

DGU e.V. | Uerdinger Str. 64 | 40474 Düsseldorf

**Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.**

**VORSTAND**

Telefon Düsseldorf +49(0)211 516096-0

Telefon Berlin+49(0)30 8870833-0

info@dgu.de

23. März 2020

---

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir als Ärztinnen und Ärzte sind durch unsere Einbindung in das Gesundheitswesen in besonderem Maße von den Auswirkungen der Corona-Pandemie betroffen. So sind die Kliniken von der Bundesregierung dazu aufgerufen, alle planbaren Operationen und Eingriffe – soweit medizinisch vertretbar – auf unbestimmte Zeit aufzuschieben. Für die urologischen Praxen ist die aktuelle Situation ebenfalls eine große Herausforderung.

Eine Entscheidung dieser unmittelbaren Tragweite hat es für den Krankenhausbetrieb und die Praxen in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht gegeben. Letztlich gebietet es aber das Patientenwohl, sehr sorgfältig abzuwägen, welche Eingriffe tatsächlich aufschiebbar sind. Das ist eine ärztliche Aufgabe, die uns kein Politiker abnehmen kann. Einerseits ist das zwar eine Einzelfallentscheidung, andererseits gibt es aber auch Erkrankungsverläufe, bei denen typischerweise eine Indikation für eine nicht verschiebbare Operation gegeben ist. Nicht zuletzt auch als Argumentationshilfe gegenüber Krankenhausverwaltungen und Nachbarfächern hat die DGU daher im Folgenden eine Liste von Indikationen zusammengestellt, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer nicht verschiebbaren Operation besteht.

Wir möchten abschließend noch einmal darauf hinweisen, dass letztlich Ihnen als Urologin/Urologe die Entscheidung darüber obliegt, mit welcher Priorisierung eine Diagnostik und eine „notwendige Operation“ bei den einzelnen Patienten indiziert ist.

Dabei ist der individuelle Patient mit seiner Erkrankung und eventuellen Risikofaktoren zu sehen. Das bedeutet, dass auch diagnostische Maßnahmen und Eingriffe bei urologischen Erkrankungen in Betracht kommen können, die nicht auf der nachfolgenden Liste aufgeführt sind und umgekehrt.

Wir hoffen, Ihnen mit unseren Ausführungen eine Orientierungshilfe geben zu können. Unbenommen bleiben andere Ansätze bestehen, wann dringlich operiert werden sollte, etwa die Definition eines Zeitfensters, innerhalb dessen es nach medizinischer Einschätzung zu einer nicht tolerablen Verschlechterung der Erkrankung führen würde.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Maurice Stephan Michel  
Generalsekretär und Sprecher des Vorstandes  
der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Rassweiler  
Präsident 2019/202  
der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Prof. Dr. Björn Volkmer  
AG leitende Krankenhausärzte

Dr. Thomas Speck  
Vorstandsressort Wissenschaft und Praxis  
und AG ambulante Urologie

**VORSTAND**

Telefon Düsseldorf +49(0)211 516096-0

Telefon Berlin+49(0)30 8870833-0

info@dgu.de

23. März 2020

**Priorisierungsliste Urologie**

**Corona-Pandemie mit reduzierten Kapazitäten**

Die Festlegung der tatsächlichen Priorität einer stationären oder ambulanten Urologischen Behandlung kann in der folgenden Darstellung nur schemenhaft erfolgen. Die Zuordnung im Einzelfall muss von einem Facharzt für Urologie durchgeführt werden, da komplizierende Faktoren vorliegen können.

	Stationär	Ambulant
<b>Höchste Priorität Notfälle</b>	<p><b>Urologische Notfälle</b></p> <p>Infizierte Harnstauungsniere Urosepsis (Nieren)abzess Makrohämaturien/Blasentumor Hodentorsionen Revisionen Traumata</p> <p><b>Onkologie</b> Symptomatische Tumore (z.B. blutender Nieren-/Blasentumor)</p>	<p><b>Urologische Notfälle</b></p> <p>Harnverhalt (ggf. stat. bei Erhöhung der Retentionsparameter, symptomatischer Infektion, Makrohämaturie nach Entlastung) Harnstauungsniere Koliken Fieberhafte Harnwegsinfekte Priapismus Infizierte Lymphozele (ggf. stat.)</p> <p><b>Onkologie</b> Tumoranämien AZ-Minderung/Schmerzen bei Tumoren</p>

<p><b>Hohe Priorität Dringliche Behandlung</b></p>	<p><b>Operative Onkologie</b></p> <p>TUR-B bei V.a. high-risk nichtmuskelinvasives Harnblasenkarzinom oder muskelinvasives Harnblasenkarzinom</p> <p>Zystektomie bei fortgeschritt. Harnblasenkarzinom (<math>\geq cT2</math>) (insbes. abhängig von den coronainfektionsbedingten Kapazitäten der Intensivmedizin)</p> <p>Radikal-Op'en bei - Nierentumoren (V.a. Nierenzellkarzinom) <math>\geq cT2</math> (7cm) -high-risk Harnleiter- und Nierenbeckentumoren</p> <p>URS zur Diagnosesicherung bei Tumoren des oberen Harntraktes</p> <p>Radikale Prostatektomie bei high-risk Prostatakarzinom</p> <p>Ing. Orchiektomie/RLA</p> <p>Primär-OP o. Lymphadenektomie bei Peniskarzinom, falls <math>cN \geq 1</math></p> <p><b>Konservative Onkologie</b></p> <p>- Chemotherapien</p>	<p><b>Ambulanz/Sprechstunden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dringliche Diagnostik bei Karzinomverdacht</li> <li>- Dringliche Prozedere-Festlegung bei Karzinomen</li> <li>- Besprechung Staging/Procedere, sofern Therapieumstellung nötig</li> <li>- Wundkontrollen</li> </ul> <p><b>Systemtherapien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- laufende Therapie im Zeitfenster fortsetzen</li> </ul> <p>LHRH-Gabe</p> <p>Rezepte med. Tumorthherapie</p>
--	--	---

<p><b>Moderate Priorität</b> <b>Semidringliche</b> <b>Behandlung</b></p>	<p><b>Operative Onkologie</b></p> <p>TUR-B/Re-TUR-B</p> <p>URS zur Tumorabklärung</p> <p>Frühzystektomien</p> <p>Radikale Prostatektomie bei intermediate Prostatakarzinom</p> <p>Radikal-OP bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nierentumoren (V.a. Nierenzellkarzinom) <math>\geq</math>cT1b (4cm)</li> <li>- low-risk Tumoren des oberen Harntrakts</li> </ul> <p>Ing. Lymphadenektomie bei Peniskarzinom, falls cN0</p> <p><b>Konservative Onkologie</b></p> <p>Erstgabe Systemtherapie prüfen, ob extern oder unter ambulanten klinikinternen Bedingungen möglich</p> <p><b>Nicht-Onkologie:</b></p> <p>DJ-Wechsel, falls im Zeitraum</p> <p>BPH &amp; Steinchirurgie, falls Symptome*</p> <p>*konservativ nicht beherrschbar</p>	<p><b>Ambulanz/Sprechstunden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedere Festlegung bei Karzinomen, sofern nicht dringlich*</li> <li>- Zweitmeinung bei Karzinomen</li> </ul> <p><b>Ambulant/Intervention:</b></p> <p>DJ/MJ/PCN-Wechsel im entsprechenden Intervall</p> <p>DJ-Entfernungen</p> <p>(MRT) Prostatabiopsien (je nach Risikoprofil auch später)</p> <p>*entsprechend der OP Indikationen</p>
<p><b>Geringe Priorität</b> <b>Elektiv</b></p>	<p>Radikal-Op bei Nierentumoren (V.a. Nierenzellkarzinom) &lt; cT1b (&lt;4cm)*</p> <p>Radikale Prostatektomie bei low-risk Prostatakarzinom*</p> <p>BPH &amp; Steinchirurgie, Chirurgie sofern asymptomatisch</p> <p>Pyeloplastiken, Urethrotomien, Harnröhrenplastiken, Geschlechtsangleichende Operationen, TESE, Blasendivertikelresektion, Stomarevision, Rekonstruktions-OP (sofern asympt.)</p> <p><b>*Maximale Wartezeit je nach Alter 3-6 Monate, bei Wartezeit-überschreitung:</b></p> <p><b>-&gt; @ moderate Priorität !</b></p>	<p><b>Ambulanz/Sprechstunden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OP-Besprechung (benigne)</li> <li>- Rezidiv. Harnwegsinfekte</li> <li>- Früherkennung</li> <li>- Kinderwunsch</li> <li>- PSA-Kontrollen</li> </ul> <p><b>Ambulant/Intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urodynamiken</li> <li>- Nachsorge Zystoskopien</li> </ul>