KCCQ-Fragebogen

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre Herzinsuffizienz und wie Ihr Leben davon beeinflusst wird. Wir bitten Sie, folgende Fragen zu lesen und zu beantworten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte geben Sie die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Herzinsuffizienz wirkt sich auf verschiedene Menschen unterschiedlich aus. Manche spüren Atemnot, während andere Ermüdung empfinden. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Herzinsuffizienz (Atemnot oder Ermüdung) während der zwei letzten Wochen Ihre Fähigkeit, folgende Tätigkeiten auszuführen, beeinträchtigt hat. (Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

| | | Grad | aus anderen | | | |
|---|--------|------|-------------|-------|-------------------------|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Gründen |
| Tätigkeit | extrem | sehr | mäßig | etwas | über- haupt nicht | beeinträchtigt oder Aktivität nicht ausgeführt |
| Sich selbst ankleiden | | | | | | _ 9 |
| Duschen /Baden | | | | | | _ 9 |
| Ca. 100 –200 m auf ebener Strecke gehen | | | | | | 9 |
| Garten oder Hausarbeit Einkaufstaschen tragen | | | | | | 9 |
| Ohne Pause eine Treppe hoch steigen | | | | | | _ 9 |
| Laufen oder joggen (z.B. wenn Sie den Bus erreichen wollen) | | | | | | _ 9 |

Vergleich zu Ihrem Zustand vor 2 Wochen geändert? Meine **Herzinsuffizienz**-Symptome sind jetzt:

| viel schlechter | etwas schlechter | un- verändert | etwas besser | viel besser | Ich hatte während der Ietzten 2 Wochen keine Symptome |
|--------------------|---------------------|------------------|-----------------|----------------|---|
| \square_1 | \square_2 | □3 | 4 | □ 5 | ´ □ 6 |

3. Wie oft hatten Sie während der letzten 2 Wochen Schwellungen der Füße, Knöchel oder Beine morgens beim Aufwachen?

| jeden | 3 mal pro Woche | 1-2 mal pro Woche | weniger als einmal | niemals während |
|------------|------------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| Morgen | oder öfter, aber | | pro Woche | der letzten 2 |
| | nicht jeden Tag | | | Wochen |
| □ 1 | \square_2 | \square_3 | 4 | 5 |

| | eschwerli 2 Wocher | | Schwellungen | der Füße, Knö | ochel oder Bein | e während der |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|-----------------------|--|------------------------------------|
| extrei beschwe | | sehr beschwerlich | mäßig beschwerlich | etwas beschwerlich | überhaupt ni beschwerlic | |
| □ 1 | | _ 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | | ung während was Sie tun wol | | Wochen Sie ir | n Durchschnitt |
| ständig | mehrmals a Tag | am mindest einmal an | n Tag Woche, | • | s 2 mal wenige Woche einmal Woch | pro während |
| □ 1 | _ 2 | □з | | 1 4 | 1 5 1 6 | |
| 6. Wie b | eschwerli | ch war Ihre E ı | müdung währ | end der letzten | 2 Wochen? Si | e war: |
| extre i beschwe | | sehr beschwerlich | mäßig beschwerlich | etwas beschwerlich | überhaupt nic beschwerlich | |
| □ 1 | | _ 2 | \square_3 | 4 | 5 | |
| | | u tun, was Sie als am minde | e tun wollten? stens 3 mal c | oder 1 bis 2 ma | | ls niemals |
| | | Та | ig Woche, nicht je Tag | den | Woche | letzten 2 Wochen |
| □1 | | 2 🗆 | | | 6 | 7 |
| 8. Wie b | eschwerli | ch war Ihre A t | emnot währen | d der letzten 2 | Wochen? Sie | war: |
| extre beschwe | | sehr beschwerlich | mäßig beschwerlich | etwas beschwerlich | überhaupt n beschwerli | ch verspürte keine |
| □ 1 | | □ 2 | □3 | 1 4 | 5 | Atemnot ☐6 |
| | | | der letzten 2 indestens 3 Kis | • | | Atemnot auf |
| jed Nad | | 3 mal oder öfter Woche, aber n | icht Woo | | ger als einmal ero Woche | niemals während der letzten |
| | l 1 | jede Nacht □ 2 | | 3 | 4 | 2 Wochen □ 5 |
| Wie sich | ner sind S | | wissen, was zu | | enen Gründen v anzurufen ist, v | |
| überhau sich □ | ner | nicht sehr sicher ☐2 | teilwe sich ☐ | er | ziemlich sicher 4 | vollkommen sicher □ 5 |

| 11. Wie gut verstehen Sie, was Sie selbst tun können, um Ihre Herzinsuffizienz -Symptome nicht zu verschlechtern (z.B. Gewichtskontrolle, weniger Salz in der Diät usw.)? | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------------------------------|--|--|--|
| lch verstehe es lch v überhaupt nicht □1 | lch verstehe es nicht sehr gut ☐2 | | Ich verstehe es teilweise | | stehe es enteils 14 | Ich verstehe es vollkommen □15 | | |
| 12. In welchem Ausmaß hat Ihre Herzinsuffizienz während der letzten 2 Wochen Ihr Lebensfreude beeinträchtigt? | | | | | | | | |
| extrem beeinträchtigt b □1 | sehr eeinträchtigt □ 2 | mäßig beeinträchtigt | | beeint | vas rächtigt ⊒ 4 | überhaupt nicht beeinträchtigt □5 | | |
| 13. Wie würde Sie sic von Herzinsuffizienz | | | n Rest Ihre | es Lebens | in dem j e | etzigen Stadium | | |
| | größtenteils u n zufrieden □ 2 | ziemlich zufrieden □ 3 | | zufri | enteils eden 1 4 | vollkommen zufrieden □ 5 | | |
| 14. Wie oft waren Sie während der letzten 2 Wochen wegen Ihrer Herzinsuffizienz entmutigt oder deprimiert? | | | | | | | | |
| ständig di □1 | e meiste Zeit ⊒ 2 | 0 0 | | selten □4 | | niemals □ 5 | | |
| 15. In welchem Ausma Bitte geben Sie an, w während der letzten 2 Zeile ankreuzen) | vie Ihre Herzi | nsuffizio | enz Ihre T | eilnahme | an folge | nden Tätigkeiten | | |
| Tätigkeit | | | er Beeinträ | | | nicht zutreffend | | |
| | 1 extrem | 2 sehr | 3 mäßig | 4 etwas | 5 über- haupt nicht | oder aus anderen Gründen nicht beantwortet | | |
| Hobbies Freizeitaktivitäten | | | | | | _ 9 | | |
| Intime Beziehungen m Menschen, die Sie lieb | | | | | | 9 | | |
| Besuche bei Familien- mitgliedern oder Freunden außerhalb | | | | | | 9 | | |
| Ihrer Wohnung Arbeit / Hausarbeit | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | | | |

16 .Wie sehr haben Sie während der **letzten 2 Wochen** das Gefühl, Ihre **Herzinsuffizienz-Symptome** beeinflussen zu können?

| überhaupt nicht | nicht sehr | teilweise | ziemlich | vollkommen |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| □ 1 | _ 2 | □ 3 | 1 4 | □ 5 |

Sie haben nun das Ende dieses Fragebogens erreicht. Zum Schluss würden wir gerne Ihre Meinung zu diesem Fragebogen erfahren.

Wie haben Sie diesen Fragebogen zur Beurteilung Ihrer Lebensqualität erlebt?

| | gar nicht | wenig | etwas | ziemlich | sehr |
|--------------|-----------|------------|------------|----------|------------|
| verständlich | □1 | □2 | □ 3 | □4 | □ 5 |
| wichtig | □1 | □ 2 | □ 3 | □4 | □ 5 |
| leicht zu | □1 | □ 2 | □ 3 | □4 | □ 5 |
| beantworten | | | | | |
| angenehm | □1 | □ 2 | □ 3 | □4 | □ 5 |

Skalenrohwerteverteilung der KCCQ-Fragen

I

Abbildung 20: Fragen 1a bis 1i des KCCQ (Skala Körperliche Einschränkung).

Herzinsuffizienz wirkt sich auf verschiedene Menschen unterschiedlich aus. Manche spüren Atemnot, während andere Ermüdung empfinden. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Herzinsuffizienz (Atemnot oder Ermüdung) während der zwei letzten Wochen Ihre Fähigkeit, folgende Tätigkeiten auszuführen, beeinträchtigt hat. (Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

| | 1 | Grad 2 | aus anderen Gründen | | | |
|---|--------|-----------|------------------------|------------|------------------------------|--|
| Tätigkeit | extrem | sehr | 3 mäßig | 4 etwas | 5 über- haupt nicht | beeinträchtigt oder Aktivität nicht ausgeführt |
| Sich selbst ankleiden | | | | | | 9 |
| Duschen /Baden | | | | | | 9 |
| Ca. 100 –200 m auf ebener Strecke gehen | | | | | | 1 9 |
| Garten oder Hausarbeit Einkaufstaschen tragen | | | | | | 1 9 |
| Ohne Pause eine Treppe hoch steigen | | | | | | 9 |
| Laufen oder joggen (z.B. wenn Sie den Bus erreichen wollen) | | | | | | 9 |

Die rechte Spalte (9) wird auswertungstechnisch als Missing gewertet.