



## **HERZNETZ - Explorative Studie zur Evaluation der herzmedizinischen Versorgungsstruktur und -qualität im herzmedizinischen Netzwerk Bayern**

Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich die Zeit zur Teilnahme an dieser Studie mit Fragen zu Ihrer Herzerkrankung nehmen. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsverbesserung patientenorientierter Versorgungsstrukturen. HERZNETZ ist angelehnt an ein vergleichbares Projekt in der Tumormedizin, sog. WAVES Studie (Wechsel-seitiger Patienten-Arzt-Austausch in der Versorgung bei Brustkrebs mit dem Ziel der gemeinsamen Erarbeitung neuer patientenorientierter Strukturen), die seit dem letzten Jahr erfolgreich durchgeführt wird.

Mit Ihren Antworten zu allgemeinen, aber auch speziellen Fragen zu Ihrer Erkrankung, Ihren Erfahrungen im Austausch mit Ärzten/ Ärztinnen und Pflege sowie Ihren Wünschen und Bedürfnissen ist es uns möglich, ein Bild der aktuellen Versorgung zu erheben.

Die Befragung richtet sich an Menschen mit Herzerkrankungen. Die Angaben zum Datenschutz haben Sie bereits in der Patienteninformation erhalten.

Nehmen sie sich bitte ca. eine halbe Stunde Zeit, um die Fragen zu beantworten. Legen Sie sich bitte, soweit vorhanden, ihre Befunde sowie Arztbriefe zurecht. Bei Unsicherheiten oder Fragen stehen alle Projektbeteiligten (Kontakte s. Patienteninformation) gerne mit Rat und Tat zur Seite.

Es geht um die Erfassung Ihrer ganz persönlichen Erfahrungen - damit gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten/können, können Sie dies bei der jeweiligen Frage angeben.

Alle Angaben erfolgen freiwillig und gelten nicht als Voraussetzung für die darauffolgenden Fragen.

Bei Rückfragen, Unsicherheiten und Fragen zu dem Fragebogen kontaktieren Sie uns gerne unter: **studiensekretariatHTC@uk-augsburg.de** oder **telefonisch 0821/400 - 165 239**. Ebenso sind die beteiligten Universitätskliniken Ansprechpartner für Sie. Alle Kontaktdaten finden Sie in Ihrer Patienteninformation.

Die Antwortmöglichkeiten sind mit der Angabe "ja/nein/keine Angabe" zu beantworten. Teilweise sind Mehrfachantworten möglich oder Sie werden gebeten, die Antwort auf einer Skala zu bewerten, auf die Sie an entsprechender Stelle hingewiesen und weitergeleitet werden. Um bei Antwortfeldern mit freier Eingabe keine Angabe zu machen, geben Sie bitte "00" ein. Bei offenen Antworten werden Sie gebeten, bitte ein Stichwort mit Ihrer höchsten Priorität zu nennen.

**Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zusammen mit Ihrer unterschriebenen Einverständniserklärung an das Universitätsklinikum Augsburg. Dafür können Sie einfach das bedruckte Rücksendekuvert verwenden.**



## 1 Demographische Daten

Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers
Geburtsjahr	_____
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> Partnerschaft, aber nicht verheiratet <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> keine Angabe
Schulabschluss	<input type="radio"/> Abitur <input type="radio"/> Mittlere Reife <input type="radio"/> Hauptschulabschluss <input type="radio"/> kein Schulabschluss <input type="radio"/> keine Angabe
Körpergröße in cm	_____
Gewicht in kg	_____
Postleitzahl	_____
Wohnort	_____
Art der Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung (Durchblutungsstörung am Herz, Herzinfarkt) <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Erkrankung der Hauptschlagader <input type="checkbox"/> Herzschwäche <input type="checkbox"/> Herzmuskelerkrankung/Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung/Myokarditis <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> Angeborener Herzdefekt <input type="checkbox"/> Andere _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe
Welche Operationen (OPs)/Interventionen haben Sie im Universitätsklinikum erhalten?	<input type="checkbox"/> Stentimplantation in die Herzkranzgefäße <input type="checkbox"/> Bypassop <input type="checkbox"/> Herzklappeneingriff (OP oder Kathetereingriff) <input type="checkbox"/> OP oder Stent der Hauptschlagader (Aorta) <input type="checkbox"/> Kunstherz/Herz <input type="checkbox"/> Ablation ("Verödung") bei Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher (ICD/CRT)/Defibrillator <input type="checkbox"/> Behandlung des angeborenen Herzdefektes (OP oder Kathetereingriff) <input type="checkbox"/> Andere _____ <input type="checkbox"/> keine Angabe

## 2 Ablauf

In welchem Bundesland fand die erste Therapie Ihrer Herz-Erkrankung statt?

- Bayern
- Baden-Württemberg
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen
- Ich lebe im Ausland
- keine Angabe

Wurden Sie unter anderem an einer der folgenden Universitätskliniken behandelt?

- Universitätsklinikum Augsburg
- Universitätsklinikum Erlangen
- Universitätsklinikum Regensburg
- Universitätsklinikum Würzburg
- LMU Klinikum München
- Universitätsklinikum der Technischen Universität München
- Deutsches Herzzentrum München (Klinik an der Technischen Universität München)
- Nein
- keine Angabe

In welcher Fachabteilung wurden Sie am Universitätsklinikum behandelt?

- Innere Medizin/Kardiologie
- Herzchirurgie
- keine Angabe

Haben Sie einen Hausarzt/-ärztin?

- Ja
- Nein
- keine Angabe

Haben Sie einen niedergelassenen Kardiologen/niedergelassene Kardiologin?

- Ja
- Nein
- keine Angabe

Datum Erstdiagnose Herz-Kreislaufkrankung?

\_\_\_\_\_

Wer hat Sie über diese Diagnose als erstes aufgeklärt?

- Hausarzt/-ärztin
- Niedergelassener Kardiologe oder Internist/niedergelassene Kardiologin oder Internistin
- Kardiologe/Kardiologin in einem anderen Krankenhaus
- Herzchirurg oder Kardiologe im Universitätsklinikum

---

Wer war während der Diagnosemitteilung anwesend?

- keine weiteren Personen
- ein Mitarbeiter des Arztes/der Ärztin
- Partner/in
- Freund/in
- Kind(er)
- Vertreter einer Patienten-/Patientinnenorganisation
- sonstige \_\_\_\_\_
- die Anwesenheit einer weiteren Person war aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht gestattet
- keine Angabe

---

Was hätte Ihnen in dieser Situation der Diagnosemitteilung gutgetan? Hätten Sie sich andere Rahmenbedingungen gewünscht?

---

---

Wurden Sie von ihrem Hausarzt/-ärztin oder Kardiologen/ Kardiologin an ein Herzzentrum angebunden?

- Ja
- Nein
- keine Angabe

---

Wie gut haben Sie sich im Allgemeinen aufgeklärt gefühlt bei der Erstdiagnose?

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- keine Angabe

---

Wie lange dauerte das Erstgespräch, bei Übermittlung Ihrer Diagnose, ungefähr?

- 10 min
- 15 min
- 20 min
- 30 min
- mehr als 30 min
- keine Angabe

---

Wie bewerten Sie die Zeit, die für das Aufklärungsgespräch zur Verfügung stand?

- Genau richtig
- Zeit war eher knapp bemessen, aber ich konnte alle meine Fragen klären
- Ich hätte mir ein wenig mehr Zeit gewünscht, aber alle Fragen wurden geklärt
- Ich hätte mir ein wenig mehr Zeit gewünscht, nicht alle Fragen wurden geklärt
- Ich hätte mir viel mehr Zeit gewünscht
- keine Angabe

---

Konnte der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin Ihnen den Befund verständlich erklären?

- Ja, ich hatte den Befund vollständig verstanden
- Ja, ich hatte das Wesentliche verstanden
- Nein, ich konnte den Befund nur teilweise verstehen
- Nein, ich habe nichts verstanden
- Ich war mir unsicher, ob ich alles verstanden hatte
- keine Angabe

---

Wäre es hilfreich für Sie gewesen, im Anschluss an das geführte Gespräch einen Psychologen/Psychologin sprechen zu können?

- Ja
  - Nein
  - keine Angabe
-

Was hat Ihnen bei Ihrer Entscheidung für einen Kathetereingriff oder eine Operation am meisten geholfen? Bitte bewerten von 1=wichtiger Aspekt bis 6=unwichtiger Aspekt.

	1 = wichtig	2	3	4	5 = unwichtig
Medizinisches Hintergrundwissen	<input type="radio"/>				
Vertrauen gegenüber meinem Behandler/in	<input type="radio"/>				
Das gemeinsame Abwägen mit meinem Behandler/in	<input type="radio"/>				
Das gemeinsame Abwägen mit Freunden/Freundinnen/Familie	<input type="radio"/>				
Zeit zum Nachdenken, um allein die Entscheidung treffen zu können	<input type="radio"/>				
Einholen einer Zweitmeinung	<input type="radio"/>				

Haben Sie eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt?  Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Haben Sie selbst zusätzlich zu den Aussagen der Ärzte/Ärztinnen Informationen über Ihre Krankheit/Diagnose herangezogen?  Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Nach Entscheidung für die OP/Intervention: Haben weitere Aufklärungsgespräche stattgefunden?  Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wenn Sie bei obiger Frage mit Ja geantwortet haben, beantworten Sie bitte die zwei folgenden Fragen.

Falls Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie die zwei folgenden Fragen überspringen.

Mit wem haben diese stattgefunden?  Hausarzt/-ärztin  
 Niedergelassener Kardiologe/niedergelassene Kardiologin  
 Kardiologe/Kardiologin im Krankenhaus  
 Kardiologe/Kardiologin oder Herzchirurg/-in im Universitätsklinikum

Wie gut haben Sie sich aufgeklärt gefühlt?  Voll und ganz aufgeklärt  
 Ausreichend aufgeklärt  
 Teilweise  
 Nicht ausreichend aufgeklärt  
 Schlecht aufgeklärt

Hätten Sie vor Ihrer OP/Intervention gerne mehr Informationen gehabt, wie Sie sich selber vorbereiten können?  Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Hatten Sie das Gefühl, Ihre niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen und das Universitätsklinikum stehen ausreichend im Austausch miteinander?  Ja  
 Nein  
 keine Angabe

### 3 Wartezeiten

Wann haben Sie das Universitätsklinikum zum ersten Mal kontaktiert?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre Erstvorstellung im Universitätsklinikum?

\_\_\_\_\_

Wann fand die Aufklärung für Ihre OP/Intervention statt?

\_\_\_\_\_

Wurde Ihre geplante OP/Intervention kurzfristig verschoben (am Tag der OP/Intervention)?

- Ja  
 Nein

Wenn Sie bei obiger Frage mit Ja geantwortet haben, beantworten Sie bitte die folgende Frage.

Falls Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie die folgende Frage überspringen.

Wie oft wurde die OP/Intervention verschoben?

- 1 Mal  
 2 Mal  
 3 Mal  
 mehr als 3 Mal

Wann fand Ihre OP/Intervention statt?

\_\_\_\_\_

Wie war die Art Ihrer Erstvorstellung im Universitätsklinikum?

- Notfallaufnahme über Notaufnahme  
 Notfallaufnahme über Chest Pain Unit  
 Notfallaufnahme über Intensivstation  
 Einweisung durch Hausarzt  
 Einweisung durch Facharzt  
 Einweisung durch Krankenhaus

## 4 Erleben in der Klinik

Wurden Sie während des Klinikaufenthalts über Befunde/Untersuchungsergebnisse von unterschiedlichen Ärzten/Ärztinnen aufgeklärt?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wenn Sie bei obiger Frage mit Ja geantwortet haben, beantworten Sie bitte die folgende Frage.

Falls Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie die folgende Frage überspringen.

Hatten Sie den Eindruck, dass sich die Aussagen der einzelnen Ärzte/Ärztinnen widersprechen?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wenn Sie bei obiger Frage mit Ja geantwortet haben, beantworten Sie bitte die folgende Frage.

Falls Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie die folgende Frage überspringen.

Hat Sie das verwirrt/verunsichert?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Haben Sie etwas vermisst in der ärztlichen Begleitung seitens der Klinikärzte/-ärztinnen?

- Ich habe nichts vermisst  
 Fachwissen  
 Empathie  
 Sich Zeit nehmen  
 Patienten-/Patientinnen-orientierte und verständliche Wortwahl  
 Klare Strukturierung der nächsten Schritte  
 Sonstige \_\_\_\_\_  
 keine Angabe

Hatten Sie die Möglichkeit, Ihr behandelndes Team (z.B. Pflege, Physiotherapie, Psychologie, Sozialdienst, Reha Management etc.) vor der OP/Intervention kennenzulernen?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wem haben Sie sich während Ihrer stationären Behandlung am meisten anvertraut?

- niemandem  
 Partner/in  
 Freund/in  
 Arzt/Ärztin  
 ERAS Nurse, Heart Failure Nurse, Pain Nurse, Wundschwester/Wundpfleger  
 Pflegepersonal  
 kirchlicher Vertreter/in  
 Psychologe/-in  
 Selbsthilfe (Patienten-/Patientinnen-) organisation  
 anderen Patienten/-innen  
 keine Angabe

Wurde Ihnen die Option einer kardiopsychologischen oder psychosomatischen Beratung in der Klinik angeboten?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Welche Rolle spielt für Sie die Pflege auf Station in der Begleitung Ihrer Erkrankung auf einer Skala von 0-10?

- 0 (= keine Rolle)  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10 (= sehr große Rolle)

---

Wurde sich in der Klinik ausreichend Zeit für Sie genommen?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Gab es in Ihrem Behandlungsverlauf eine speziell ausgebildete Pflegekraft (z.B. Heart Failure Nurse, ERAS Nurse, Pain Nurse, Wundschwester/Wundpfleger), die Ihnen für weitere Fragen und Hilfe zur Seite stand?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Wenn Sie bei obiger Frage mit Ja geantwortet haben, beantworten Sie bitte die folgende Frage.

Falls Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie die folgende Frage überspringen.

---

Wie fanden Sie diese Unterstützung

- sehr gut  
 gut  
 befriedigend  
 ausreichend  
 mangelhaft  
 keine Angabe

---

Wussten Sie während Ihres Klinikaufenthaltes immer, an wen Sie sich bei Fragen wenden können?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Hatten Sie eine feste Ansprechperson?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Hatten Sie einen Aufenthalt auf der Intensiv- oder IMC Station?

- Ja  
 Nein

---

Wenn Sie bei obiger Frage mit Ja geantwortet haben, beantworten Sie bitte die neun folgenden Fragen.

Falls Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie die neun folgenden Fragen überspringen und im nächsten Abschnitt '5 Entlassung' weiter machen.

---

Wie haben Sie Ihren Aufenthalt dort erlebt?

- sehr positiv  
 etwas positiv  
 neutral  
 etwas negativ  
 sehr negativ  
 weiß ich nicht  
 keine Angabe

---

Möchten Sie noch weitere Angaben dazu machen, wie Sie Ihren Aufenthalt auf der Intensiv- oder IMC Station erlebt haben?

- Ja \_\_\_\_\_  
 Nein

---

Wie gut können Sie sich an die Zeit auf dieser Station noch erinnern?

- Ich kann mich an alles erinnern  
 Ich kann mich an fast alles erinnern  
 Ich kann mich teilweise erinnern  
 Ich kann mich schlecht erinnern  
 Ich kann mich gar nicht erinnern

---

Denken Sie, dass der Aufenthalt auf Intensiv/IMC Station Ihre Genesung beeinflusst hat?

- Positiv  
 Negativ  
 keine Angabe

---

Gibt es etwas, das Ihren Intensiv/IMC Aufenthalt erleichtert hätte?

- Bereits bekanntes Pflegepersonal  
 Schnellere Verlegung auf Normalstation  
 Eine feste Ansprechperson  
 Besuch von Angehörigen  
 Betreuung durch das gesamte Behandlungsteam (interprofessionelle Visite)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

---

Haben Sie sich nach Ihrer OP/Intervention ausreichend informiert gefühlt?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Wussten Sie, welche Bewegungen nach der OP/Intervention erlaubt sind?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Wussten Sie, in wie weit Sie sich in der Klinik schon bewegen/mobilisieren sollen/dürfen?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

---

Haben Sie Physiotherapie auf Normalstation erhalten?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe
-

**5 Entlassung**

Wurde thematisiert, wie Sie sich zu Hause verhalten sollen?

Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wurde thematisiert, welche Untersuchungen noch anstehen?

Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Haben Sie einen Termin in einer Rehaklinik angeboten bekommen?

Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wann wurden Sie aus der Klinik entlassen?

\_\_\_\_\_

Wann ging ihre Reha-Maßnahme los?

\_\_\_\_\_

Fanden Sie diesen Zeitraum zwischen Entlassung und Reha-Termin angemessen?

Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wenn Sie bei obiger Frage mit Nein geantwortet haben, beantworten Sie bitte die folgende Frage.

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, können Sie die folgende Frage überspringen.

Zeitraum

Zu kurz  
 Zu lang

Haben Sie ausreichend Informationen zur Entlassung erhalten?

Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Haben Sie ausreichend Informationen zum Reha-Ablauf erhalten?

Ja  
 Nein  
 keine Angabe

## 6 Nachsorge

Erfolgte eine angemessene Weitergabe der Behandlungsinformationen vom Universitätsklinikum an Ihre niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Wo führen Sie Ihre Nachsorgeuntersuchungen durch?

- Hausarzt/-ärztin  
 Niedergelassener Kardiologe/niedergelassene Kardiologin  
 Kardiologe/Kardiologin im Krankenhaus  
 Kardiologe/Kardiologin oder Herzchirurg/-in im Universitätsklinikum

Fühlen Sie sich während ihrer Nachsorge ausreichend informiert und betreut?

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Nehmen Sie an speziellen Programmen zur Vorbeugung weiterer Herz-Kreislaferkrankungen teil? (z.B. Herzsportgruppe oder ähnliches)

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Haben Sie Empfehlungen zu Lebensstil-Änderungen erhalten? (z.B. Ernährung, Bewegung, Rauchentwöhnung, medikamentöse Prophylaxe)

- Ja  
 Nein  
 keine Angabe

Gibt es Punkte, die Ihnen als eher negativ in Erinnerung geblieben sind?

- Die Befunde kamen zu langsam  
 Ich hatte/habe Angst vor der Erkrankung  
 Ich hatte/habe Angst vor der Therapie  
 Ich hatte/habe Angst vor einem Wiederauftreten der Herzerkrankung  
 Ich hatte/habe Angst, an der Erkrankung zu sterben  
 Gespräch mit Ärzten/Ärztinnen aufgrund der Diagnosemitteilung  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 keine Angabe

---

Was empfand ich in der gesamten Zeit von Diagnose über Therapie bis Nachsorge meiner Erkrankung an Herz-Kreislaufkrankung als sehr positiv?

- Das Angebot der Unterstützung durch Gespräche mit Ärzten/ Ärztinnen, Pflege, Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen, Selbsthilfe, anderen Patienten/-innen und privaten Umkreis hat deutlich geholfen, bestehende Ängste in den Griff zu bekommen
- Besonders wichtig waren/ sind für mich die Gespräche mit Ärzten/ Ärztinnen
- Besonders wichtig waren/ sind für mich die Gespräche mit Pflegekräften
- Besonders wichtig waren/ sind für mich Gespräche mit Psychologen/-innen bzw. Psychotherapeuten/-innen
- Besonders wichtig waren/ sind für mich Gespräche mit der Patienten-/Patientinnenorganisationen
- Besonders wichtig waren/ sind für mich Gespräche mit anderen Patienten/-innen
- Besonders mein Partner/-in / meine Familie hat mich unterstützt
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Keine Angabe

---

Könnten Sie sich vorstellen, auch digitale Angebote zur Vorbereitung und Nachsorge in Anspruch zu nehmen? (z.B. Apps, Videotelefonate, Websites, Wearables)

- Ja
  - Nein
  - keine Angabe
-

**7 Offene Fragen**

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

---

Hätten Sie Wünsche für zukünftige  
OPs/Interventionen?

---

---