

10 Goldene Regeln für das ProstaWeb

Das ProstaWeb soll helfen den Ärzten wichtige Prostatadaten ihrer vielen Patienten zu organisieren, für statistische Zwecke bereitzustellen und für eventuelle Studien/Veröffentlichungen die Daten auf einer ordentlichen Datenbasis zu präsentieren. Den Patienten wird u.a. durch Zweitmeinungsbildung und Indikationskonferenzen eine bestmögliche Behandlung geboten. Das ProstaWeb ist daher **GOLD**-wert und für uns, die dokumentieren, gilt es einige goldene Regeln zu beachten, sodass viele von diesen wertvollen Daten und deren sauberer Dokumentation profitieren können:

1.) **Aufnahme und Diagnose:** Hier darauf achten dass die STAMMDATEN stimmen und nachdem der Patient aufgenommen wurde bitte mit einem Blick noch einmal extra kontrollieren.

2.) **Ersterhebung des Patienten:** Hier wichtige andere Erkrankungen des Patienten unter „andere“ bei Anamnese einmalig dokumentieren (z.B.: Urothelkarzinom) und auf Lebensqualitätsfragen wie Karnofskyindex (Allgemeinzustand) und IPSS/IPSSL-Scores und PSA-Wert besonders Wert legen. Bei den Untersuchungen die tatsächlich stattgefundenen Untersuchungen anklicken und auf dem nächsten Bogen dazu die genauen Details. Routinemäßig ist es empfehlenswert „Anamnese“ immer anzuklicken um dann auf der nächsten Seite näher darauf einzugehen (es gibt sogar einen „keine“ Anamnese Button)

3.) **Erster Therapiebogen:** Hier wird die Therapie dokumentiert, die beim Zeitpunkt der Aufnahme bei dem Patienten angewandt wird. Dieser Bogen bleibt solange „aktuell“ bis der Arzt die Therapie ändert. Erst dann wird ein neuer Therapiebogen angelegt (kontrolliert sollte er trotzdem ab und zu werden – hier kann sich leicht ein Fehler einschleichen...)

4.) **Folgedokumentation:** Hier sind die prostataspezifischen Daten wie DRU, TRUS Prostata, PSA-Wert, PCA und Biopsie* (Biopsie bekommt sogar eine eigene goldene Regel - da am allerwichtigsten!*) besonders wichtig und sollten nicht vergessen werden, denn jeder einzelne Wert ist sehr wichtig. Auch hier sollte man immer „Anamnese“ anklicken und Sie werden feststellen, dass die „Miktionsprobleme“, die sich dann in die IPSS-Scores und Inkontinenz aufteilen die am Häufigsten benutzten „Klicks“ sein werden. Wichtig: Doppeldokumentationen sollten vermieden werden und sollte aus Versehen ein Wert zweimal dokumentiert werden (auch mit gleichem Datum) sollte man den Bogen löschen lassen, denn für eine statistische Auswertung wäre das nicht gut.

5.) **Therapiebogen:** Entscheidung zwischen den 3 angebotenen Therapien: wait and see, medikamentös und instrumentell. Bei instrumentell kann man u.a. zwischen TUR-P, Laser, Katheter und andere wählen. Auch Katheter werden hier erfasst und zwar das Einlegen und das Entfernen eines Dauerkatheters oder Cystofixkatheters. Bei TUR-P gelingt dann übrigens auch problemlos der Wechsel von Adenom zu

Karzinom. Diesen Diagnosewechsel erreicht man auch folgendermaßen:

6.) **Vom Prostatitis-Patienten zum Adenompatienten:** unter den STAMMDATEN

7.) **Vom Adenom zum Karzinompatienten:** entweder im Therapiebogen mit TUR-P oder im Kontrollbogen unter BIOPSIE

8.) **BIOPSIE:** Hier wird nachgefragt wieviel Biopsien genommen wurden (10-12), welches Narkosemittel (Bsp. Dormicum) und welche antibiotische Vortherapie (z. B. Gyrasehemmer) stattgefunden hat. Danach kommt der Histologiebericht ins Spiel, indem (bei positivem Befund) die Anzahl positiver Stanzbiopsien, der Tumorgrad und der Gleason-Score angegeben wird. Bevor das routinemäßig dokumentiert wird sollte ein Gespräch mit dem Arzt stattfinden, der Ihnen das Standardprocedere erklärt, sodass man hier ruhigen Gewissens dokumentieren kann. Denn diese Daten sind bei einem neu diagnostizierten Prostatakarzinom von großer Bedeutung. Wichtig: Wird eine Biopsie durchgeführt braucht der Arzt einen PSA-Wert, daher: PSA-Wert unbedingt dokumentieren (auch rückwirkend nachdokumentieren falls er fehlen sollte). Nach der Prostataleitlinie S3 gehört zur Biopsie neben dem PSA-Wert, der DRU Untersuchung auch der TRUS-Wert (Volumen der Prostata in ml). Bitte sicherstellen, dass all diese Werte dokumentiert sind.

9.) Beim Abschluß eines Kontrollbogens wird nachgefragt ob die Therapie durch die Kontrolluntersuchung geändert werden soll. Hier besteht auch die Gelegenheit zu überprüfen ob die Therapie, die im letzten Therapiebogen dokumentiert wurde, überhaupt noch stimmt. Von Zeit zu Zeit sollte man sich die Mühe machen dies zu überprüfen (Chronik: siehe unten unter 10.) und ggf zu ändern (Ich spreche da aus Erfahrung!).

10.) Wenn möglich die Bögen immer abschließen, sonst kann man nicht weiterdokumentieren. Der letzte, noch nicht abgeschlossene Bogen, kann auch gelöscht werden.

Auf der linken Seite des Programms (bei den PSA-Diagrammen und den Indikationskonferenzen) kann man „Chronik“ anklicken. Dort sieht man auf einen Blick welche Untersuchungen bei dem Patienten stattgefunden haben (blau unterlegt) und welche Therapie er erhält (ohne Farbe).