, die Versorgung zu verbessern und die Qualitätsanforderungen auf Überschriftenebene zu beschreiben für ein allgemeines Verständnis.</p> <p>Neben der <b>Grundversorgung (I.)</b> werden <b>Versorgungsthemenblöcke (II.)</b> aufgeführt, die</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die biopsychosoziale* und kooperative Versorgung integrieren sowie</li> <li>2. die Aufklärung und die Patientenbeteiligung fördern durch mehr Zeit für das Gespräch einschließlich gemeinsamer Entscheidungsfindung<sup>1</sup> gemäß aktuellem evidenzbasiertem Wissensstand.</li> </ol> <p>*Biopsychosozial integrieren meint neben biologisch-medizinischen Faktoren soziale und psychische zu berücksichtigen, die den Verlauf der Beschwerden bzw. einer Erkrankung mit beeinflussen (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44); Das Gesundheitswesen 2015, 77).</p> <p>Vorausgesetzt werden dafür u. a.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. der kontinuierliche Bezug zu aktuellen Leitlinien (www.awmf.org), aktuellen Fachzeitschriften auch aus dem Gesundheitswesen und unabhängigen Institutionen (u. a. BZgA, IQWiG, ÄZQ, KID bzw. DKFZ, G-BA, RKI).</li> <li>2. die korrekte spezifische und endstellige Diagnoseverschlüsselung abgekürzt gemäß aktueller Fassung der ICD German Modification (GM).</li> </ol>

<sup>1</sup> Die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) entspricht der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. shared decision making

se nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt

**Überweisung an den Facharzt enthält folgende Punkte:**

- Diagnose/Verdachtsdiagnose (inkl. ICD-10 Codes)
- Bekannte somatische und psychische Komorbiditäten, Risikofaktoren und Symptome (inkl. ICD-10 Codes)
- Ggf. bereits erhobene Befunde wie Laborparameter, Bildgebung usw.
- Ggf. Medikamentenplan
- Ggf. andere Besonderheiten wie z. B. häusliche Umstände

**Befundbericht an weiterbehandelnden Arzt (HA) durch den Urologen:**

- Diagnose einschließlich deren spezifische Kodierung nach ICD-10
- Laborparameter auch zur Differentialdiagnose (ggf. bereits teilweise durch den HA erfolgt)
- Therapieempfehlungen ggf. mit Medikamentenplan. Folgeverordnungen finden, sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte, beim Hausarzt statt.
- Festlegung von Kriterien, die zur erneuten Überweisung zum Facharzt führen sollen, z. B. zu Verlaufskontrollen, wiederkeh-

**I. Grundversorgung**

**Facharzzebene**

**Urologische Versorgungsinhalte im Überblick**

**Grundsatz (siehe auch Anlage 17)**

- Gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. gemeinsam klug entscheiden („choosing wisely“ [www.awmf.org](http://www.awmf.org)) auf Grundlage des persönlichen Gesprächs und unabhängiger Informationen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand fördern die Versorgungsqualität (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44), 2016, 113 (8); Der Urologe, 2011, 50; Das Gesundheitswesen, 2014, 76).
- Links zum Thema v. a.: [www.awmf.org](http://www.awmf.org), [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de), [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de); Motto: verstehen, abwägen, entscheiden.
- Die Beteiligung des Patienten an der Entscheidung für eine Behandlungsform entspricht zudem der Berufsordnung, dem Patientenrechtegesetz und bezogen auch auf die Krebsfrüherkennung dem Sozialgesetzbuch V (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)). Zudem fordert der Nationale Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit (2012; [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) in seinem Ziel 13, dass Patienten aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen werden.
- Verstärkte Berücksichtigung von individuellen Informationsbedürfnissen (Der Urologe, 2011, 50) und Präferenzen bei der Entscheidungsbeteiligung (Das Gesundheitswesen, 2014, 76).

**Die gemeinsame Entscheidungsfindung sollte konkret folgende Schritte umfassen**

(Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40))

- Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass eine Entscheidung zwischen **zwei oder mehr Möglichkeiten** besteht.
- Der Patient erhält **wissenschaftlich geprüfte Informationen** über die Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken in verständlicher Form.
- Der Arzt gibt dem Patienten die Gelegenheit zu einem **gemeinsamen Abwägungsprozess**, in dem der Patient seine persönlichen Präferenzen klärt.

renden therapeutischen Maßnahmen oder bei rezidivierenden Symptomen.

## Grundlagen Versorgung

### 1. Biopsychosoziale Anamnese allgemein z. B.

- aktuelle (Anfangs-)Beschwerden zu urologischen Leitsymptomen
- Schmerzen
- Vorerkrankungen, Verletzungen und Operationen
- familiäre Krankheitsgeschichte z. B. v. a. Prostatakarzinom, Steinerkrankungen
- Komorbiditäten wie Adipositas, Hypertonus, Diabetes mellitus, psychische Störungen usw.
- bisherige Behandlungen z. B. Bestrahlungen, Operationen, Unfälle
- körperliche und seelische Beschwerden wie z. B. Müdigkeit, Leistungsknick, Appetitmangel, B-Symptomatik
- Größe, Gewicht, Allgemeinzustand
- Soziodemographische Anamnese z. B. Berufs-, Expositionsanamnese, Familienstand
- ggf. (Freizeit-)Verhalten bzw. Lebensstil v. a. Nikotinkonsum, körperliche/sportliche Aktivität usw.
- Medikamentenanamnese bzw. -plan
- Kontraindikationen, Allergien usw.

### 2. Körperliche Untersuchungen

- Inspektion und Palpation Abdomen und ggf. äußeres Genitale, ggf. digitorektale Untersuchung

### 3. Ggf. weiterführende Diagnostik in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten z. B.

- Urin-, Labordiagnostik
- Urogenital-Sonografie
- Spezielle urologische Diagnostik z. B.
  - Zystoskopie
  - Spermiogramm
  - Harnstrahlmessung
  - (Video-)Urodynamik
  - Fachgebundene radiologische Diagnostik
  - Sonstige Bildgebung wie CT, MRT, PET

### 4. Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung einschließlich Klärung zu möglichen Maßnahmen und zum Vorgehen für die weitere Gesundheitsversorgung wie z. B.

- ggf. nicht-medikamentöse Maßnahmen u. a. einschließlich gemeinsamer Zielvereinbarung mit dem Patienten und Motivationsförderung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (z. B. körperliche/sportliche Aktivität, Nikotinkarenz, Ernährung) gemäß Anlage 17
- ggf. medikamentöse Maßnahmen
- im Falle erforderlicher stationärer Aufnahme: vorbereitendes und vernetzendes Einweisungsmanagement und ggf. Hinweis

zum Entlassmanagement der Krankenhäuser u. a. mit Informationen zur korrekten spezifischen und endstelligen Diagnoseverschlüsselung nach aktueller ICD GM sowie z. B. auch zu Behandlungsdauer, Behandlungsverlauf, Medikamentenplan und weiteren behandlungsrelevanten Informationen

- ggf. Hilfsmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 2
- ggf. Heilmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 3
- ggf. Rehabilitation gemäß Anlage 17, Anhang 4
- ggf. weitere supportive Maßnahmen v. a. zur Förderung der Teilhabe am Leben wie ggf. ergänzende Beratung durch den Sozialen Dienst der AOK bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17, Anhang 1
- ggf. invasive Verfahren als Therapie wie z. B. Harnableitung im Pflegeheim oder im Setting der häuslichen Krankenpflege (HKP)

### **5. Strukturierter Befundbericht**

- für den HAUSARZT vom FACHARZT mit korrekter spezifischer endstelliger Kodierung, Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen usw.

**II. Einführung zu den Versorgungsthemenblöcken mit besonderer patientenzentrierter fachärztlicher Beratung aufbauend auf der Grundversorgung:**

- a. Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc.**  
 Korrekte spezifische endstellige Kodierung einschließlich z. B. arzneimittelinduzierter Blutbildveränderungen (D70.1-), Metastasen (C77-79) und chronische Schmerzen (R52.- oder F45.4-) auch im Verlauf
- b. Benigne Erkrankungen**  
 Korrekte spezifische endstellige Kodierung

**Grundlagen**

- Einen wichtigen Einfluss auf die Compliance (Anm.: bzw. Adhärenz) sowie das Ergebnis der Behandlung hat die adäquate Einbindung des Patienten in Therapieentscheidungen und das Selbstmanagement der Erkrankung. Als in der Versorgung noch verbesserungswürdig wird die Aufklärung über Therapiealternativen in der fachärztlichen Behandlung und die Beteiligung an der Entscheidungsfindung in Deutschland beschrieben (Das Gesundheitswesen, 2015, 77).
- Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann das Wissen der Patienten, die Entscheidungsfindung als solche und Behandlungsergebnisse verbessern und die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen auch angesichts regionaler Versorgungsunterschiede. Sie soll auch dazu beitragen, dass die Entscheidung z. B. zur Teilnahme an der Krebsfrüherkennung nicht auf Basis von lückenhafter Information getroffen wird (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)).

**Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand**

**Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5, Z71 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12**

- Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt)
- Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiärem Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren
- Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand (u. a. z. B. Leitlinie, Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen)
- Links z. B. [www.awmf.org](http://www.awmf.org), [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) bzw. [www.dkfz.de](http://www.dkfz.de), [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), [www.aezq.de](http://www.aezq.de), [www.patienteninformation.de](http://www.patienteninformation.de), [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de), [www.leitlinienprogramm-onkologie.de](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de), [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de), [www.rki.de](http://www.rki.de),
- Ggf. körperliche Untersuchung.

**Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand plus anschließende Durchführung**

**Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12**

- Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt)
- Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiären Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren
- Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand (u. a. z. B. Leitlinie, Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen)
- Links z. B. [www.awmf.org](http://www.awmf.org), [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) bzw. [www.dkfz.de](http://www.dkfz.de), [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), [www.aezq.de](http://www.aezq.de), [www.patienteninformation.de](http://www.patienteninformation.de), [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de), [www.leitlinienprogramm-onkologie.de](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de), [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de), [www.rki.de](http://www.rki.de)
- Wenn das Ergebnis der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient die anschließende Durchführung der Krebsfrüherkennungsmaßnahme ist, erfolgen die PSA-Bestimmung und ggf. körperliche Untersuchung:
  - Kontrollintervalle z. B. gemäß der jeweils aktuell gültigen S3-Leitlinie Prostatakarzinom:
    - individuell auch seltener, wenn kein familiäres Risiko besteht bei PSA < 1 ng/ml: Intervall maximal alle 4 Jahre
    - PSA 1-2 ng/ml: Intervall maximal alle 2 Jahre
    - PSA > 2 ng/ml: Intervall maximal jedes Jahr,
- Anm.: Im Falle eines auffälligen rektalen Befundes Hinweis an den HAUSARZT zur weiteren interdisziplinären Abklärung und Betreuung durch den FACHARZT Gastroenterologie

**Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf Prostatakarzinom**

*„Die Grenzen zwischen der Wahl einer Verdachtsdiagnose und einer gesicherten Diagnose sind [...] fließend. Es obliegt letztendlich der Entscheidung des Arztes, die Festlegung zu treffen. Verdachtsdiagnosen sind weiterhin anzugeben, insbesondere bei ausstehenden Befunden, wenn mit einer spezifischen Therapie noch gewartet werden kann, bis der endgültige Befund vorliegt“ (Deutsches Ärzteblatt, 2011, 108 (6): A-271)*

**Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C61 V/G, D40.0 G bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 einschl. der den Verdacht begründenden Symptome wie R30.-, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R39.-, N02.-, N48.4**

- Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen
- Körperliche Untersuchung
- Veranlassung der PSA-Bestimmung
- Transrektale Sonographie

	<p><b>Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf bzw. gesicherten sonstigen urologischen Karzinomen bzw. Tumoren, hier exklusiv Prostatakarzinom</b></p>
	<p><b>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C60.- bis C68.- (exkl. C61), L90.0, D40.- (exkl. D40.0), D41.-, D44.-, D48.- V oder G gemäß Anlage 12 und Anhang 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen</li> <li>▪ Körperliche Untersuchung</li> </ul>
	<p><b>Versorgungsthemenblöcke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc. (BG steht für Beratungsgespräch; BG1a bzw. BG1b, BG2, BG3 sowie BGU)</b></li> <li>▪ <b>Benigne Erkrankungen (BG4 und BG5)</b></li> </ul> <p><b>Grundlage wie eingangs o. g. gemeinsame Entscheidungsfindung und interdisziplinäre biopsychosoziale Versorgung gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand</b></p>
	<p><b>Beratungsgespräch Prostatakarzinom (BG1a bzw. BG1b)</b></p>
	<p><b>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</b></p> <p><b>Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Vertiefte biopsychosoziale Anamnese</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung</li> <li>– Fragebögen zur Harnkontinenz (z. B. ICIQ) und zur erektilen Funktion (z. B. IIEF-5) auch im Verlauf z. B. prä- und postoperativ sowie jährlich</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– schrittweises Informieren durch Aufmalen der Befunde, Fragen klären und auf Wunsch des Patienten Angehörige einbeziehen</li> <li>– Berücksichtigung der Lebensqualität, Lebensziele und Patientenwünsche</li> <li>– ggf. insbesondere auch Aufklärung zur sekundären symptomorientierten Therapie (Abwartendes Verhalten/Watchful Waiting (WW))</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Grundlage wie eingangs o. g. gemeinsame Entscheidungsfindung und interdisziplinäre biopsychosoziale Versorgung gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand</b></p>

- „choosing wisely“ v. a. gemäß www.awmf.org. v. a. auch in der Palliativversorgung
  - Verwendung von Patienteninfomaterialien bzw. -ratgebern bzw. Entscheidungshilfen gemäß aktuellem Wissensstand
  - frühzeitige interdisziplinäre Vernetzung z. B. auch bei psychischen Störungen/Belastungen gemäß Facharztvertrag PNP
  - Förderung der Teilhabe am Leben und Vernetzung vor Ort u. a. durch patientenbezogene Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung)
  - Informationen zur Selbsthilfe, Krebsberatungsstellen und ggf. Rehabilitationssport
  - zu Möglichkeiten der Rehabilitation (falls noch nicht geklärt im Krankenhaus bzw. vom HAUSARZT)
  - zur Palliativversorgung (die multiprofessionell und interdisziplinär die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen in das Zentrum aller Bemühungen setzt, aktuelles Leitlinienprogramm Onkologie ((2015); Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112, (50)); ggf. auch Vernetzung in Abstimmung mit VERAH/HAUSARZT sowie EFA wie z. B. Pflege und Betreuung zu Hause u. a. einschl. ggf. Hospiz gemäß Leitlinie Palliativmedizin
- **Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf**
- zur Aktiven Überwachung (AS) bei „niedrig-Risiko“ d. h. kleiner/gleich Gleason-Score 6,  $\leq$ cT2a, PSA unter 10ng/ml (Deutsches Ärzteblatt 2016, 113, (19)) auch gemäß Anlage 17
  - ggf. zur operativen Entfernung der Prostata, Operation möglichst in zertifiziertem Zentrum
  - zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von körperlicher/sportlicher Aktivität (www.rki.de) speziell auch bei Prostatakarzinom auch zur Verminderung/Vermeidung von Inkontinenzbeschwerden prä- und postoperativ (v. a. Walking, Laufen)
  - interdisziplinäre Versorgung mit dem HAUSARZT v. a. bei Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Adipositas und insbesondere auch zur Palliativversorgung
  - Beachtung sonstiger Medikamenteneinnahme z. B. gegen Bluthochdruck, Diabetes mellitus, psychische Störungen (ggf. auch Nebenwirkung erektile Dysfunktion)

**Beratungsgespräch sonstige Karzinome exklusiv Prostata (BG2)**

**Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2**

**Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen**

- **Vertiefte biopsychosoziale Anamnese**
  - Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung
- **Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B.**
  - Punkte analog wie o. g. unter BG1

▪ **Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf**

- zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe z. B.
  - o Blasenkarzinom: zu Risikofaktoren wie Rauchen, berufliche Exposition, bei langjährigen Katheterträgern usw., bei oberflächlichem Befund engmaschige Kontrollzystoskopien in der Nachsorge, bei Blasenersatz engmaschige biochemische Kontrollen sowie ggf. Kontrollkoloskopien
  - o Nierenzellkarzinom: nicht chemotherapiesensibel, bei lokaler Begrenzung komplette Entfernung elementar, wenn fortgeschritten umfassende palliative Versorgung gemäß Leitlinie Palliativmedizin
  - o Peniskarzinom: auch engmaschige Nachsorge und körperliche Untersuchungen (Lymphknotenmetastasen v. a. in den ersten zwei Jahren, Lokalrezidive auch später)
  - o Hodenkarzinom: insgesamt sehr gute Prognose mit Nachsorge v. a. als körperliche Untersuchung (zudem Ultraschall kontralateraler Hoden und Abdomen, Rö-Thorax und Abdomen u. a.),
  - o zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von Nikotinkarenz

**Beratungsgespräch D-Diagnosen des Urogenitaltraktes (BG3)**

**Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2**

**Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen**

▪ **Vertiefte biopsychosoziale Anamnese**

- ggf. Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf

▪ **Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B.**

- Punkte analog wie o. g. unter BG1

▪ **Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf**

- zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe, z. B. auch u. a. zum Lebensstil wie Nikotinkarenz

**Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG 4)**

**Versorgungsthemen: Inkontinenz, neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, Prostatahyperplasie, chronische Entzündungen der Urogenitalorgane, Fehlbildungen, Urolithiasis (obere Harnwege), Enuresis (Alter 5-17 Jahre)**  
**Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2**

**Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen**

- **Vertiefte biopsychosoziale Anamnese**
  - einschließlich Erörterung zu Fragebögen z. B. zur Miktion
- **Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung bei**
  - **Inkontinenz u. a.**
    - Gewichtsoptimierung, Ernährungsberatung, körperliche/sportliche Aktivitäten, Anpassung Miktions- und Trinkverhalten usw., schriftliches Material auch mit Übungen, ggf. Übungsbehandlung, ggf. Informationen zur Selbsthilfe
    - ggf. medikamentöse Therapie mit Förderung der Adhärenz
    - realistisches Therapieziel formulieren
    - ggf. zu weiteren Maßnahmen evtl. operativ usw.
  - **neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase u. a.**
    - Erläuterung der Diagnostik und Therapie je nach Grunderkrankung/Ursache
  - **Prostatahyperplasie u. a.**
    - Aufklärung über und ggf. Durchführung der Diagnostik und stadiengerechten Therapie
    - nicht-medikamentös: watchful waiting bei IPSS kleiner 7, Änderungen des Lebensstils wie Trinkmenge und Getränkeart
    - medikamentös verschiedene Möglichkeiten, möglichst mit erwiesener Wirksamkeit auch placebokontrolliert
    - ggf. operativ bei wiederholtem Harnverhalt, Infektionen, Steinen usw. wie transurethrale Resektion der Prostata TUR-P u. a.
  - **Chronische Entzündungen der Urogenitalorgane u. a.**
    - Erläuterung der Ursachen, Aufklärung über und ggf. Durchführung von Diagnostik, Therapie und Prophylaxe
    - nicht-medikamentös: low evidence wie Stressreduktion u. a.
    - medikamentös: z. B. Antibiotika, Alphablocker; NSAR ohne Evidenz
  - **Fehlbildungen urogenital je nach Ursache und Aufwand u. a.**
    - individuell-situative Beratung je nach Erkrankung zur Diagnostik und Therapie bei Anomalien des Harntrakts, Beteiligung des Urogenitalsystems
  - **Urolithiasis/Kolik u. a.**
    - nicht-medikamentös: Lebensstil im Vordergrund mit hyperkalorischer Ernährung, Bewegungsmangel, bei Koliken Wär-

	<ul style="list-style-type: none"> <li>meapplikation z. B. heißes Bad, watchful waiting bei asymptomatischen Steinen</li> <li>o ggf. medikamentös</li> <li>o ggf. sonstige invasive Maßnahmen</li> </ul> <p>– <b>Enuresis u. a.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o vor einer möglichen Behandlung umfassende Informationen über die Ursache und die Ausprägung der Enuresis in enger Abstimmung mit den Eltern z. B. zum Trinkverhalten, zu Toilettengängen und zur Motivationsförderung durch die Eltern</li> </ul>
	<p><b>Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG5)</b></p>
	<p><b>Versorgungsthemen: Urolithiasis (untere Harnwege), sexuell übertragbare Krankheiten, Andrologie, Infertilität, Impotenz organischen Ursprungs, Phimose (0-12 Jahre)</b></p> <p><b>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</b></p> <p><b>Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Vertiefte biopsychosoziale Anamnese</b></li> <li>▪ <b>Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung zur Diagnostik und Therapie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Urolithiasis (untere Harnwege) s. o.</b></li> <li>– <b>Sexuell übertragbare Krankheiten u. a.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o die Beratung sollte den Sexualpartner einschließen ebenso wie die Behandlung mit Antibiotika meistens als Partnerdiagnostik und -therapie</li> <li>o Informationen auch über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (<a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a>)</li> </ul> </li> <li>– <b>Andrologie u. a.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o v. a. Fertilitäts-, Erektions- und Sexualstörungen, Störungen der endokrinen Hodenfunktion mit ausführlicher Anamnese</li> <li>o ggf. Hormonanalysen</li> <li>o Beratung zur Vermeidung schädlicher Einflüsse, zum Lebensstil v. a. mit körperlicher Aktivität und Sport, Nikotinstopp, Gewichtsoptimierung, zum Missbrauch von anabol-androgenen Steroiden und zu sog. Lifestyle-Medikamenten</li> <li>o Informationen auch <a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a> und <a href="http://www.gesundheitsinformation.de">www.gesundheitsinformation.de</a></li> </ul> </li> <li>– <b>Infertilität/Sterilität u. a.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o gemäß WHO-Definition, wenn nach mehr als 24 Monaten keine Schwangerschaft trotz ungeschütztem Verkehr eintritt</li> <li>o biopsychosoziale interdisziplinäre Beratung umfassend erforderlich</li> </ul> </li> <li>– <b>Sexuelle Funktionsstörungen u. a.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o chronisches Krankheitsbild von mindestens 6-monatiger Dauer, bei der mindestens 70 % der Kohabitationsversuche</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	<p>erfolglos bleiben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ biopsychosoziales Geschehen wie somatisch bei körperlichen Krankheiten, Medikamenten, Lebensstil v. a. auch Nikotin, Alkohol, Diabetes mellitus, v. a. psychisch bei Stress, Ängsten, sozial bei geschlechertypischem Rollenverhalten, vermeintliche Normen usw.</li> <li>○ Beratung zum Lebensstil, zur Lebensführung usw.</li> </ul> <p>– <b>Phimose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Primäre Vorhautverengungen finden sich bei 50 bis 80 % der Jungen bis zum 3. Lebensjahr. Bei bestehender bedeutender Phimose i. d. R. ab dem 4. Lebensjahr, bei wiederholter Entzündung (Balanoposthitis) oder wiederholten Harnwegsinfekten Beratung zu entsprechenden Therapiemaßnahmen wie konservativ und ggf. teilweise oder vollständige Zirkumzision.</li> </ul>
	<p><b>Beratungsgespräch und gemeinsame Entscheidungsfindung sowie biopsychosoziale Betreuung bei unheilbarer Krebserkrankung BGU (Anlage 17)</b></p>
	<p><b>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hier soll der Zeitrahmen für ein Bewusstsein geschaffen werden, dass ggf. auch ein „Zuviel“ an eingreifender Diagnostik und belastender Therapie von Nachteil und der Verzicht unnötigen Schaden abwenden bzw. schonende Alternativen die bessere Entscheidung sein könnten gemäß choosing wisely, u. a. Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (44), <a href="http://www.awmf.org">www.awmf.org</a></li> <li>▪ Die Versorgungsziele sollen in dieser Lebenssituation gemeinsam vorausschauend bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche sowie die Lebensqualität und die Lebensumstände der Patientin/des Patienten abgestimmt werden z. B. ggf. einschließlich patientenbezogener Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung) (Anlage 17), ggf. Unterstützung durch die helfenden Inhalte im AOK-Pflegenavigator usw.</li> </ul>

### Literaturverzeichnis:

- Bausewein, C., Simon, S., Pralong, A., Radbruch, L., Nauck, F. & Voltz, R. (2015). Palliativmedizinische Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Deutsches Ärzteblatt, 112 (50), 863-870.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Berlin: BMG.
- Ernst, J., Brähler, E. & Weißflog, G. (2014). Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. Das Gesundheitswesen, 76 (04), 187-192.
- Herden, J., Ansmann, L., Ernstmann, N., Schnell, D. & Weißbach, L. (2016). Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms im deutschen Versorgungsalltag. Eine multi-zentrische, prospektive Beobachtungsstudie (HAROW) mit 2957 Patienten. Deutsches Ärzteblatt, 113 (19), 329-336.
- KBV (2011). Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung. Deutsches Ärzteblatt, 108 (06), A271-A274.
- Klemperer, D. (2015). Patientenbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Deutsches Ärzteblatt, 112 (40), 663-664.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2015). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff am: 12.05.2015).
- Richter-Kuhlmann, E. (2015). Choosing wisely: Mut haben, etwas nicht zu tun. Deutsches Ärzteblatt, 112 (44), 1810-1811.
- Rummer, A. & Scheibler, F. (2016). Patientenrechte. Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Deutsches Ärzteblatt, 113 (8), A322-A324.
- Schaffert, R. et al. (2011). Informationsbedürfnisse von Prostatakrebspatienten. Große individuelle Unterschiede nach Diagnose eines lokalisierten Prostatakarzinoms. Der Urologe, 9 (50), 1089-1094.
- Stock, S., Hertle, D. & Veit, C. (2015). Patientenzentrierung und Qualität der Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse eines Telefon-Surveys von Patienten in 11 Ländern. Das Gesundheitswesen, 77 (10), 761-767.