

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*

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

Informationen zum Dokument

DATEN ZUM DOKUMENT

Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen

Ansprechperson	Mira Hassan
Datum der Abgabe	15. Dezember 2018
Datum aktualisierte Abgabe	15. Januar 2023
Ergänzung des Nutzungs- hinweises	1. Juli 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Datum des Auftrags	21. April 2016

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



Befragung

von 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:

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

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).

2) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Wenn Sie weiterhin 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
Meine Intimsphäre wurde ge- wahrt (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege oder der Verbandskontrolle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege, zum Be- reitstellen von Getränken).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzper- sonal nicht verständigen konn- te, weil es nicht gut Deutsch ge- sprochen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen er-
halten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereinge-
stimmt haben?

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

- 5) 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
In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde so viel in Entscheidungen einbezogen, wie ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

- 7) 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"/>
Weiß nicht mehr	<input type="checkbox"/>

8) 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

9) 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	Weiß nicht mehr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.

11) 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 12**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Muster

Bitte beantworten Sie Frage 12 nur, wenn Sie Frage 11 mit "Ja" beantwortet haben.

12) 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. 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 13 nur, wenn Sie Frage 11 mit „Ja“ beantwortet haben.

13) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie Frage 14 nur, wenn Sie Frage 11 mit „Ja“ beantwortet haben.

14) 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

15) 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"/>
---	--------------------------	--------------------------

16) 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 17**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

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

Bitte beantworten Sie Frage 17 nur, wenn Sie Frage 16 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 18 nur, wenn Sie Frage 16 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Bitte beantworten Sie Frage 19 nur, wenn Sie Frage 16 mit „Ja“ beantwortet haben.

19) 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).

20) 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

21) 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, Toilettegänge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) 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.

23) 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.

24)

	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"/>

25) 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

26) 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.

27) 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

28) 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).

29)

	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"/>

30) 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 31**

Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein, ich erhielt keine Information. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Bitte beantworten Sie Frage 31 nur, wenn Sie Frage 30 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.

31) 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).

32) 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 33**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Bitte beantworten Sie Frage 33 nur, wenn Sie Frage 32 mit „Ja“ beantwortet haben.

33) 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"/>
...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 34 nur, wenn Sie Frage 32 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Bitte beantworten Sie Frage 35 nur, wenn Sie Frage 32 mit „Ja“ beantwortet haben.

35) 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 36 nur, wenn Sie Frage 32 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

- Ja
- Nein
- Weiß nicht mehr

Weiterer Behandlungsverlauf

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

- Ja
- Nein
- Weiß nicht mehr

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

Ja

Nein

Ist geplant

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

42) 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

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

Arm

Leiste (Bein)

Arm und Leiste (Bein)

Weiß nicht mehr

44) 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"/>

45) 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 46**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 47**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 47**

Bitte beantworten Sie Frage 46 nur, wenn Sie Frage 45 mit „Ja“ beantwortet haben.

46) 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

47) 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"/>

48) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja

Nein

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

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

52) Wie groß sind Sie?

Zentimeter

53) Wie viel wiegen Sie?

Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in Kilogramm ohne Kommastellen an.

Kilogramm

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

54) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

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

Geburtsmonat

Geburtsjahr

56) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 58**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 57**

Bitte beantworten Sie Frage 57 nur, wenn Sie Frage 56 mit „Nein“ beantwortet haben.

57) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

58) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Noch Schüler/in und besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule
- 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

59) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

- Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt
- Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt
- Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org