

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Ergänzung der Spezifikation für die Erfassungsjahre 2022 und 2023 um die Fragebögen zur Patientenbefragung im Verfahren QS PCI gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 20. Juli 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G- BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juli 2023 auf der Grundlage von Teil 2 Verfahren 1 (QS PCI) § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beschlossen, die Spezifikationen für das Erfassungsjahr 2022 und das Erfassungsjahr 2023 um die Fragebögen zur Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens PCI nach DeQS-RL gemäß **Anlage** zu ergänzen.

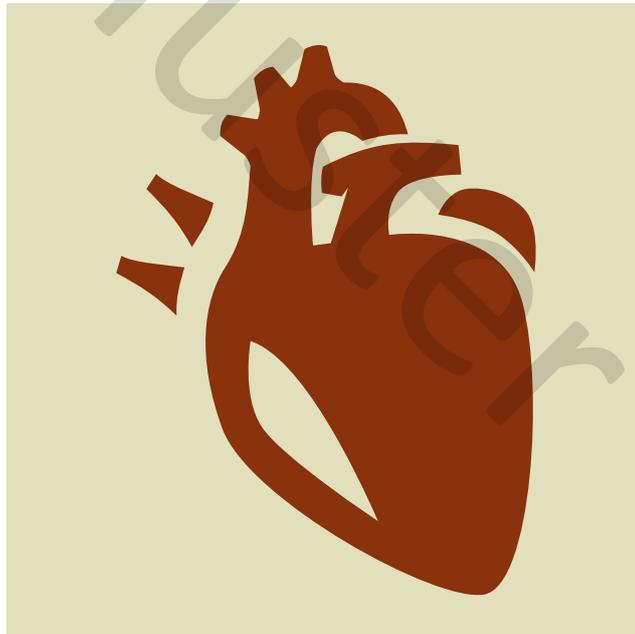
Die Fragebögen zur Patientenbefragung im Verfahren QS PCI sind von dem Institut nach § 137a SGB V auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Fragebogen für Patientinnen und Patienten
mit Herzkatheteruntersuchung,
Stenteinlage bzw.
Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen**



Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so 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

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

				<i>Weiß nicht</i>
Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: +49 30 58 58 26 570

E-Mail: patientenbefragung-pci@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Ihnen wurde ein Stent am Herzen eingelegt bzw. eine Aufdehnung der Herzgefäße mit einem Ballon vorgenommen (Ballonerweiterung). Im Folgenden wird dies als *Eingriff* bezeichnet.

Möglicherweise wurde bei Ihnen auch nur eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt. Im Folgenden wird diese als *Untersuchung* bezeichnet.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich immer auf die Untersuchung bzw. den Eingriff, der im Anschreiben genannt ist.

- 1) Haben Sie für die Untersuchung bzw. den Eingriff im Krankenhaus übernachtet? Denken Sie bitte an die Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Nein, habe ich nicht

Ja, eine Nacht

Ja, zwei bis fünf Nächte

Ja, sechs Nächte oder mehr

Weiß nicht mehr

- 2) Es geht weiterhin um die Untersuchung bzw. den Eingriff, der im Anschreiben genannt wurde.

Waren Sie vor dieser Untersuchung bzw. diesem Eingriff schon einmal in einem Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 3**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 4**

Bitte beantworten Sie Frage 3 nur, wenn Sie Frage 2 mit „Ja“ beantwortet haben.

- 3) Wie häufig waren Sie vor dieser Untersuchung bzw. diesem Eingriff bereits im Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ich war vorher bereits Mal im Herzkatheterlabor
Anzahl

Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal vor, während und nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff.

Beziehen Sie sich bei Ihren Antworten bitte nur auf das Pflege- und Assistenzpersonal der Einrichtung, die die Untersuchung bzw. den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

- 4) Wenn Sie an das Pflege- und Assistenzpersonal denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
Wenn ich ein Anliegen hatte, konnte ich jemanden vom Pflege- und Assistenzpersonal erreichen.	<input type="checkbox"/>				
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>				
Meine Intimsphäre wurde gewahrt (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege oder der Verbandskontrolle).	<input type="checkbox"/>				

- 5) Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege, zum Bereitstellen von Getränken).

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	<input type="checkbox"/>				

- 6) Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut Deutsch gesprochen hat.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

- 7) Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereinstimmen?

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten

Nun geht es um die Ärztinnen und Ärzte der Einrichtung, die die Untersuchung bzw. den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

Gemeint sind alle Ärztinnen und Ärzte, mit denen Sie dort wegen der Untersuchung bzw. des Eingriffs Kontakt hatten.

- 8) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>				

9) Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

10) Ich hatte Gelegenheit, eine Ärztin bzw. einen Arzt zu sprechen, wenn ich Fragen hatte.

Immer	<input type="checkbox"/>
Meistens	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>
Habe ich nicht gebraucht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

11) Wenn ich Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten mitnehmen wollte, wurde mir dies ermöglicht.

Immer	<input type="checkbox"/>
Meistens	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>
Wollte ich nicht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

12) In meinem Beisein haben Ärztinnen bzw. Ärzte über mich gesprochen, als ob ich nicht da wäre (z. B. bei der Visite).

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

13) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
Ärztinnen bzw. Ärzte haben in Gesprächen mit mir Fachwörter verwendet, die ich nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>				
Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut Deutsch gesprochen haben.	<input type="checkbox"/>				

Schmerzen nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff

Direkt nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff schließt sich die Phase der Nachbeobachtung an, in der z. B. bestimmte Kontrollen am Verband durchgeführt wurden oder Sie ruhen mussten. Um diese Zeit geht es nun.

14) Wurden Sie wiederholt vom Pflege- oder Assistenzpersonal gefragt, ob Sie Schmerzen haben (z. B. Rücken-, Gliederschmerzen oder Schmerzen durch den Druckverband)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

15) Haben Sie Schmerzmittel erhalten (z. B. gegen Rücken- und Gliederschmerzen oder bei Schmerzen durch den Druckverband)?

Ja

Nein, ich hätte aber welche gebraucht.

Nein, habe ich nicht gebraucht.

Weiß nicht mehr

Informationen nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff

Nun geht es um die Informationen, die Sie nach Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff erhalten haben.

Gemeint ist weiterhin die Untersuchung bzw. der Eingriff, der im Anschreiben genannt ist. Bitte beziehen Sie sich auch hier nur auf die Einrichtung, die die Untersuchung bzw. den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

16)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, bei welchen Beschwerden ich sofort medizinische Hilfe brauche (z. B. Nachblutungen, erneute Herzbeschwerden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Herzerkrankung durch meinen Lebensstil beeinflussen kann (z. B. durch körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Reduktion bzw. Halten des Körpergewichts, Rauchentwöhnung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Mir wurden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport gegeben, die zu mir passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, an wen ich mich wenden kann, wenn ich mich niedergeschlagen oder traurig fühle oder mich heftige Ängste plagen (z. B. an eine Ärztin oder einen Arzt, Selbsthilfegruppen oder eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff verhalten sollen (z. B. Hinweise zum Tragen von Lasten, Baden, Saunabesuche)?

Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

Nein, ich erhielt keine Information. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

Bitte beantworten Sie Frage 19 nur, wenn Sie Frage 18 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.

19) Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

20)

⇒ Wenn Sie einen Stent eingelegt bzw. eine Aufdehnung der Herzgefäße mit einem Ballon bekommen haben, gehen Sie bitte zu Frage 21.

⇒ Wenn bei Ihnen nur eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wurde, machen Sie bitte mit Frage 27 weiter.

Medikamenteneinnahme wegen des Eingriffs

Bei den folgenden Fragen geht es um die Medikamente, die Sie aufgrund Ihres Eingriffs einnehmen müssen.

Bitte beziehen Sie sich bei den Fragen wieder nur auf Informationen von Ärztinnen und Ärzten der Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

Bitte beantworten Sie Frage 21 nur, wenn Sie einen Stent eingelegt bzw. eine Aufdehnung der Herzgefäße mit einem Ballon bekommen haben.

21) Nehmen Sie seit dem Eingriff Medikamente wegen des Stents bzw. der Ballonerweiterung ein?

Hierzu gehören auch Medikamente, die Sie nur in bestimmten Situationen einnehmen sollen, z. B. Nitrospray.

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Bitte beantworten Sie Frage 22 nur, wenn Sie Frage 21 mit „Ja“ beantwortet haben.

22) Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... welche Medikamente ich nach dem Eingriff einnehmen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. zur Mahlzeit, zu einer bestimmten Tageszeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. ein Jahr, ein Leben lang).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie Frage 23 nur, wenn Sie Frage 21 mit „Ja“ beantwortet haben.

23) Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was ich tun soll, wenn ich vergessen habe, die Medikamente einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was ich tun soll, wenn ich die Einnahme unterbrechen muss (z. B. wegen einer Operation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie Frage 24 nur, wenn Sie Frage 21 mit „Ja“ beantwortet haben.

24) Sind Sie an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen bzw. entlassen worden?

- Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**
- Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**
- Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Bitte beantworten Sie Frage 25 nur, wenn Sie Frage 24 mit „Ja“ beantwortet haben.

25) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Ja
- Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen.
- Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen.
- Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen.
- Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 26 nur, wenn Sie Frage 24 mit „Ja“ beantwortet haben.

26) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Weiterer Behandlungsverlauf

27) Haben Sie seit der Untersuchung bzw. dem Eingriff an einer herzbedingten Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

Ja

Nein

Ist geplant

28) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

29) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine Stenteinlage am Herzen durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

30) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

31) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung bzw. Ihrem Eingriff eine andere Operation oder ein anderer Eingriff am Herzen (z. B. Herzklappenoperation, Herzschrittmacher) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

Beschwerden nach der Untersuchung bzw. dem Eingriff

32) Wo war die Einstichstelle, über die die Untersuchung bzw. der Eingriff durchgeführt wurde?

Arm

Leiste (Bein)

Arm und Leiste (Bein)

Weiß nicht mehr

33) Haben Sie heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle der Untersuchung bzw. des Eingriffs (Arm oder Leiste)?

Ja

Nein

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

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

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK, Schaufensterkrankheit), Durchblutungsstörungen in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, Lun- genemphysem, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja

Nein

36) Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate schon einmal wiederbelebt?

Ja

Nein

37) Haben Sie vor der Untersuchung bzw. dem Eingriff bereits einen oder mehrere Stents am Herzen erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

38) Wurde bei Ihnen vor der Untersuchung bzw. dem Eingriff bereits eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

39) Wie groß sind Sie ungefähr?

Zentimeter

40) Wie viel wiegen Sie ungefähr?

Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in Kilogramm ohne Kommastellen an.

Kilogramm

41) Benötigen Sie bei den nachfolgenden Tätigkeiten Hilfe von anderen Personen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Ich benötige Hilfe beim ...	Ja	Nein
... An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Waschen oder Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Nutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Aufstehen vom Bett oder einem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42) Verwenden Sie Hilfsmittel wie Gehstock, Rollator oder Rollstuhl, um sich fortzubewegen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43) Haben Sie einen Pflegegrad (früher: Pflegestufe)?

Ja, und zwar:

- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- Nein
- Nein, aber ich habe einen Pflegegrad beantragt. .
- Weiß nicht*

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

44) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

45) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

46) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Noch Schülerin/Schüler

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss

Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse

Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

Anderer Schulabschluss

Abschlussfrage

47) Insgesamt betrachtet: Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

Sehr schlecht

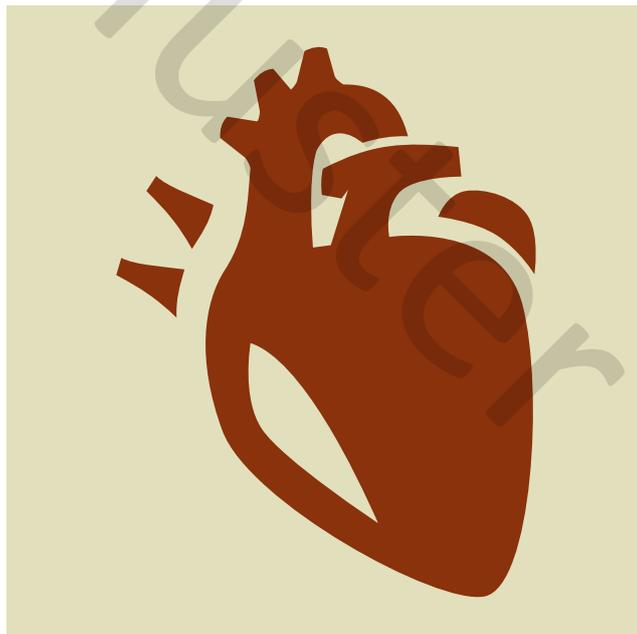
Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

Muster

Muster

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung



Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so 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

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

				<i>Weiß nicht</i>
Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: +49 30 58 58 26 570

E-Mail: patientenbefragung-pci@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Ihnen wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt. Diese wird im Folgenden immer als *Untersuchung* bezeichnet.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich immer auf die Untersuchung, die im Anschreiben genannt ist.

- 1) Haben Sie für die Untersuchung im Krankenhaus übernachtet?
Denken Sie bitte an die Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Nein, habe ich nicht

Ja, eine Nacht

Ja, zwei bis fünf Nächte

Ja, sechs Nächte oder mehr

Weiß nicht mehr

- 2) Es geht weiterhin um die Untersuchung, die im Anschreiben genannt wurde.
Waren Sie vor dieser Untersuchung schon einmal in einem Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 3**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 4**

Bitte beantworten Sie Frage 3 nur, wenn Sie Frage 2 mit „Ja“ beantwortet haben.

- 3) Wie häufig waren Sie vor dieser Untersuchung bereits im Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ich war vorher bereits Mal im Herzkatheterlabor
Anzahl

Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal vor, während und nach der Untersuchung.

Beziehen Sie sich bei Ihren Antworten bitte nur auf das Pflege- und Assistenzpersonal der Einrichtung, die die Untersuchung durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

- 4) Wenn Sie an das Pflege- und Assistenzpersonal denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
Wenn ich ein Anliegen hatte, konnte ich jemanden vom Pflege- und Assistenzpersonal erreichen.	<input type="checkbox"/>				
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>				
Meine Intimsphäre wurde gewahrt (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege oder der Verbandskontrolle).	<input type="checkbox"/>				

- 5) Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege, zum Bereitstellen von Getränken).

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	<input type="checkbox"/>				

- 6) Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut Deutsch gesprochen hat.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

- 7) Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereinstimmt haben?

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten

Nun geht es um die Ärztinnen und Ärzte der Einrichtung, die die Untersuchung durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

Gemeint sind alle Ärztinnen und Ärzte, mit denen Sie dort wegen der Untersuchung Kontakt hatten.

- 8) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde so viel in Entscheidungen einbezogen, wie ich wollte.	<input type="checkbox"/>				

9) Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

10) Ich hatte Gelegenheit, eine Ärztin bzw. einen Arzt zu sprechen, wenn ich Fragen hatte.

Immer	<input type="checkbox"/>
Meistens	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>
Habe ich nicht gebraucht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

11) Wenn ich Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten mitnehmen wollte, wurde mir dies ermöglicht.

Immer	<input type="checkbox"/>
Meistens	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>
Wollte ich nicht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

12) In meinem Beisein haben Ärztinnen bzw. Ärzte über mich gesprochen, als ob ich nicht da wäre (z. B. bei der Visite).

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

13) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
Ärztinnen bzw. Ärzte haben in Gesprächen mit mir Fachwörter verwendet, die ich nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>				
Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut Deutsch gesprochen haben.	<input type="checkbox"/>				

Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot vor der Untersuchung

Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) äußern sich z. B. als plötzlich auftretende Herzschmerzen, herzbedingtes Engegefühl oder Druckgefühl in der Brust. Manchmal zeigen sie sich als Schmerzen, die von der Brust ausgehend weiter ausstrahlen (z. B. Magengegend, Hals, Arme, Rücken). Manche Patientinnen und Patienten haben auch eine herzbedingte Luftnot.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingte Luftnot, die vor der Untersuchung aufgetreten sind.

14) Hatten Sie vor der Untersuchung Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen, aber auch in Ruhe)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 18**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 18**

Bitte beantworten Sie Frage 15 nur, wenn Sie Frage 14 mit "Ja" beantwortet haben.

- 15) In welchen Situationen hatten Sie vor der Untersuchung Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden	Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht
Bei <u>außergewöhnlichen Belastungen</u> (z. B. bei plötzlich hoher Belastung bei der Arbeit oder wenn ich über eine längere Distanz schnell gehe oder laufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei <u>schweren Alltagstätigkeiten</u> (z. B. beim Tragen von schweren Gegenständen, wie Einkaufstüten oder Wasserkisten, bei der Gartenarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei <u>leichten Alltagstätigkeiten</u> (z. B. beim Gehen einer geraden Strecke, beim An- oder Ausziehen, beim Waschen oder Duschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>In Ruhe</u> (z. B. beim Sitzen auf einem Stuhl oder Sessel, beim Schlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bitte beantworten Sie Frage 16 nur, wenn Sie Frage 14 mit „Ja“ beantwortet haben.

- 16) Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor der Untersuchung durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?

Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>				

Bitte beantworten Sie Frage 17 nur, wenn Sie Frage 14 mit „Ja“ beantwortet haben.

- 17) Hatten Sie vor der Untersuchung ein Spray, Zerbeikapseln oder Tabletten, die Ihnen bei plötzlich auftretenden Angina pectoris-Anfällen (Brustenge) bzw. herzbedingter Luftnot helfen sollten (z. B. Nitrospray)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Behandlung und Behandlungsplanung vor der Untersuchung

- 18) Stand bereits vor der Untersuchung fest, dass anschließend folgende Operationen bei Ihnen erfolgen sollen?

	Ja	Nein
Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine andere Operation oder Eingriff am Herzen (z. B. Herzklappenoperation, Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

- 19) Haben Sie in den vier Wochen vor der Untersuchung regelmäßig Medikamente eingenommen?

Damit sind alle Medikamente gemeint. Hierzu gehören auch Medikamente, die nicht von einer Ärztin bzw. einem Arzt verschrieben wurden.

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

Bitte beantworten Sie Frage 20 nur, wenn Sie Frage 19 mit „Ja“ beantwortet haben.

20) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente bis zur Untersuchung einnehmen sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 21 nur, wenn Sie Frage 19 mit „Ja“ beantwortet haben.

21) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente nach der Untersuchung einnehmen sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 22 nur, wenn Sie Frage 19 mit „Ja“ beantwortet haben.

22) Haben Sie vor der Untersuchung Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen, eingenommen (z. B. Marcumar)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Informationen vor der Untersuchung

Bitte beziehen Sie sich im Folgenden nur auf Informationen von Ärztinnen und Ärzten der Einrichtung, die die Untersuchung durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

23) Ich wurde <u>vor</u> der Untersuchung darüber informiert, ...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... dass mit der Herzkatheteruntersuchung festgestellt werden soll, ob ich einen Stent oder eine Bypass-Operation brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) Ich wurde <u>vor</u> der Untersuchung darüber informiert, ...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
... dass bereits während der Herzkatheteruntersuchung ein Stent eingesetzt werden kann, falls es nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was sich durch einen Stent verbessern soll, wenn er erforderlich ist (z. B. Verbesserung von Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) oder herzbedingter Luftnot).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass es auch andere Behandlungsmöglichkeiten als eine Stenteinlage gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass ich nach einer Stenteinlage regelmäßig Medikamente einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die Untersuchung ablaufen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob ich Schmerzen während der Untersuchung zu erwarten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass es möglich ist, für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was in den ersten Stunden nach der Untersuchung passiert (z. B. Liegezeiten, Essen, Trinken, Toilettengänge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25) Hatten Sie die Möglichkeit, mit einer Ärztin oder einem Arzt über Ängste und Sorgen zu sprechen, die Sie wegen der bevorstehenden Untersuchung hatten?

Ja

Nein

Habe ich nicht gebraucht

Weiß nicht mehr

Wartezeit vor der Untersuchung

Das Herzkatheterlabor ist der Raum, in dem die Untersuchung stattgefunden hat.

26) Bevor Sie ins Herzkatheterlabor gebracht wurden, haben Sie eine spezielle Kleidung (OP-Hemd) anziehen müssen.

Wie lange haben Sie in dieser Kleidung gewartet, bis Sie zum Herzkatheterlabor gebracht wurden?

Weniger als eine Stunde

Eine Stunde bis weniger als zwei Stunden

Zwei Stunden bis weniger als drei Stunden

Drei Stunden oder länger

Weiß nicht mehr

Im Herzkatheterlabor

Denken Sie jetzt bitte an die Zeit im Herzkatheterlabor.

Es geht um die Ärztinnen und Ärzte, die die Untersuchung durchgeführt haben und um das Pflege- und Assistenzpersonal, das dabei war.

27)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Die Ärztin bzw. der Arzt hat sich mir mit Namen vorgestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Ärztin bzw. den Arzt ohne Mundschutz gesehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Pflege- und Assistenzpersonal ist beruhigend auf mich eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28) Wurde Ihnen während der Untersuchung erklärt, was passiert, z. B. was die Ärztin bzw. der Arzt gerade tut?

- Ja
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte.
- Nein, ich wollte das nicht wissen.
- Weiß nicht mehr*

29) Haben Sie während der Untersuchung ein Beruhigungsmittel erhalten?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht mehr*

Schmerzen nach der Untersuchung

Direkt nach der Untersuchung schließt sich die Phase der Nachbeobachtung an, in der z. B. bestimmte Kontrollen am Verband durchgeführt wurden oder Sie ruhen mussten.

Um diese Zeit geht es nun.

30) Wurden Sie wiederholt vom Pflege- oder Assistenzpersonal gefragt, ob Sie Schmerzen haben (z. B. Rücken-, Gliederschmerzen oder Schmerzen durch den Druckverband)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

31) Haben Sie Schmerzmittel erhalten (z. B. gegen Rücken- und Gliederschmerzen oder bei Schmerzen durch den Druckverband)?

Ja

Nein, ich hätte aber welche gebraucht.

Nein, habe ich nicht gebraucht.

Weiß nicht mehr

Informationen nach der Untersuchung

Nun geht es um die Informationen, die Sie nach Ihrer Untersuchung erhalten haben.

Gemeint ist weiterhin die Untersuchung, die im Anschreiben genannt ist. Bitte beziehen Sie sich auch hier nur auf die Einrichtung, die die Untersuchung durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

32)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, bei welchen Beschwerden ich sofort medizinische Hilfe brauche (z. B. Nachblutungen, erneute Herzbeschwerden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Untersuchung verhalten sollen (z. B. Hinweise zum Tragen von Lasten, Baden, Saunabesuche)?

- Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 34**
- Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**
- Nein, ich erhielt keine Information. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**
- Weiß nicht mehr* ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Bitte beantworten Sie Frage 34 nur, wenn Sie Frage 33 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.

34) Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Weiterer Behandlungsverlauf

35) Wurde mit Ihnen direkt im Anschluss an die Untersuchung ein Termin für eine weitere Herzkatheteruntersuchung zur Kontrolle vereinbart?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

36) Haben Sie seit der Untersuchung an einer herzbedingten Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

Ja

Nein

Ist geplant

37) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

38) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung eine Stenteinlage am Herzen durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

39) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

40) Wurde bei Ihnen seit Ihrer Untersuchung eine andere Operation oder ein anderer Eingriff am Herzen (z. B. Herzklappenoperation, Herzschrittmacher) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

Beschwerden nach der Untersuchung

41) Wo war die Einstichstelle, über die die Untersuchung durchgeführt wurde?

Arm

Leiste (Bein)

Arm und Leiste (Bein)

Weiß nicht mehr

42) Sind bei Ihnen nach der Untersuchung folgende Beschwerden nahe der Einstichstelle aufgetreten?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Untersuchung, die sehr schmerzhaft waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Untersuchung, die meine Bewegung einschränkten (z. B. Beugung des Handgelenks, Laufen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste wegen der Blutergüsse eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle der Untersuchung (Arm oder Leiste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

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

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK, Schaufensterkrankheit), Durchblutungsstörungen in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, Lun- genemphysem, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja

Nein

45) Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate schon einmal wiederbelebt?

Ja

Nein

46) Haben Sie vor der Untersuchung bereits einen oder mehrere Stents am Herzen erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

47) Wurde bei Ihnen vor der Untersuchung bereits eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

48) Wie groß sind Sie ungefähr?

Zentimeter

49) Wie viel wiegen Sie ungefähr?

Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in Kilogramm ohne Kommastellen an.

Kilogramm

50) Benötigen Sie bei den nachfolgenden Tätigkeiten Hilfe von anderen Personen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Ich benötige Hilfe beim ...	Ja	Nein
... An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Waschen oder Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Nutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Aufstehen vom Bett oder einem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51) Verwenden Sie Hilfsmittel wie Gehstock, Rollator oder Rollstuhl, um sich fortzubewegen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52) Haben Sie einen Pflegegrad (früher: Pflegestufe)?

Ja, und zwar:

- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- Nein
- Nein, aber ich habe einen Pflegegrad beantragt. .
- Weiß nicht*

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

53) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich Männlich Divers

54) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat Geburtsjahr 55) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Noch Schülerin/Schüler Von der Schule abgegangen ohne Abschluss Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss Realschulabschluss (Mittlere Reife) Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) Anderer Schulabschluss

Abschlussfrage

56) Insgesamt betrachtet: Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

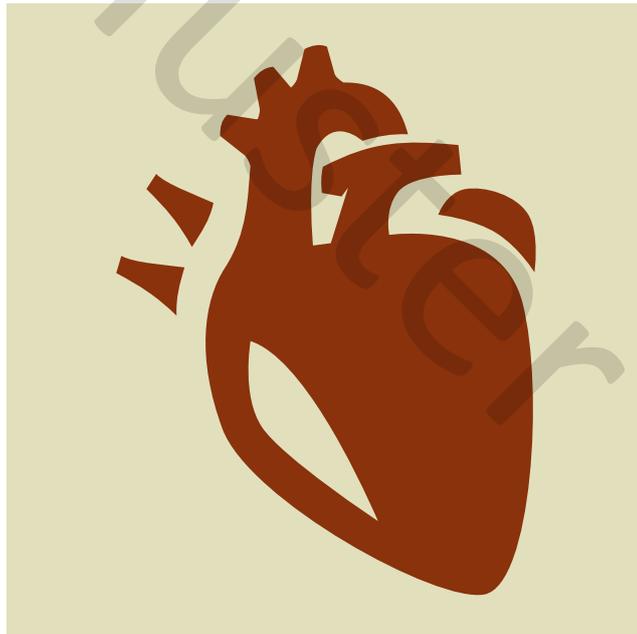
Sehr schlecht

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

Muster

**Fragebogen für Patientinnen und Patienten
mit Stenteinlage bzw.
Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen**



Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so 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

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

				<i>Weiß nicht</i>
Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: +49 30 58 58 26 570

E-Mail: patientenbefragung-pci@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Ihnen wurde ein Stent am Herzen eingelegt bzw. eine Aufdehnung der Herzgefäße mit einem Ballon vorgenommen (Ballonerweiterung). Möglicherweise wurde dies zusammen mit einer Herzkatheteruntersuchung durchgeführt. Im Folgenden wird dies als *Eingriff* bezeichnet.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich immer auf den Eingriff, der im Anschreiben genannt ist.

1) Haben Sie für den Eingriff im Krankenhaus übernachtet?

Denken Sie bitte an die Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Nein, habe ich nicht

Ja, eine Nacht

Ja, zwei bis fünf Nächte

Ja, sechs Nächte oder mehr

Weiß nicht mehr

2) Es geht weiterhin um den Eingriff, der im Anschreiben genannt wurde.

Waren Sie vor diesem Eingriff schon einmal in einem Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 3**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 4**

Bitte beantworten Sie Frage 3 nur, wenn Sie Frage 2 mit „Ja“ beantwortet haben.

3) Wie häufig waren Sie vor diesem Eingriff bereits im Herzkatheterlabor für eine Herzkatheteruntersuchung bzw. Stenteinlage am Herzen?

Ich war vorher bereits Mal im Herzkatheterlabor
Anzahl

Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal vor, während und nach dem Eingriff.

Beziehen Sie sich bei Ihren Antworten bitte nur auf das Pflege- und Assistenzpersonal der Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

- 4) Wenn Sie an das Pflege- und Assistenzpersonal denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
Wenn ich ein Anliegen hatte, konnte ich jemanden vom Pflege- und Assistenzpersonal erreichen.	<input type="checkbox"/>				
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>				
Meine Intimsphäre wurde gewahrt (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege oder der Verbandkontrolle).	<input type="checkbox"/>				

- 5) Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege, zum Bereitstellen von Getränken).

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

- 6) Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut Deutsch gesprochen hat.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

- 7) Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereinstimmt haben?

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten

Nun geht es um die Ärztinnen und Ärzte der Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

Gemeint sind alle Ärztinnen und Ärzte, mit denen Sie dort wegen des Eingriffs Kontakt hatten.

- 8) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde so viel in Entscheidungen einbezogen, wie ich wollte.	<input type="checkbox"/>				

- 9) Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

10) Ich hatte Gelegenheit, eine Ärztin bzw. einen Arzt zu sprechen, wenn ich Fragen hatte.

Immer

Meistens

Selten

Nie

Habe ich nicht gebraucht

Weiß nicht mehr

11) Wenn ich Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten mitnehmen wollte, wurde mir dies ermöglicht.

Immer

Meistens

Selten

Nie

Wollte ich nicht

Weiß nicht mehr

12) In meinem Beisein haben Ärztinnen bzw. Ärzte über mich gesprochen, als ob ich nicht da wäre (z. B. bei der Visite).

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>				

13) Wenn Sie nun an die Ärztinnen und Ärzte denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
Ärztinnen bzw. Ärzte haben in Gesprächen mit mir Fachwörter verwendet, die ich nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>				
Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut Deutsch gesprochen haben.	<input type="checkbox"/>				

Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot vor dem Eingriff

Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) äußern sich z. B. als plötzlich auftretende Herzschmerzen, herzbedingtes Engegefühl oder Druckgefühl in der Brust. Manchmal zeigen sie sich als Schmerzen, die von der Brust ausgehend weiter ausstrahlen (z. B. Magengegend, Hals, Arme, Rücken). Manche Patientinnen und Patienten haben auch eine herzbedingte Luftnot.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingte Luftnot, die vor dem Eingriff aufgetreten sind.

14) Hatten Sie vor dem Eingriff Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen, aber auch in Ruhe)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 18**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 18**

Bitte beantworten Sie Frage 15 nur, wenn Sie Frage 14 mit "Ja" beantwortet haben.

15) In welchen Situationen hatten Sie vor dem Eingriff Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbeding- ten Luftnot vermieden	Konnte/ machte ich aus anderen Gründen nicht
Bei <u>außergewöhnlichen Belastungen</u> (z. B. bei plötzlich hoher Belastung bei der Arbeit oder wenn ich über eine längere Distanz schnell gehe oder laufe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei <u>schweren Alltagstätigkeiten</u> (z. B. beim Tragen von schweren Gegenständen, wie Einkaufstüten oder Wasserkisten, bei der Gartenarbeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei <u>leichten Alltagstätigkeiten</u> (z. B. beim Gehen einer geraden Strecke, beim An- oder Ausziehen, beim Waschen oder Duschen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>In Ruhe</u> (z. B. beim Sitzen auf einem Stuhl oder Sessel, beim Schlafen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bitte beantworten Sie Frage 16 nur, wenn Sie Frage 14 mit „Ja“ beantwortet haben.

16) Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor dem Eingriff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?

Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>				

Bitte beantworten Sie Frage 17 nur, wenn Sie Frage 14 mit „Ja“ beantwortet haben.

- 17) Hatten Sie vor dem Eingriff ein Spray, Zerbeikapseln oder Tabletten, die Ihnen bei plötzlich auftretenden Angina pectoris-Anfällen (Brustenge) bzw. herzbedingter Luftnot helfen sollten (z. B. Nitrospray)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Behandlung und Behandlungsplanung vor dem Eingriff

- 18) Stand bereits vor dem Eingriff fest, dass anschließend folgende Operationen bei Ihnen erfolgen sollen?

	Ja	Nein
Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine andere Operation oder Eingriff am Herzen (z. B. Herzklappenoperation, Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

- 19) Haben Sie in den vier Wochen vor dem Eingriff regelmäßig Medikamente eingenommen? Damit sind alle Medikamente gemeint. Hierzu gehören auch Medikamente, die nicht von einer Ärztin bzw. einem Arzt verschrieben wurden.

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

Bitte beantworten Sie Frage 20 nur, wenn Sie Frage 19 mit „Ja“ beantwortet haben.

- 20) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente bis zum Eingriff einnehmen sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 21 nur, wenn Sie Frage 19 mit „Ja“ beantwortet haben.

21) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente nach dem Eingriff einnehmen sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 22 nur, wenn Sie Frage 19 mit „Ja“ beantwortet haben.

22) Haben Sie vor dem Eingriff Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen, eingenommen (z. B. Marcumar)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Informationen vor dem Eingriff

Bitte beziehen Sie sich im Folgenden nur auf Informationen von Ärztinnen und Ärzten der Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

23) Ich wurde vor dem Eingriff darüber informiert, ...

... was sich durch einen Stent verbessern soll, wenn er erforderlich ist (z. B. Verbesserung von Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) oder herzbedingter Luftnot).

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

24) Ich wurde vor dem Eingriff darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... dass es auch andere Behandlungsmöglichkeiten als eine Stenteinlage gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass ich nach einer Stenteinlage regelmäßig Medikamente einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie der Eingriff ablaufen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ob ich Schmerzen während des Eingriffs zu erwarten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass es möglich ist, für den Eingriff ein Beruhigungsmittel zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was in den ersten Stunden nach dem Eingriff passiert (z. B. Liegezeiten, Essen, Trinken, Toilettengänge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25) Hatten Sie die Möglichkeit, mit einer Ärztin oder einem Arzt über Ängste und Sorgen zu sprechen, die Sie wegen des bevorstehenden Eingriffs hatten?

- Ja
- Nein
- Habe ich nicht gebraucht
- Weiß nicht mehr*

Wartezeit vor dem Eingriff

Das Herzkatheterlabor ist der Raum, in dem der Eingriff stattgefunden hat.

26) Bevor Sie ins Herzkatheterlabor gebracht wurden, haben Sie eine spezielle Kleidung (OP-Hemd) anziehen müssen.

Wie lange haben Sie in dieser Kleidung gewartet, bis Sie zum Herzkatheterlabor gebracht wurden?

Weniger als eine Stunde

Eine Stunde bis weniger als zwei Stunden

Zwei Stunden bis weniger als drei Stunden

Drei Stunden oder länger

Weiß nicht mehr

Im Herzkatheterlabor

Denken Sie jetzt bitte an die Zeit im Herzkatheterlabor.

Es geht um die Ärztinnen und Ärzte, die den Eingriff durchgeführt haben und um das Pflege- und Assistenzpersonal, das dabei war.

27)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Die Ärztin bzw. der Arzt hat sich mir mit Namen vorgestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Ärztin bzw. den Arzt ohne Mundschutz gesehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Pflege- und Assistenzpersonal ist beruhigend auf mich eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28) Wurde Ihnen während des Eingriffs erklärt, was passiert, z. B. was die Ärztin bzw. der Arzt gerade tut?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte.

Nein, ich wollte das nicht wissen.

Weiß nicht mehr

29) Haben Sie während des Eingriffs ein Beruhigungsmittel erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Schmerzen nach dem Eingriff

Direkt nach dem Eingriff schließt sich die Phase der Nachbeobachtung an, in der z. B. bestimmte Kontrollen am Verband durchgeführt wurden oder Sie ruhen mussten.

Um diese Zeit geht es nun.

30) Wurden Sie wiederholt vom Pflege- oder Assistenzpersonal gefragt, ob Sie Schmerzen haben (z. B. Rücken-, Gliederschmerzen oder Schmerzen durch den Druckverband)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

31) Haben Sie Schmerzmittel erhalten (z. B. gegen Rücken- und Gliederschmerzen oder bei Schmerzen durch den Druckverband)?

Ja

Nein, ich hätte aber welche gebraucht.

Nein, habe ich nicht gebraucht.

Weiß nicht mehr

Informationen nach dem Eingriff

Nun geht es um die Informationen, die Sie nach Ihrem Eingriff erhalten haben.

Gemeint ist weiterhin der Eingriff, der im Anschreiben genannt ist. Bitte beziehen Sie sich auch hier nur auf die Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

32)

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, bei welchen Beschwerden ich sofort medizinische Hilfe brauche (z. B. Nachblutungen, erneute Herzbeschwerden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darüber informiert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Herzerkrankung durch meinen Lebensstil beeinflussen kann (z. B. durch körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Reduktion bzw. Halten des Körpergewichts, Rauchentwöhnung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport gegeben, die zu mir passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach dem Eingriff verhalten sollen (z. B. Hinweise zum Tragen von Lasten, Baden, Saunabesuche)?

Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 34**

Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Nein, ich erhielt keine Information. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Bitte beantworten Sie Frage 34 nur, wenn Sie Frage 33 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.

34) Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Medikamenteneinnahme wegen des Eingriffs

Bei den folgenden Fragen geht es um die Medikamente, die Sie aufgrund Ihres Eingriffs einnehmen müssen.

Bitte beziehen Sie sich bei den Fragen wieder nur auf Informationen der Ärztinnen und Ärzte der Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

35) Nehmen Sie seit dem Eingriff Medikamente wegen des Stents bzw. der Ballonerweiterung ein?

Hierzu gehören auch Medikamente, die Sie nur in bestimmten Situationen einnehmen sollen, z. B. Nitrospray.

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Bitte beantworten Sie Frage 36 nur, wenn Sie Frage 35 mit „Ja“ beantwortet haben.

36) Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... welche Medikamente ich nach dem Eingriff einnehmen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. zur Mahlzeit, zu einer bestimmten Tageszeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. ein Jahr, ein Leben lang).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was ich tun soll, wenn ich vergessen habe, die Medikamente einzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was ich tun soll, wenn ich die Einnahme unterbrechen muss (z. B. wegen einer Operation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie Frage 37 nur, wenn Sie Frage 35 mit „Ja“ beantwortet haben.

37) Sind Sie an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen bzw. entlassen worden?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 38**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Bitte beantworten Sie Frage 38 nur, wenn Sie Frage 37 mit „Ja“ beantwortet haben.

38) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Ja

Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen.

Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen.

Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen.

Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 39 nur, wenn Sie Frage 37 mit „Ja“ beantwortet haben.

39) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Weiterer Behandlungsverlauf

40) Wurde mit Ihnen direkt im Anschluss an den Eingriff ein Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur Kontrolle vereinbart?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

41) Haben Sie seit dem Eingriff an einer herzbedingten Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

Ja

Nein

Ist geplant

42) Wurde bei Ihnen seit Ihrem Eingriff eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

43) Wurde bei Ihnen seit Ihrem Eingriff eine Stenteinlage am Herzen durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

44) Wurde bei Ihnen seit Ihrem Eingriff eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

45) Wurde bei Ihnen seit Ihrem Eingriff eine andere Operation oder ein anderer Eingriff am Herzen (z. B. Herzklappenoperation, Herzschrittmacher) durchgeführt oder geplant?

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

Beschwerden nach dem Eingriff

46) Wo war die Einstichstelle, über die der Eingriff durchgeführt wurde?

Arm

Leiste (Bein)

Arm und Leiste (Bein)

Weiß nicht mehr

47) Sind bei Ihnen nach dem Eingriff folgende Beschwerden nahe der Einstichstelle aufgetreten?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von dem Eingriff, die sehr schmerzhaft waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von dem Eingriff, die meine Bewegung einschränkten (z. B. Beugung des Handgelenks, Laufen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste wegen der Blutergüsse eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle des Eingriffs (Arm oder Leiste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48) Hatten Sie nach dem Eingriff Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen aber auch in Ruhe)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 49**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 50**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 50**

Bitte beantworten Sie Frage 49 nur, wenn Sie Frage 48 mit „Ja“ beantwortet haben.

49) Wie beeinträchtigt sind Sie seit dem Eingriff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?

Sehr stark	Eher stark	Eher leicht	Überhaupt nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

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

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK, Schaufensterkrankheit), Durchblutungsstörungen in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, Lun- genemphysem, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja

Nein

52) Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate schon einmal wiederbelebt?

Ja

Nein

53) Haben Sie vor dem Eingriff bereits einen oder mehrere Stents am Herzen erhalten?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

54) Wurde bei Ihnen vor dem Eingriff bereits eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

55) Wie groß sind Sie ungefähr?

Zentimeter

56) Wie viel wiegen Sie ungefähr?

Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in Kilogramm ohne Kommastellen an.

Kilogramm

57) Benötigen Sie bei den nachfolgenden Tätigkeiten Hilfe von anderen Personen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Ich benötige Hilfe beim ...	Ja	Nein
... An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Waschen oder Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Nutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Aufstehen vom Bett oder einem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58) Verwenden Sie Hilfsmittel wie Gehstock, Rollator oder Rollstuhl, um sich fortzubewegen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59) Haben Sie einen Pflegegrad (früher: Pflegestufe)?

Ja, und zwar:

- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- Nein
- Nein, aber ich habe einen Pflegegrad beantragt. .
- Weiß nicht*

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

60) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

61) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

62) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Noch Schülerin/Schüler

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss

Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse

Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

Anderer Schulabschluss

Abschlussfrage

63) Insgesamt betrachtet: Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

Sehr schlecht

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

Muster

Muster

Muster