

Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht

Validierter Fragebogen 2.2: Information und Beratung zur Bestrahlung

Impressum

Titel	Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht. Validierter Fragebogen 2.2: Information und Beratung zur Bestrahlung
Zuständigkeit	Fachbereich Befragung
Abgabe	25. Juli 2025
Ergänzung des Nutzungshinweises	17. August 2026

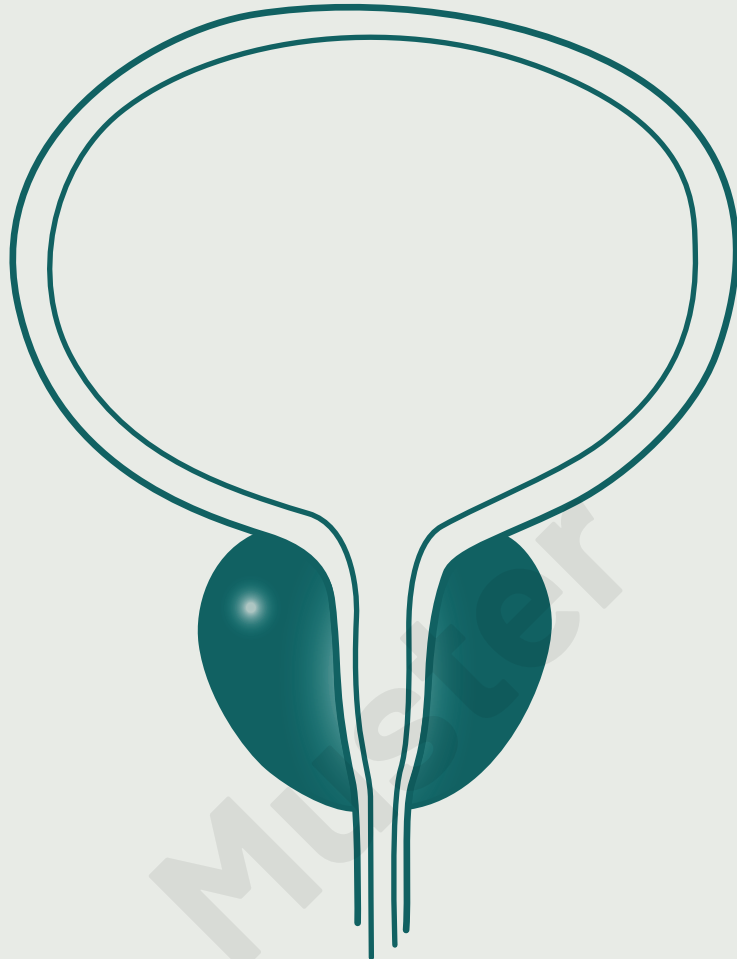
Auftrag

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Auftragstitel	Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht
Auftragsdatum	25. Januar 2023

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Der Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt. Eine Nutzung ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des G-BA gestattet. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.



Befragung

von Patienten zur
Bestrahlung der Prostata

Wie wird's gemacht?

Am besten nutzen Sie einen **blauen oder schwarzen Kugelschreiber**, um den Fragebogen zu beantworten.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden**. Bitte kreuzen Sie das Kästchen zu der Antwort an, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ☒

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Wenn Sie sich bei einer Frage nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Wenn Sie Ihre **Antwort ändern** möchten, malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ☐

Nein ☒

Weiß nicht mehr ☐

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - XXX

E-Mail: XXX@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Sie hatten lokal begrenzten Prostatakrebs. Zur Behandlung wurde bei Ihnen eine Bestrahlung der Prostata durchgeführt. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Gespräche, die Sie zur Bestrahlung der Prostata geführt haben. **Bitte denken Sie bei der Beantwortung an die Gespräche in der Einrichtung (Praxis oder Krankenhaus), in der Sie bestrahlt wurden und die im Anschreiben genannt ist.**

Informationen zur Bestrahlung der Prostata

1)	Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie <u>vor der Bestrahlung</u> mit Ihnen besprochen, wie die Bestrahlung der Prostata ablaufen wird (z. B. Art der Durchführung, Dauer und Häufigkeit)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	Weiß nicht mehr ☐
2)	Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie <u>vor der Bestrahlung</u> mit Ihnen besprochen, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie nach einer Bestrahlung der Prostata keinen Krebs mehr haben?
	Ja ☐
	Nein ☐
	Weiß nicht mehr ☐
3)	Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie <u>vor der Bestrahlung</u> mit Ihnen besprochen, welche kurzfristigen Nebenwirkungen bei einer Bestrahlung der Prostata auftreten können (z. B. Blasen- und Darmprobleme, Müdigkeit, Hautirritationen, Infektionen)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	Weiß nicht mehr ☐

4) Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie vor der Bestrahlung mit Ihnen über folgende langfristige Nebenwirkungen gesprochen, die nach einer Bestrahlung der Prostata auftreten können?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
Unkontrollierter Urinverlust (Inkontinenz)	☐	☐	☐
Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Wasserlassen	☐	☐	☐
Darmprobleme (z. B. Schmerzen, Durchfall, blutiger Stuhl)	☐	☐	☐
Erektionsstörungen (Impotenz)	☐	☐	☐
Ausbleibender Samenerguss beim Orgasmus	☐	☐	☐

5) Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie mit Ihnen besprochen, wie wahrscheinlich es ist, dass diese Nebenwirkungen auftreten?

Ja, für alle Nebenwirkungen ☐

Ja, für die meisten Nebenwirkungen ☐

Ja, für einzelne Nebenwirkungen ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

6) Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie mit Ihnen besprochen, wie lange diese Nebenwirkungen bestehen können?

Ja, für alle Nebenwirkungen ☐

Ja, für die meisten Nebenwirkungen ☐

Ja, für einzelne Nebenwirkungen ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

7)	Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie mit Ihnen besprochen, dass Sie nach der Bestrahlung der Prostata möglicherweise keine Kinder mehr zeugen können? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, das war für mich nicht notwendig ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐
----	--

8)	Hat jemand von der Strahlentherapie mit Ihnen besprochen, dass bei einer Krebserkrankung psychische Belastungen auftreten können (z. B. Sorgen wegen der Erkrankung, der Behandlung oder Nebenwirkungen)? Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐
----	---

Informationen zu den Behandlungsalternativen

- 9) Wussten Sie vor der Bestrahlung, dass es anstelle einer Bestrahlung der Prostata grundsätzlich auch folgende Behandlungsmöglichkeiten gibt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
Aktive Überwachung (Active Surveillance): Das heißt Abwarten mit regelmäßigen Kontroll- untersuchungen. Wenn der Krebs wächst, wird er rechtzeitig behandelt.	☐	☐	☐
Operation zur Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie)	☐	☐	☐

- 10) Wussten Sie vor der Bestrahlung, welche Vor- und Nachteile die Bestrahlung im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten hat (z. B. Aktive Überwachung, Operation zur Entfernung der Prostata)?

- Ja, die Vor- und Nachteile ☐
- Ja, aber nur die Vorteile ☐
- Ja, aber nur die Nachteile ☐
- Nein ☐
- Weiß nicht mehr ☐

Informationen zur Nachsorge sowie zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten

In den folgenden Fragen geht es um die Informationen, die Sie zur Nachsorge sowie zu weiteren Unterstützungs- und Beratungsangeboten erhalten haben. **Bitte denken Sie dafür weiterhin an die Einrichtung (Praxis oder Krankenhaus), die im Anschreiben genannt ist.**

11)	Hat eine Ärztin oder ein Arzt von der Strahlentherapie mit Ihnen darüber gesprochen, wie es nach der Bestrahlung weitergeht (z. B. welche Nachuntersuchungen durchgeführt werden)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

12)	Hat jemand von der Strahlentherapie mit Ihnen über die Möglichkeit einer Rehabilitation (Reha) gesprochen?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

13)	Hat jemand von der Strahlentherapie mit Ihnen besprochen, wohin Sie sich wenden können, wenn Sie wegen Sorgen oder Ängsten Unterstützung benötigen (z. B. Psychoonkologinnen und -onkologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	Weiß nicht mehr ☐

14)	Hat jemand von der Strahlentherapie mit Ihnen besprochen, wohin Sie sich bei sozialrechtlichen Fragen wenden können (z. B. zum Beantragen eines Schwerbehindertenausweises, zur beruflichen Wiedereingliederung, zu finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	Weiß nicht mehr ☐

15)	Hat jemand von der Strahlentherapie mit Ihnen besprochen, welche weiteren Unterstützungsangebote es gibt (z. B. Selbsthilfegruppen)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	Weiß nicht mehr ☐

Gestaltung der Gespräche

Im Folgenden möchten wir wissen, wie Sie die Gespräche zur Bestrahlung der Prostata erlebt haben. **Bitte denken Sie dafür weiterhin an die Einrichtung (Praxis oder Krankenhaus), die im Anschreiben genannt ist.**

16)	Haben Sie die Informationen verstanden, die Sie in den Gesprächen mit der Ärztin oder dem Arzt von der Strahlentherapie erhalten haben?
	Immer ☐
	Meistens ☐
	Selten ☐
	Nie ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

17)	Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt von der Strahlentherapie, um über alles zu sprechen, was Ihnen bezogen auf Ihre Behandlung wichtig war (z. B. auch intime oder schwierige Themen)?
	Immer ☐
	Meistens ☐
	Selten ☐
	Nie ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

18)	Hatten Sie die Zeit, in den Gesprächen über alles zu sprechen, was Ihnen bezogen auf Ihre Behandlung wichtig war? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐
19)	Hat die Ärztin oder der Arzt von der Strahlentherapie Sie ernst genommen? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐
20)	Hat die Ärztin oder der Arzt von der Strahlentherapie Ihnen aufmerksam zugehört? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐

21)	Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in die Gespräche mit der Ärztin oder dem Arzt von der Strahlentherapie einzubeziehen? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, das war für mich nicht notwendig ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐
22)	Konnten Sie eine Ärztin oder einen Arzt von der Strahlentherapie erreichen, wenn Sie ein Anliegen hatten (z. B. eine Frage zur Behandlung)? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Nein, das war für mich nicht notwendig ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

23) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr:

--	--	--	--

24) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 26**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

25) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut ☐

Eher gut ☐

Eher schlecht ☐

Sehr schlecht ☐

26) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐
- Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss ☐
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss ☐
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss ☐
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife ☐
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
(Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- Einen anderen Schulabschluss ☐

27) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schüler oder Student ☐
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ... ☐
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) ☐
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐
- Arbeitslos ☐
- Altersrente ☐
- Erwerbsminderungsrente/Erwerbsunfähigkeitsrente ☐
- Hausmann ☐
- Ausbildung, Umschulung ☐
- Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
- Sonstiges ☐

28)	Wer hat den Fragebogen beantwortet?
	Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patient) ☐
	Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) ☐
	Patient und Vertrauensperson zusammen ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster