

# Patientenbefragung QS PCI

Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit dringender bzw. notfallmäßiger Herzkatheteruntersuchung

**Erfassungsjahr 2025**

# Änderungen für das Erfassungsjahr 2025

Fragebogen elektive Koronarangiografie / elektive PCI:

- redaktionelle Anpassung an der Frage nach dem Kontrolltermin

Fragebogen akute PCI:

- redaktionelle Anpassung an der Frage zum Thema psychische Belastung

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  
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: 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<br>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](mailto:patientenbefragung-pci@iqtig.org)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Ihnen wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt. Im Folgenden wird diese 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<br/>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<br>mehr       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meine Intimsphäre wurde gewahrt (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 Bereitstellen 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 Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut Deutsch gesprochen 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 erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereinstimmen?

|  | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | Weiß nicht<br>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<br>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"/> |
| 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"/> |
| Weiß nicht mehr .....          | <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<br>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<br>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 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.

- 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 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).

12)

|                                                                                                                                             | Ja                       | Nein                     | Weiß nicht<br>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"/> |

13) 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 14**
- Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss. .... ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**
- Nein, ich erhielt keine Information. .... ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**
- Weiß nicht mehr ..... ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Bitte beantworten Sie Frage 14 nur, wenn Sie Frage 13 mit „Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss.“ beantwortet haben.

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

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

### Weiterer Behandlungsverlauf

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

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Ist geplant ..... ☐

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

Ja, durchgeführt ..... ☐

Ja, geplant ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

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

Ja, durchgeführt ..... ☐

Ja, geplant ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

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

Ja, durchgeführt ..... ☐

Ja, geplant ..... ☐

Nein ..... ☐

*Weiß nicht mehr* ..... ☐

19) 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

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

Arm ..... ☐

Leiste (Bein) ..... ☐

Arm und Leiste (Bein) ..... ☐

*Weiß nicht mehr* ..... ☐

21) Haben Sie heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle der Untersuchung (Arm oder Leiste)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

## Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

22) 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),<br>Durchblutungsstörungen in den Beinen ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der<br>Wirbelsäule .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis<br>oder Rheuma) .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Lungenerkrankung (z. B. chronische Bronchitis, Lun-<br>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"/> |

23) Benötigen Sie Insulin (Insulinspritze oder Insulinpumpe)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

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

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

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

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

*Weiß nicht mehr* ..... ☐

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

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

*Weiß nicht mehr* ..... ☐

27) Wie groß sind Sie?

Zentimeter

28) 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.**

29) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich ..... ☐

Männlich ..... ☐

Divers ..... ☐

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

Geburtsmonat

Geburtsjahr

31) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ..... ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

Nein ..... ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

*Bitte beantworten Sie Frage 32 nur, wenn Sie Frage 31 mit „Nein“ beantwortet haben.*

32) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

☐

Eher gut

☐

Eher schlecht

☐

Sehr schlecht

☐

33) 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 ..... ☐

34) 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](mailto:info@iqtig.org)

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