

1. In welcher Einrichtung sind Sie tätig?
 - a. Einzel- oder Gemeinschaftspraxis
 - b. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
 - c. Nicht-universitäre Klinik
 - d. Universitätsklinik

2. In welcher Position sind Sie tätig?
 - a. Arzt*Ärztin in Weiterbildung
 - b. Angestellter*e Facharzt*ärztin
 - c. Inhaber*in
 - d. Medizinisch-technische*r Radiologieassistent*in
 - e. Medizinphysik-Experte*in
 - f. Anderes:

3. In welcher Position sind Sie tätig?
 - a. Assistenzarzt*ärztin
 - b. Facharzt*ärztin
 - c. Oberarzt*ärztin
 - d. Chefarzt*ärztin
 - e. Medizinisch-technische*r Radiologieassistent*in
 - f. Medizinphysik-Experte*in
 - g. Anderes:

4. Welche Techniken stehen Ihnen zur Verfügung? (Mehrfachauswahl möglich)
 - a. 3D-RT
 - b. IMRT/VMAT
 - c. Helikale IMRT
 - d. IGRT
 - e. Stereotaxie
 - f. Protonen/Schwerionen
 - g. Brachytherapie
 - h. Andere:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Planung der Radiotherapie eines Prostatakarzinoms mit Hilfe der PET-Bildgebung.

17. Steht Ihnen in Ihrer Einrichtung eine PET-Bildgebung zur Verfügung?
 - a. Ja, eine PET-Bildgebung steht direkt in der Klinik/Einrichtung zur Verfügung
 - b. Ja, eine PET-Bildgebung steht über einen externe Kooperationspartner zur Verfügung
 - c. Nein

18. Verwenden Sie die PET-Bildgebung zur Therapieplanung?
 - a. Ja
 - b. Nein

19. Welche Tracer werden für die PET-Bildgebung bei Patienten mit Prostatakarzinom verwendet? (Mehrfachauswahl möglich)
 - a. Cholin Tracer

- b. PSMA Tracer
 - c. Sonstige:
20. Welche Bildmodalitäten für die PET-Bildgebung werden verwendet? (Mehrfachauswahl möglich)
- a. CT
 - b. MRT
21. Bestehen Probleme bei der Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse für eine PET-Bildgebung?
- a. Ja
 - b. Nein
22. In welchen Situationen verwenden Sie die PET-Bildgebung zur Therapieplanung? (Mehrfachauswahl)
- a. Definitive Radiotherapie des Prostatakarzinom
 - b. Adjuvante Radiotherapie des Prostatakarzinom
 - c. Salvage-Radiotherapie des Prostatakarzinoms
 - d. Radiotherapie des oligometastasierten Prostatakarzinom
 - e. Andere:
23. Wird im Falle eines PET-positiven Lokalrezidivs, dieses mit einem Boost bei einer perkutanen Salvage-Radiotherapie behandelt?
- a. Ja, mit einem simultan-integrierten Boost (SIB)
 - b. Ja, mit einem sequentiellen Boost
 - c. Nein
 - d. Andere
24. Mit welcher Gesamtdosis wird das Lokalrezidiv im Boost in Ihrer Einrichtung überwiegend behandelt?
- a. Gesamtdosis
 - b. Einzeldosis
25. Wird im Falle von PET-positiven pelvine Lymphknoten, diese mit einem Boost bei einer definitiven oder postoperativen Radiotherapie behandelt?
- a. Ja, mit einem simultan-integrierten Boost (SIB)
 - b. Ja, mit einem sequentiellen Boost
 - c. Nein
 - d. Andere
26. Mit welcher Gesamtdosis werden PET-positive pelvine Lymphknoten im Boost in Ihrer Einrichtung überwiegend behandelt?
- a. Gesamtdosis
 - b. Einzeldosis
27. Wie erfolgt die Behandlung, wenn sich vor einer Salvage-Radiotherapie in der Bildgebung nur pelvine Lymphknotenmetastasen ohne eine Lokalrezidiv in der Prostataloge zeigen?
- a. Radiotherapie der einzelnen pelvinen Lymphknotenmetastase
 - b. Radiotherapie des elektiven pelvinen Lymphabflussweges inklusive der einzelnen pelvinen Lymphknotenmetastasen
 - c. Radiotherapie der Prostataloge und der einzelnen pelvinen Lymphabflusswege
 - d. Radiotherapie der Prostataloge und des elektiven pelvinen Lymphabflussweges inklusive der einzelnen pelvinen Lymphknotenmetastasen

28. Hat eine negative PET-Bildgebung Auswirkung auf die Indikation zur zusätzlichen Hormontherapie bei der Salvage-Radiotherapie?
- Ja, bei negativem PET würde ich auf eine zusätzliche Hormontherapie verzichten.
 - Nein, bei negativem PET würde ich trotzdem eine zusätzliche Hormontherapie in Erwägung ziehen.
 - Ich empfehle keine Hormontherapie in der Salvage-Situation.
29. Würden Sie bei einer negativen PET-Bildgebung aber steigenden PSA-Wert eine perkutane Salvage-Radiotherapie durchführen?
- Ja, eine negative PET-Bildgebung sollte eine Salvage-Radiotherapie nicht verzögern.
 - Ein Abwarten des nächsten PSA-Werts und eine neue PET-Bildgebung sind gerechtfertigt.
30. Bei welchem PSA-Wert würden Sie eine PET-Bildgebung bei der perkutanen Salvage-Radiotherapie zur Therapieplanung durchführen lassen?
- Unabhängig vom PSA-Wert
 - Ab 0,2 ng/ml
 - Ab 0,5 ng/ml
 - Ab 1,0 ng/ml
 - Ab 2,0 ng/ml

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Therapie des oligometastasierten/oligorezidierten Prostatakarzinom

31. Welche Anzahl von Fernmetastasen würden Sie als oligometastasiertes/oligorezidiertes Prostatakarzinom bezeichnen und deswegen die Fernmetastasen lokal ablativ in individueller kurativer Intention behandeln?
- Bei Fernmetastasierung erfolgt in meiner Einrichtung keine lokal ablativ Behandlung in individueller kurativer Intention
 - ≤ 1
 - ≤ 2
 - ≤ 3
 - ≤ 4
 - ≤ 5
 - Low Volume nach CHAARTED¹
 - Low Risk nach LATITUDE²
 - Andere:

¹<4 Knochenmetastasen beschränkt auf Wirbelkörper/Becken und keine viszerale Metastasen

²mindestens 2 Kriterien: <3 Knochenmetastasen, Gleason Score <8, keine viszerale Metastasen

32. Sollten Patienten in der oligometastasierten/oligorezidierten Situation eine zusätzliche Hormontherapie zur Radiotherapie erhalten?
- Ja
 - Nein
33. Wie behandeln Sie überwiegend Knochenmetastasen in der oligometastasierten/oligorezidierten Situation lokal ablativ?

- a. Normofraktionierte Konzepte
- b. Körperstereotaxie (SBRT)
- c. Knochenmetastasen werden in der oligometastasierten/oligorezidierten Situation in meiner Einrichtung nicht lokal ablativ behandelt.

34. Welche Dosis wird bei einer SBRT einer Knochenmetastase verschrieben?

- a. Gesamtdosis
- b. Einzeldosis

35. Wird in Ihrer Einrichtung eine Re-Bestrahlung des Beckens bei Lokalrezidiv oder positiven Lymphknoten angeboten? (Mehrfachauswahl möglich)

- a. Ja, bei Zustand nach postoperativer Radiotherapie
- b. Ja, bei Zustand nach definitiver Radiotherapie
- c. Nein