

Patientenbefragung *QS PCI*

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

Spezifikationsjahr 2026

Änderungen für das Spezifikationsjahr 2026

Fragebogen elektive Koronarangiografie / elektive PCI:

- Entfernung von jeweils drei Items
 - Mundschutz
 - Kontrolltermin
 - Behandlungsplanung Bypass Operation

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
dringender bzw. notfallmäßiger
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: 3

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
☐	☐	☐	☐	☐

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.

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	Weiß nicht mehr
Wenn ich ein Anliegen hatte, konnte ich jemanden vom Pflege- und Assistenzpersonal erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde respektvoll behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐

- 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 gewahrt (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege oder der Verbandskontrolle).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe (z. B. bei Toilettengängen, bei der Körperpflege, zum Bereitstellen von Getränken).	☐	☐	☐	☐	☐
Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut Deutsch gesprochen hat.	☐	☐	☐	☐	☐

- 4) 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	Weiß nicht mehr
	☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wurde respektvoll behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.	☐	☐	☐	☐	☐

- 6) 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	☐

- 7) 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 ☐

- 8) 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
☐	☐	☐	☐	☐

- 9) 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.	☐	☐	☐	☐	☐

Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut Deutsch gesprochen haben.	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.

- 10) 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 ☐

- 11) 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).

12)

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist.	☐	☐	☐
Ich wurde darüber informiert, bei welchen Beschwerden ich sofort medizinische Hilfe brauche (z. B. Nachblutungen, erneute Herzbeschwerden).	☐	☐	☐

13)

Weiß nicht
mehr

Ja

Nein

Ich wurde darüber informiert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen soll.

☐
☐
☐

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).

☐
☐
☐

Mir wurden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport gegeben, die zu mir passen.

☐
☐
☐

Ich wurde über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert.

☐
☐
☐

14) 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).

Ja ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐

Habe ich nicht gebraucht ☐

Weiß nicht mehr ☐

15) 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 16**

Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss. ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Nein, ich erhielt keine Information. ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Weiß nicht mehr ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Bitte beantworten Sie Frage 16 nur, wenn Sie Frage 15 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.

16) 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 von Ärztinnen und Ärzten der Einrichtung, die den Eingriff durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

17) 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 18**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

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

Bitte beantworten Sie Frage 18 nur, wenn Sie Frage 17 mit „Ja“ beantwortet haben.

18) 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.	☐	☐	☐
...wie ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. zur Mahlzeit, zu einer bestimmten Tageszeit).	☐	☐	☐
...wie lange ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. ein Jahr, ein Leben lang).	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie Frage 19 nur, wenn Sie Frage 17 mit „Ja“ beantwortet haben.

19) 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.	☐	☐	☐
...was ich tun soll, wenn ich vergessen habe, die Medikamente einzunehmen.	☐	☐	☐
...was ich tun soll, wenn ich die Einnahme unterbrechen muss (z. B. wegen einer Operation).	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie Frage 20 nur, wenn Sie Frage 17 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 21**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

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

Bitte beantworten Sie Frage 21 nur, wenn Sie Frage 20 mit „Ja“ beantwortet haben.

21) 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 22 nur, wenn Sie Frage 20 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

Weiterer Behandlungsverlauf

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

Ja ☐

Nein ☐

Ist geplant ☐

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

Ja, durchgeführt ☐

Ja, geplant ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

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

Ja, durchgeführt ☐

Ja, geplant ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

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

Ja, durchgeführt ☐

Ja, geplant ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

27) 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

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

Arm ☐

Leiste (Bein) ☐

Arm und Leiste (Bein) ☐

Weiß nicht mehr ☐

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

Ja ☐

Nein ☐

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

30) 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)	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	☐	☐
Herzrhythmusstörungen	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK, Schaufensterkrankheit), Durchblutungsstörungen in den Beinen	☐	☐
Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	☐	☐
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma)	☐	☐
Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, Lun- genemphysem, COPD, Asthma)	☐	☐
Chronische Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz	☐	☐
Angeborener Herzfehler	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐

31) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja ☐

Nein ☐

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

Ja ☐

Nein ☐

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

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

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

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

35) Wie groß sind Sie?

Zentimeter

36) 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.

37) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich ☐

Männlich ☐

Divers ☐

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

Geburtsmonat

Geburtsjahr

39) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 41**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Bitte beantworten Sie Frage 40 nur, wenn Sie Frage 39 mit „Nein“ beantwortet haben.

40) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

☐☐☐☐

41) 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 ☐

42) 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](https://www.iqtig.org)