

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 dringender bzw. notfallmäßiger 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 dringender bzw. notfallmäßiger 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 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:

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). 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.	<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6) 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"/>

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

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.	<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"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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)

Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist.

Ja

Nein

*Weiß nicht
mehr*

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 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).

Ich wurde über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert.

14) 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 15**

Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss.

⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

Nein, ich erhielt keine Information.

⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

Weiß nicht mehr

⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

Bitte beantworten Sie Frage 15 nur, wenn Sie Frage 14 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.

15) 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).

16) 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 17

Nein ⇒ Bitte weiter mit Frage 22

Weiß nicht mehr ⇒ Bitte weiter mit Frage 22

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

17) 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 18 nur, wenn Sie Frage 16 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 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 19 nur, wenn Sie Frage 16 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 20**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

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

20) 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 21 nur, wenn Sie Frage 19 mit „Ja“ beantwortet haben.

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

- Ja
- Nein
- Weiß nicht mehr

Weiterer Behandlungsverlauf

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

- Ja
- Nein
- Ist geplant

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja, durchgeführt

Ja, geplant

Nein

Weiß nicht mehr

26) 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

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

Arm

Leiste (Bein)

Arm und Leiste (Bein)

Weiß nicht mehr

28) 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

29) 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"/>

30) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja

Nein

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

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

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

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

34) Wie groß sind Sie?

Zentimeter

35) 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.

36) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

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

Geburtsmonat

Geburtsjahr

38) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 39**

Bitte beantworten Sie Frage 39 nur, wenn Sie Frage 38 mit „Nein“ beantwortet haben.

39) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

40) 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

41) 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