

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

Validierter Fragebogen 3.2: Behandlungsergebnisse nach Bestrahlung

Impressum

Titel	Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht. Validierter Fragebogen 3.2: Behandlungsergebnisse nach Bestrahlung
Zuständigkeit	Fachbereich Befragung
Abgabe	25. Juli 2025
Ergänzung des Nutzungshinweises	17. August 2026

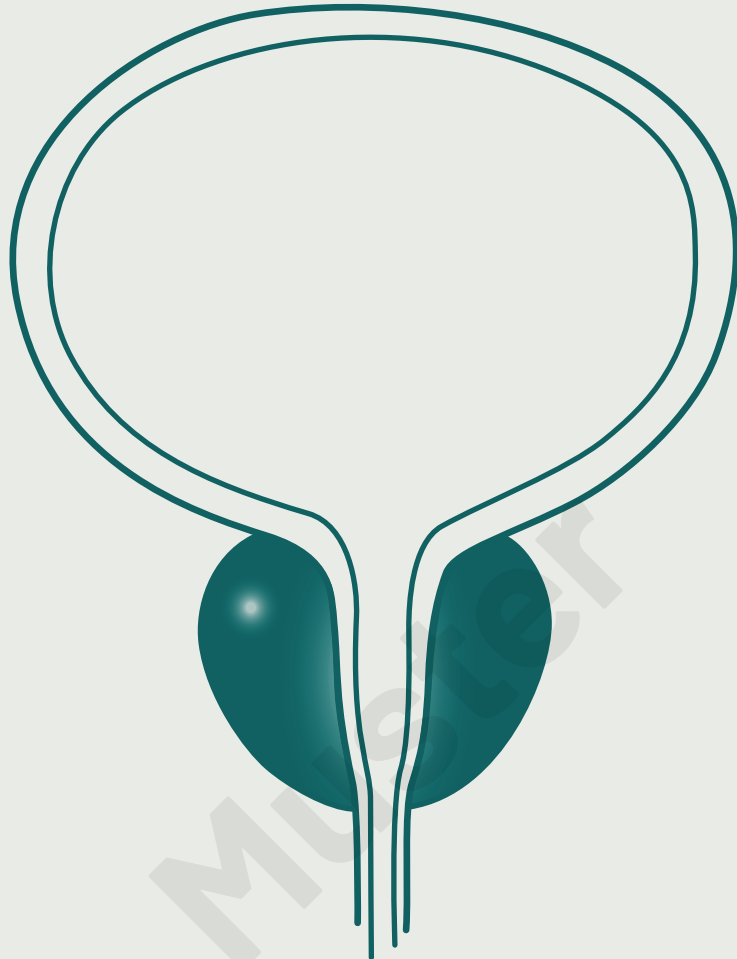
Auftrag

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 1 Jahr nach
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!

Vor etwa einem Jahr wurde bei Ihnen aufgrund von lokal begrenztem Prostatakrebs eine Bestrahlung der Prostata durchgeführt. Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beschwerden und Nebenwirkungen der Behandlung. Mit Ihren Antworten helfen Sie uns, die Qualität der Behandlung zu verbessern. Ihre Antworten werden **anonym** ausgewertet. Das heißt, niemand erfährt, wie Sie persönlich geantwortet haben.

Beschwerden vor der Bestrahlung der Prostata

In den folgenden Fragen geht es um mögliche Beschwerden, die Sie vor der Bestrahlung der Prostata hatten.

1)	Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, wie Ihre Kontrolle über die Harnentleerung <u>vor der Bestrahlung der Prostata</u> war?
	Keinerlei Kontrolle über die Harnentleerung ☐
	Häufiges Tröpfeln ☐
	Gelegentliches Tröpfeln ☐
	Vollständige Kontrolle ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

2)	Hatten Sie <u>vor der Bestrahlung der Prostata</u> Beschwerden beim Wasserlassen (z. B. Schmerzen, Brennen, schwacher Harnstrahl, unvollständige Blasenentleerung, häufiger Harndrang, Blut im Urin)?
	Immer ☐
	Häufig ☐
	Gelegentlich ☐
	Nie ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

3)	Hatten Sie <u>vor der Bestrahlung der Prostata</u> Beschwerden beim Stuhlgang (z. B. häufiger Stuhldrang, vermehrter Stuhlgang, Verlust der Stuhlkontrolle, blutiger Stuhl, Schmerzen)? Immer ☐ Häufig ☐ Gelegentlich ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐
4)	Hatten Sie <u>vor der Bestrahlung der Prostata</u> Einschränkungen in Ihrer sexuellen Funktionsfähigkeit (z. B. Erektionsprobleme; Probleme einen Orgasmus (Höhepunkt) zu erreichen)? Immer ☐ Häufig ☐ Gelegentlich ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Aktuelle Beschwerden

In den folgenden Fragen geht es um mögliche Beschwerden, die Sie aktuell haben. Bitte denken Sie beim Beantworten der Fragen an die letzten 4 Wochen.

5) Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Urin verloren?

Öfter als einmal am Tag ☐

Etwa einmal am Tag ☐

Öfter als einmal in der Woche ☐

Etwa einmal in der Woche ☐

Selten oder nie ☐

6) Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, wie Ihre Kontrolle über die Harnentleerung in den letzten 4 Wochen war?

Keinerlei Kontrolle über die Harnentleerung ☐

Häufiges Tröpfeln ☐

Gelegentliches Tröpfeln ☐

Vollständige Kontrolle ☐

7) Wie viele Einlagen oder Inkontinenzvorlagen haben Sie normalerweise in den letzten 4 Wochen am Tag gebraucht, um den Urinverlust unter Kontrolle zu haben?

Keine ☐

Eine Einlage am Tag ☐

Zwei Einlagen am Tag ☐

Drei oder mehr Einlagen am Tag ☐

8) Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
Tröpfeln oder Urinverlust	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Blut im Urin	☐	☐	☐	☐	☐
Schwacher Harnstrahl oder unvollständige Blasen- entleerung	☐	☐	☐	☐	☐
Häufiger Harndrang tagsüber ..	☐	☐	☐	☐	☐

9) Alles in allem, wie sehr haben Ihnen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Wasserlassen in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?

Kein Problem	☐
Sehr kleines Problem	☐
Kleines Problem	☐
Mäßiges Problem	☐
Großes Problem	☐

10) Wie sehr hat Ihnen Folgendes in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Kein Problem	Sehr kleines Problem	Kleines Problem	Mäßiges Problem	Großes Problem
Stuhldrang	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrter Stuhlgang	☐	☐	☐	☐	☐
Verlust der Stuhlkontrolle	☐	☐	☐	☐	☐
Blutiger Stuhl	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzen im Bauch / im Becken / im Rektum	☐	☐	☐	☐	☐

11) Alles in allem, wie sehr hat Ihnen Ihr Stuhlgang in den letzten 4 Wochen Probleme bereitet?

Kein Problem	☐
Sehr kleines Problem	☐
Kleines Problem	☐
Mäßiges Problem	☐
Großes Problem	☐

12)	Wie würden Sie Folgendes, bezogen auf die letzten 4 Wochen, einschätzen?					
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!						
		Sehr schlecht bis nicht vorhanden	Schlecht	Einiger- maßen	Gut	Sehr gut
	Ihre Fähigkeit, eine Erektion zu haben	☐	☐	☐	☐	☐
	Ihre Fähigkeit, zum Orgasmus (Höhepunkt) zu kommen	☐	☐	☐	☐	☐

13)	Wie würden Sie die übliche Qualität Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben?	
	Hatte keine Erektion	☐
	Nicht fest genug für irgendeine Form der sexuellen Aktivität	☐
	Nur fest genug für Masturbation und Vorspiel	☐
	Fest genug für Geschlechtsverkehr	☐

14)	Wie würden Sie die übliche Häufigkeit Ihrer Erektionen in den letzten 4 Wochen beschreiben?	
	Ich hatte nie eine Erektion, wenn ich eine wollte	☐
	Ich hatte weniger als halb so oft eine Erektion, wie ich haben wollte	☐
	Ich hatte etwa halb so oft eine Erektion, wie ich haben wollte	☐
	Ich hatte mehr als halb so oft eine Erektion, wie ich haben wollte	☐
	Ich hatte eine Erektion, wann immer ich sie haben wollte	☐

15)	Alles in allem, wie würden Sie Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit <u>in den letzten 4 Wochen</u> einschätzen?	
	Sehr schlecht	☐
	Schlecht	☐
	Einigermaßen	☐
	Gut	☐
	Sehr gut	☐

16)	Alles in allem, wie sehr hat Ihnen Ihre sexuelle Funktionsfähigkeit oder deren Fehlen <u>in den letzten 4 Wochen</u> Probleme bereitet?	
	Kein Problem	☐
	Sehr kleines Problem	☐
	Kleines Problem	☐
	Mäßiges Problem	☐
	Großes Problem	☐

Weitere Behandlung während oder nach Bestrahlung der Prostata

17)	Haben Sie zusätzlich zur Bestrahlung der Prostata eine Hormontherapie erhalten?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht</i>	☐

18)	Waren Sie im Anschluss an die Bestrahlung der Prostata in Rehabilitation (Reha)?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht</i>	☐

Weitere Erkrankungen

19) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Mehrfachantworten möglich!

- | | |
|--|--------------------------|
| Herzerkrankungen (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzversagen) | ☐ |
| Bluthochdruck | ☐ |
| Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK/Schlaufensterkrankung),
Durchblutungsstörungen in den Beinen | ☐ |
| Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis,
COPD, Lungenemphysem) | ☐ |
| Diabetes | ☐ |
| Nierenerkrankungen, Niereninsuffizienz | ☐ |
| Lebererkrankungen | ☐ |
| Schlaganfall | ☐ |
| Nervenerkrankungen (z. B. Parkinson, Multiple Sklerose) | ☐ |
| Depression | ☐ |
| Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z. B. Arthritis/Rheuma) ... | ☐ |
| Weitere Krebserkrankungen (innerhalb der letzten 5 Jahre) | ☐ |

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

20) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr:

21) Wie groß sind Sie?

Zentimeter

22) Wie viel wiegen Sie?

Bitte geben Sie Ihr Gewicht in Kilogramm ohne Kommastelle an.

Kilogramm

23) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 24**

24) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut ☐

Eher gut ☐

Eher schlecht ☐

Sehr schlecht ☐

25) 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 ☐

26) 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 ☐

27)	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

Muster

Quellennachweis

Die Fragen 5 bis 16 sind dem Expanded Prostate Cancer Index Composite 26 Items (EPIC-26) entnommen:

Szymanski, KM; Wei, JT; Dunn, RL; Sanda, MG (2010): Development and Validation of an Abbreviated Version of the Expanded Prostate Cancer Index Composite Instrument for Measuring Health-related Quality of Life Among Prostate Cancer Survivors. *Urology* 76(5): 1245-1250. DOI: 10.1016/j.urology.2010.01.027.

Sibert, NT; Dieng, S; Oesterle, A; Feick, G; Carl, G; Steiner, T; et al. (2021): Psychometric validation of the German version of the EPIC-26 questionnaire for patients with localized and locally advanced prostate cancer. *World Journal of Urology* 39: 11-25. DOI: 10.1007/s00345-019-02949-7.

Muster