

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 Herzkatheteruntersuchung**

Informationen zum Dokument

DATEN ZUM DOKUMENT

Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| Ansprechperson | Mira Hassan |
| Datum der Abgabe | 15. Dezember 2018 |
| Datum aktualisierte Abgabe | 15. Januar 2023 |
| Ergänzung des Nutzungshinweises | 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
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:

| 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 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

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).

- 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 die Untersuchung durchgeführt hat (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis).

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

11) 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 12**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

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

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

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

13) 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"/> | <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 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

15) 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"/> |

16) 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 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 zur Untersuchung 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 der Untersuchung 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 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).

| 20) Ich wurde <u>vor</u> der Untersuchung darüber informiert, ... | Ja | Nein | Weiß nicht mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...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"/> |

| 21) Ich wurde <u>vor</u> der Untersuchung darüber informiert, ... | Ja | Nein | Weiß nicht mehr |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> |

22) 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.

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 die Untersuchung durchgeführt haben und um das Pflege- und Assistenzpersonal, das dabei war.

24)

| | Ja | Nein | Weiß nicht mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 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*

26) 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.

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 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).

29)

| | Ja | Nein | Weiß nicht mehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

30) 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 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

Weiterer Behandlungsverlauf

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja

Nein

Ist geplant

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

37) 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

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

Arm

Leiste (Bein)

Arm und Leiste (Bein)

Weiß nicht mehr

39) 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

40) 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"/> |

41) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

- Ja
- Nein

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

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

45) Wie groß sind Sie?

Zentimeter

46) 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.

47) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

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

Geburtsmonat

Geburtsjahr

49) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 51**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 50**

Bitte beantworten Sie Frage 50 nur, wenn Sie Frage 49 mit „Nein“ beantwortet haben.

50) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

51) 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

52) 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