

Teilnehmer-Fragebogen: „Durchatmen, trotz COPD“

Datum: _____ GWMK-Teilnehmer-ID¹: _____

1) Um Sie richtig beraten zu können, möchten wir Sie um Informationen bitten.

a. Die Ergebnisse werden datenschutzkonform mit der InterMedCon GmbH (dem Bereitsteller der Technologie) und dem Klinikum Werra-Meißner zum Wohle Ihrer Betreuung geteilt. Krankenkassen sind explizit von einer Datenweitergabe aus diesem Fragebogen ausgeschlossen.

2) Zusätzlich möchten wir evaluieren, welchen Nutzen Teilnehmer aus dem Programm ziehen konnten.

Beide Zwecke sind in Ihrem Interesse, da das Programm nur langfristig existieren kann, wenn wir der Krankenkasse einen Nutzen nachweisen können.

Ihre Angaben sind grundsätzlich freiwillig.

Sie können Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, streichen.

1. Ihr Geschlecht? männlich weiblich divers
2. Ihr Geburtsjahr? _____
3. Ihre Körpergröße? _____ cm
4. Ihr aktuelles Gewicht? _____ kg
5. Ihre aktuelle Lebenssituation:
 - in bezahlter Arbeit / Selbstständig (Vollzeit)
 - in bezahlter Arbeit / Selbstständig (Teilzeit)
 - Hausfrau/-mann / Elternzeit / Mutterschutz
 - Frührente
 - Berentung
 - erwerbslos
6. Ihr Familienstand? ledig verheiratet geschieden verwitwet
7. Leben Sie mit einem Partner zusammen? ja nein
8. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingerechnet? _____
Wie viele davon sind...
 - ... unter 7 Jahre alt? _____
 - ... 7 bis 14 Jahre alt? _____
 - ... 15 bis 17 Jahre alt? _____
 - ... 18 Jahre oder älter? _____

¹ Von GWMK vergeben. Pseudonymisiert (Rückbezug über z.B. Schlüsselliste möglich) die Teilnehmer. Die Daten werden für eine wissenschaftliche Nutzung anonymisiert (kein Rückbezug möglich).

9. Ihr höchster Schulabschluss?
- noch keinen Schulabschluss
 - Schule beendet ohne Schulabschluss
 - Haupt-/ Volksschulabschluss
 - Realschulabschluss / mittlere Reife
 - Polytechnische Oberschule bzw. 10. Klasse
 - Fachhochschulreife / Fachoberschule
 - Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
 - Anderen Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)
10. Ihr höchster beruflicher Ausbildungsabschluss?
- Kein beruflicher Abschluss (und nicht in der Ausbildung)
 - Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende, Studierende)
 - Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
 - Berufsfachschule / Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)
 - Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)
 - Fachhochschule, Ingenieurschule, Universität, Hochschule
-
11. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?
- Ich bin nicht erwerbstätig (Studierende, Arbeitslose, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner)
 - Ich bin Auszubildender / Lehrling / Umschüler
 - wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden
 - wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden
 - wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr
 - Ich bin in Mutterschutz / Elternzeit oder sonstiger Beurlaubung
-
12. Wenn Sie nicht erwerbstätig sind, welcher Grund trifft hierfür zu?
- Arbeitslos
 - Erwerbsunfähig aufgrund von COPD, Asthma bronchiale, Mukoviszidose, Idiopathische Lungenfibrose oder Lungentransplantation
 - Studierende
 - Rentner / Pensionär
 - Hausfrau / Hausmann
-
13. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt oder üben Sie derzeit aus?
-
14. Wie viele Jahre haben Sie diesen Beruf ausgeübt?
-
15. Wie viel Geld steht Ihrem Haushalt netto monatlich zur Verfügung?
- möchte ich nicht beantworten
 - unter 500 €
 - 500 bis 899 €
 - 900 bis 1299 €
 - 1300 bis 1799 €
 - 1800 bis 2299 €
 - 2300 bis 2799 €
 - 2800 bis 3299 €
 - 3300 bis 3799 €
 - 3800 € und mehr



16. Rauchen Sie zurzeit
- wenn auch nur gelegentlich? Nicht-Raucher Raucher Ex-Raucher
 Rauchen bei Sozialen Anlässen
17. Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt geraucht?

18. In welchem Alter haben Sie angefangen zu rauchen?

19. Sind Sie im Besitz eines Smartphones? ja nein
- 19a. Wenn ja, sind Sie in der Lage das Smartphone eigenständig zu bedienen oder mit Hilfe eines Angehörigen? ja, alleine
 ja, mit Hilfe
 nein
- 19b. Wenn ja, nutzen Sie Apps? nein
 1x täglich
 mehr als 1x täglich
 weniger als 1x wöchentlich
 1x wöchentlich
 mehr als 1x wöchentlich
- 19c. Wenn ja, nutzen Sie den Wecker oder die Erinnerungsfunktion auf Ihrem Smartphone? ja nein
- 19d. Wenn ja, wozu dient Ihnen der Wecker oder die Erinnerungsfunktion? zum Aufstehen
 für Termine, Sport, etc.
 für die Einnahme von Medikamenten
 anderes (bitte angeben):

20. Haben Sie schon einmal einen Termin mit einem Arzt per Videosprechstunde gemacht? nein
 ja, 1x
 ja, 2-3x
 ja, mehr als 3x
- 20a. Wenn ja, wie hat Ihnen die Art des Termins mit Ihrem Arzt gefallen? sehr gut gut
 schlecht sehr schlecht
21. Würden Sie nochmal eine Videosprechstunde statt einem direkten Besuch beim Arzt machen? ja nein
 weiß nicht

22. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrem Hausarzt / Ärztin in Bezug auf	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?				
... die Informationen zum Verlauf Ihrer Krankheit?				
... die Information über die geplante Therapie?				
... die Verständlichkeit der Informationen?				
... die Information darüber, was Sie selbst zur Heilung beitragen können?				
... die Information über die verordneten Geräte, Medikamente usw.?				
... Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?				
... sein / ihr Verständnis?				
...die Zeit, die er / sie Ihnen widmet?				
... Zuspruch, Unterstützung und Feedback?				
...Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?				

23. Wie werden Sie von Ihrem Hausarzt / Ärztin in Entscheidungen über die Behandlung einbezogen?	Immer	Meistens	Selten	Nie
Mit mir werden über die Vor- und Nachteile der Behandlung diskutiert.				
Ich werde gefragt, welche Behandlungsmöglichkeit ich bevorzuge.				
Ich werde in Entscheidungen mit eingebunden.				

24. Welche Diagnose liegt bei Ihnen vor?	Ja	Nein	Weiß nicht
Diagnose COPD			
Diagnose Asthma			
Diagnose Mukoviszidose / Zystische Fibrose			
Diagnose Idiopathische Lungenfibrose			

25.	In welchem Jahr wurde Ihre Krankheit diagnostiziert?	
-----	--	--

26.	Welcher Arzt hat Ihre Diagnose gestellt?	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pneumologe <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben):
27.	Welche Medikamente, mit Bezug zu Ihrer Lungenerkrankung, nehmen Sie regelmäßig ein? 1. 2. 3. 4.	
28.	Welche Medikamente, mit Bezug zu Ihrer Lungenerkrankung, nehmen Sie bei Bedarf ein? 1. 2.	
29.	Was ist „die Frage“ die Sie zu Ihrer Krankheit aktuell haben? z. B. „Ich wollte schon immer wissen, was ...“ z. B. „Mich treibt folgender Gedanke um: ...“	

Zusatz: Bestimmung Ihres COPD Schweregrades

1. Mein (Haus-) Arzt / Ärztin hat mir meinen COPD Schweregrad mitgeteilt; dieser ist:	<input type="checkbox"/> GOLD I (leicht) <input type="checkbox"/> GOLD III (schwer)	<input type="checkbox"/> GOLD II (mittel) <input type="checkbox"/> GOLD IV (sehr schwer)
2. Mein (Haus-) Arzt / Ärztin hat mir mein COPD Risikogruppe mitgeteilt?	<input type="checkbox"/> A (leicht) <input type="checkbox"/> C (Hoch)	<input type="checkbox"/> B (mittel) <input type="checkbox"/> D (sehr hoch)

Wenn Sie die Fragen I und II nicht beantworten konnten, möchten wir Sie bitten die folgenden Fragen zu beantworten.

3. Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer Verschlechterung ihrer Lungenfunktion (Exazerbation) ins Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> mehr als 1x
4. Beurteilung der Atemfluss-Einschränkung (FEV ₁ in % vom Sollwert) [Hinweis: Messen wir gemeinsam]	<input type="checkbox"/> FEV ₁ >= 80% <input type="checkbox"/> FEV ₁ >= 30-49%	<input type="checkbox"/> FEV ₁ >= 50-79% <input type="checkbox"/> FEV ₁ < 30%

5. Der „COPD Assessment Test“ (CAT) besteht aus acht Fragen. Der erreichte Punktwert kann zwischen 0-40 liegen. Je niedriger die Gesamtpunktzahl, desto weniger ist der Alltag durch die COPD beeinträchtigt.

Wenn sie 0 umkreisen bedeutet dies, dass die linke Behauptung zu 100% zutrifft. Wenn sie die 5 umkreisen bedeutet dies, dass die rechte Behauptung zu 100% zutrifft. Die Zahlen 1-4 stellen Mittelwerte da.

Beispiel :

Ich bin immer glücklich	0	1	2	3	4	5	Ich bin immer traurig	
-------------------------	---	---	---	---	---	---	-----------------------	--

Bitte umkreisen

Trägt der Lungenlotse ein

	Bitte umkreisen							Punkte
Ich huste nie.	0	1	2	3	4	5	Ich huste ständig.	
Ich bin überhaupt nicht verschleimt.	0	1	2	3	4	5	Ich bin völlig verschleimt.	
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust.	0	1	2	3	4	5	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust.	
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht ausser Atem.	0	1	2	3	4	5	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr ausser Atem.	
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt.	0	1	2	3	4	5	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt.	
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen.	0	1	2	3	4	5	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung grosse Bedenken, das Haus zu verlassen.	
Ich schlafe tief und fest.	0	1	2	3	4	5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest.	
Ich bin voller Energie.	0	1	2	3	4	5	Ich habe überhaupt keine Energie.	
							Punktezahl Total	

6. Mit der **Atemnot-Skala** kann Ihre Atemnot („Dyspnoe“) beurteilt werden.

Bitte einen Score durch Umkreisen auswählen. Falls mehrere zutreffen, immer das höchste auswählen.

(Beispiel: Wenn die Beschreibung von Score 0, 1 und 2 zutreffen, wäre ihr MMRC-Score 2)

Modified Medical Research Council (MMRC-) Dyspnoeskala	
Score	Beschreibung
0	Ich bekomme nur Atemnot bei sehr starker Belastung.
1	Ich bekomme Atemnot bei schnellem Gehen in der Ebene oder bei leichter Steigung.
2	Wegen meiner Atemnot bin ich beim Gehen langsamer im Vergleich zu Personen gleichen Alters ODER gezwungen zum Stehenbleiben beim Gehen in der Ebene.
3	Ich muss bei einer Gehstrecke von 100 Metern oder nach 2 Minuten stehen bleiben.
4	Ich kann wegen meiner Atemnot das Haus nicht verlassen oder komme beim An- und Ausziehen ausser Atem.

7. Wie oft fühlten **Sie** sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen <input type="checkbox"/> An Mehr als der Hälfte der Tage <input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen <input type="checkbox"/> An Mehr als der Hälfte der Tage <input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

8. Abschließend zwei Fragen, die nur für unser Interesse sind:

8.a. Haben Sie Interesse an einer Selbsthilfegruppe zum Thema COPD teilnehmen?

ja nein

Hintergrund ist, dass wir die Eschweger Selbsthilfegruppe „Leben mit COPD“ mitorganisieren. Hier können Sie sich regelmäßig mit anderen Menschen zum Thema COPD / Lungengesundheit sowie Ihre Erfahrungen mit dem Spirometer austauschen.

8.b. Wie sind sie auf unser Angebot aufmerksam geworden? (Bspw. Online-Auftritt, Hinweis von Dr. Schild, Plakat in der Arztpraxis, Empfehlung eines Bekannten...):

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und Zeit.

Ihr GWMK Lungenlotse

Ihr Pneumo Adherence Team

Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH

Friedrich-Wilhelm-Straße 33

37269 Eschwege

Tel: 05651 / 952 192-0

lungenlotse@gesunder-wmk.de

InterMedCon GmbH

Harkortstraße 1

48163 Münster

Tel.: 0251 / 928 705-0

PneumoAdherence@intermedcon.com

Wird vom Lungenlotsen ausgefüllt:

Schweregradeinteilung:

