

DIPLOMA THESIS

Cardiovascular Risk Factors and Osteoarthritis

Discrepancies between General Practitioners and Patients
in the Perception of the Aspect “Functional Disability” for the
Prevention of Coronary Heart Diseases

Submitted by

Anna Sarah Kaltenbach

Matriculation Number: 0009455

for Receiving the Academic Degree of

Dr. med. univ.

at the

Medical University of Graz

Department of Orthopaedics

1st Supervisor

Ass. Prof. Dr. Mathias Glehr

2nd Supervisor

Univ.-Prof. Dr. Andreas Leithner

Graz, November 3, 2010

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Statutory Declaration

I declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources/resources, and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

Graz, November 3, 2010

Acknowledgments

First of all I would like to thank Ass. Prof. Dr. Mathias Glehr and Univ.-Prof. Dr. Andreas Leithner for the supervision of this diploma thesis and for their professional and valuable support at all times.

Furthermore I want to thank Mr. Hans-Christian Caluba and the Department of Evaluation and Organisation of Exams for technical assistance with the data capture.

Special thanks go to Dr. Reinhold Glehr for the organisation of the study and the acquisition of general practices.

Finally, I owe special thanks to my family and my partner for their unconfined support during my whole studies.

Table of Contents

Introduction	1
Objective.....	1
Joint Disorders.....	1
Cardiovascular Diseases.....	2
Cardiovascular Diseases in Patients with Joint Disorders	4
Physical Activity.....	4
General Practitioner.....	5
Alcohol.....	6
Psychological Factors in Patients with Joint Disorders (OA and RA)	7
Protein-Rich Diet and Meat Consumption	8
Aims of the Study	9
Hypotheses	10
Material and Methods.....	11
 Patient Inclusion Criteria	11
 Sample Size	12
 Data Collection.....	12
 Explanation of the Measures	13
EPA Cardio Instrument.....	13
Oxford Knee Score and Oxford Hip Score	14
ESC Risk SCORE.....	16
RAPA	18
REAP - S	18
Mid-Sized Model Smoking Measure.....	19
EQ-5D	19
Medication Adherence	19
PACIC	19
 Data Analysis	21
Results	22
Descriptive Analysis.....	22
Inferential Statistics.....	27
Discussion	41
References	49
Appendix.....	57

Abbreviations

ANOVA.....	Analysis of Variance
BG	Blood Glucose
BMI	Body Mass Index
BP	Blood Pressure
CHD	Coronary Heart Disease
CVD.....	Cardiovascular Disease
DMARD	Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug
EPA	European Practice Assessment
GP	General Practitioner/ General Practice
LBP	Low Back Pain
M	Mean
N.....	Number
OA	Osteoarthritis
OHS	Oxford Hip Score
OKS.....	Oxford Knee Score
PA	Physical Activity
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
RA	Rheumatoid Arthritis
RAPA	Rapid Assessment of Physical Activity
REAP - S.....	Rapid Eating and Activity Assessment Short Version
SD	Standard Deviation
THR.....	Total Hip Replacement
TKR.....	Total Knee Replacement
ρ	Spearman's Rank Correlation Coefficient

Table of Figures

Figure 1: SCORE Risk Chart.....	17
Figure 2: Gender	22
Figure 3: Age of Patients in Total	23
Figure 4: Age of CVD Patients Figure 5: Age of Risk Patients.....	24
Figure 6: Age of Prevention Patients	24
Figure 7: Histogram: BMI.....	25
Figure 8: BMI Categories	26
Figure 9: OKS and OHS	29
Figure 10: Regression Lines.....	32
Figure 11: Scatterplots	37
Figure 12: GP Consultations per Year and ESC Risk	38
Figure 13: Depression	40

List of Tables

Table 1: Oxford Knee and Hip Scores.....	14
Table 2: Questionnaires and Data Collection	20
Table 3: Age (M and SD).....	23
Table 4: BMI (M and SD).....	25
Table 5: Crosstab Pain and Group.....	27
Table 6: Age*OKS/OHS, BMI*OKS/OHS	30
Table 7: Linear Regression	31
Table 8: Multiple Linear Regression with Age and BMI as Predictors	33
Table 9: OKS/OHS * Alcohol Physical Activity, Smoking Status, Meat Consumption	35
Table 10: ESC Risk Score * OKS/OHS	37
Table 11: ESC Risk * GP Consultations.....	39
Table 12: Depression * OKS/OHS.....	40

Abstract

Background: Joint disorders and cardiovascular risk factors are among the most common medical conditions in our society. The aim of the study was to identify whether those entities are related to each other. Furthermore, it was investigated in which way these patients are supported by their general practitioner. Additionally, it was analyzed whether psychological comorbidities come along with joint disorders.

Material and Methods: This study was a part of the multicentered European Practice Assessment (EPA) of cardiovascular risk management. Several tools were used in order to evaluate cardiovascular risk factors. In total, 38 Austrian general practitioners recruited 1118 patients who were divided into 3 groups according to their cardiovascular risk profile. The general practitioner filled in a questionnaire concerning important medical data on the patient. The cardiovascular risk was calculated on the basis of the SCORE risk chart established by the European Society of Cardiology. In addition to the EPA tools, Austrian patients were asked to complete the Oxford Knee and Hip Score questionnaires in order to evaluate their functional joint status. Statistical evaluation was performed using correlation and regression analyses.

Results: Only half of the general practitioners (GP) had documented in their charts that their patients suffered from pain to their knee or hip in the past four weeks. Patients with a higher GP consultation frequency had a lower risk of a cardiovascular event. There were significant differences in age, gender, BMI and functional joint status between the three cardiovascular risk groups. BMI is a good predictor for the knee function. There were no significant correlations between joint disorders and cardiovascular risk as well as lifestyle factors. Still, there was a significant correlation between joint disorders and depression.

Conclusions: The data showed that communication between GP and patient could be improved. GPs provide suitable medical care for cardiovascular risk patients. It could not be proven that joint disorders could also result in a higher cardiovascular risk profile. Further research on this subject needs to be conducted.

Zusammenfassung

Hintergrund: Gelenkserkrankungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren gehören zu den häufigsten Erkrankungen in unserer Gesellschaft. Das Ziel der Studie war es, Zusammenhänge zwischen diesen Entitäten zu erkennen. Weiters wurde untersucht, inwieweit PatientInnen von ihren HausärztInnen unterstützt werden. Zusätzlich wurde analysiert, ob es Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Gelenkserkrankungen gibt.

Material und Methoden: Diese Studie war Teil des multizentrischen „European Practice Assessment (EPA)“ für kardiovaskuläres Risikomanagement. Zur Evaluierung der kardiovaskulären Risikofaktoren wurden mehrere Instrumente verwendet. Insgesamt wurden 1118 PatientInnen von 38 österreichischen HausärztInnen ausgewählt und nach ihrem kardiovaskulären Risiko in drei Gruppen eingeteilt. Die HausärztInnen füllten zu den PatientInnen einen Fragebogen mit medizinisch relevanten Daten aus. Das kardiovaskuläre Risiko wurde anhand der SCORE Risikotabelle der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie berechnet. Zusätzlich zu den EPA Instrumenten bearbeiteten die österreichischen PatientInnen die Oxford Knie- und Hüft-Fragebögen zur Beurteilung der Gelenksfunktion. Die statistische Auswertung erfolgte mittels Korrelations- und Regressionsanalysen.

Ergebnisse: Nur die Hälfte der HausärztInnen hatte Knie- bzw. Hüftbeschwerden ihrer PatientInnen dokumentiert. PatientInnen mit mehr Konsultationen hatten ein niedrigeres Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis. Es gab signifikante Unterschiede zwischen den drei kardiovaskulären Risikogruppen betreffend Alter, Geschlecht, BMI und funktionellem Gelenkszustand. Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Gelenkserkrankungen und dem kardiovaskulärem Risiko bzw. Lebensstil-Faktoren. Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gelenkserkrankungen und Depression.

Schlussfolgerungen: Die Daten zeigten, dass die Kommunikation zwischen PatientInnen und HausärztInnen verbessert werden könnte. Die HausärztInnen stellen geeignete medizinische Versorgung für kardiovaskuläre RisikopatientInnen zur Verfügung. Es konnte nicht gezeigt werden, dass Gelenkserkrankungen auch zu einem höheren kardiovaskulären Risiko führen können. Zu diesem Thema müsste mehr Forschung betrieben werden.

Introduction

Objective

Incidence and prevalence of chronic diseases are on the rise. The main reason for this trend is the demographic change in industrialized regions (1). Life expectancy is still increasing. Chronic diseases such as diabetes, hypertension, osteoarthritis and respiratory diseases will become the biggest challenges for our healthcare system.

Joint Disorders

In Austria, 13% of men and 20% of women are affected by osteoarthritis (OA), arthritis or rheumatoid arthritis (RA) (2). The most important risk factors are age and gender. While younger adults are rarely affected by joint disorders, almost one fifth of all people between 45 and 59 are affected (2). Half of the people over 75 are affected by joint disorders. In 92% the diseases were diagnosed by a doctor. Two thirds of these people were treated or took medication because of joint disorders (2).

The World Health Organization acknowledged the severity of these problems by establishing the Bone and Joint Decade 2000 - 2010.

OA, defined as chronic degenerative non-inflammatory condition of the joint, is more often found in men younger than 45 years, while women are affected more often over 55 years. In total, it is estimated, that almost 10% of men and 18% of women are affected by OA (3). Radiologic studies suggest even higher figures. Besides age and gender, BMI, trauma and physically demanding activities are the most important risk factors for development and progression of OA (3). Other studies have shown that the predictive value of the BMI is greater than that of age in patients with OA of the knee. However, in patients with OA of the hip, the BMI has little predictive value (4).

The incidence of RA, a chronic inflammatory condition which also includes the joints, is increasing till the age of 70 and then decreasing. Women are affected twice as often (3). The prevalence of RA in industrialized regions is about 1%.

Osteoporosis is defined as loss of bone mass which leads to an increase in fragility. At the age of 85 years, half of the women and one fifth of men are affected by osteoporosis (3).

With regard to the coincidence of OA and cardiovascular diseases it is of interest that first-line drugs in the therapy of OA are non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), particularly Diclofenac. Patients often use over-the-counter medication and alternative medicine, so these elements should be considered as well (5).

Cardiovascular Diseases

In 2007, the European Society of Cardiology established evidence based guidelines on cardiovascular disease (CVD) prevention in clinical practice (6). The instrument, the so-called SCORE risk chart, estimates the 10-year-risk of a first fatal atherosclerotic event, including e.g. myocardial infarction, aortic aneurysm and stroke. The data was collected from 12 European cohort studies (7). The endpoints were defined as ICD-9 codes which can be traced back to atherosclerotic diseases.

Although the SCORE risk chart was originally developed for people without established CHD, it is also applicable for people with established CHD, but they should be treated as high risk patients. It is assumed that factors that are protective for people in primary prevention remain protective in secondary prevention. Therefore the ESC risk chart is useful for the estimation of risk factors in GP (7). Attention was paid to the main CVD risk factors smoking, nutrition, overweight, physical activity (PA), blood pressure (BP), heart rate, plasma lipids, diabetes and genetic factors. The effect of smoking depends on the amount of tobacco products consumed daily and the duration of consumption. Those effects interact in a synergistic way with other CVD risk factors. Another important part of CVD risk management is the professional advice on food and dietary options to reduce CVD risk (7).

Concerning overweight and obesity, it is now clear that particularly intra-abdominal visceral fat is metabolically active and results in insulin resistance, hyperinsulinemia and dyslipidemia (6). Routine measurement of waist circumference is a suitable screening tool to identify patients with high CVD risk. It

also turned out that the risk threshold is higher in men than in women (8).

There is also a causal relationship between plasma cholesterol levels and atherosclerosis (9). It was shown that a 10% reduction in total cholesterol level results in a 25% reduction in CHD incidence. LDL reduction by 40 mg/dl can cause a 20% reduction in CHD events (9).

Hypertension is a risk factor for vascular diseases in general (10-11).

Physical activity (PA) has beneficial effects on the course of atherosclerosis and may result in a one-fourth decline in mortality (12). However, most patients with CHD don't have a sufficient level of physical activity. In order to achieve this goal, a change in behavior (keyword: lifestyle modification) is necessary (13):

The median quantity PA in the European Union member states is 24 metabolic equivalent (MET) - hours per week (14). MET is a measure for the intensity of PA adjusted for a person's weight. The Netherlands with the highest METs per week have a median of 39.4. Austria's median METs, however, is only 23.1, slightly below the European average (14).

There are various mechanisms of influencing the development of atherosclerosis by physical activity (15): The attenuation of the sympathetic nervous system that comes with regular physical exercise, reduces the heart rate and results in a lower oxygen consumption (16). While exercising, however, heart rate is increasing and higher shear forces are exerted on the blood vessel endothelium which leads to a higher release of NO, also known as EDRF - endothelium-derived relaxing factor (16). The lack of physical activity is therefore of increasing interest in the management of risk factors for CVD (17). Already moderate but regular activity over 15 - 30 minutes on most days of the week results in an improvement of subjective well-being and a decrease in cardiovascular mortality (18). These positive effects arise within a few weeks (19). Regular activity in patients with CHD even has a better effect on the prevention of a myocardial infarction than a percutaneous coronary intervention (20).

To sum up, targets for the prevention of fatal cardiovascular events are (21):

- No smoking
- Healthy food choices
- Physical activity
- BMI lower than 25

- BP lower than 140/90, respectively 130/80
- Total cholesterol lower than 190 mg/dl, respectively 175 mg/dl
- LDL cholesterol lower than 115 mg/dl, respectively 100 mg/dl
- Good glycemic control in patients with diabetes

Cardiovascular Diseases in Patients with Joint Disorders

Although CVD mortality is discussed controversially, Sihvonon found out that over 40% of RA patients died of cardiovascular reasons (ICD-codes I00-I99) (22). Similar figures were also found in OA patients. Erb et al. observed that RA and OA patients without established cardiovascular co-morbidity are affected by high CHD risk factors (22).

Newer studies showed that patients with joint disorders have an unfavorable risk profile. It is well known that patients under corticosteroid medication have different lipid profiles and blood glucose levels (23). They also have an increased CVD risk because of PA limitations due to joint pain. Although statistical significance tests were not performed, OA patients seem to have higher CVD risk factors in all observed categories (hypertension, diabetes, high total cholesterol, low HDL cholesterol and renal impairment or failure) than the general population (23). The only category in which OA patients don't have a higher risk than the general population is cigarette smoking (23).

Physical Activity

As already mentioned above, PA has several positive effects on the development and progression of CVD. There have been controversial studies on the required intensity of training that is used for a significant change in CVD risk factors. Some studies suggested that only vigorous exercise comes along with a significant risk reduction (24). Other studies, however, pointed out that even light activity - conducted on a regular basis - results in similar outcome (25). Therefore, it is now commonly recommended that exercise should be of moderate intensity. Additionally, the compliance of the patients increases as the intensity of exercise decreases (25).

For a long time there have been no statistically firm studies on PA in secondary prevention. Either the samples were not big enough, only men were observed, or the time lags between coronary event and start of PA were different within the samples.

The results of several meta-analyses in the past years confirmed the effect of PA in rehabilitation and therapy of CVD and led to the general recommendation of PA in secondary prevention. Still, it is important that the general practitioner acts as supervisor for the patients (26). He/she assists the patient in choosing the right kind of activity and the intensity of training. Recommended sports for CHD prevention and rehabilitation are for example: Nordic walking, hiking, jogging, cycling, cross-country skiing, swimming and rowing (26). Still, there are no clear statements on how to recommend PA to the patients (27).

OA patients are a special challenge for PA in prevention and rehabilitation. There is a bidirectional relationship between PA and pain (4). Pain is a limitation to PA. Less activity decreases muscle strength and consequently the stability of joints. The stability of joints is a strong predictor for the development and progression of OA (4). OA means more pain and so the vicious circle continues.

Studies on patients with low back pain (LBP) resulted in similar outcomes. Björck-van Dijken et al. found out that patients suffering from LBP had physically demanding work and high physical work activity, but low PA during their leisure time (28). There were socio-demographic differences between people with and without LBP as well: LBP patients lived in smaller towns, were less educated, were smokers more often and had higher BMIs than the control group (28).

General Practitioner

All above described disease patterns are typical reasons for the consultation of the general practitioner (GP).

OA patients generally have a high GP and specialist consultation frequency (29). The GP is the primary contact for arthritis patients and the main care provider for most patients (30). Rosemann et al. found out that a high frequency of GP visits is predicted by not being in a partnership, an increased number of drug prescriptions and high scores in the Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) as well as in

the Patient Health Questionnaire (PHQ) (31). Due to the increasing medical progress, the demand for certainty in the GP's decisions is increasing. The standards lead to the fact that patients and GPs are less tolerant of uncertainty. Consequently, the GP's motivation decreases (32).

Patients at the GP are in good hands when healthcare professionals don't lose sight of their aims: providing safe, effective, timely, efficient and patient-centered care (33). Marinos et al. figured out that most - almost two thirds - of the patients who visited an orthopedic emergency department could have been appropriately managed in primary care settings. Therefore, the role of the GP has to be strengthened (34). The Damask trial team observed that it is even more (cost-) effective if patients with joint problems get a referral to MRI by their GP instead of a referral to an orthopaedic specialist without prior MRI (35). Additionally, the referral rate of orthopaedic patients can be decreased by consultation sessions of GPs and specialists in orthopaedics, for example in a monthly meeting. Similar results were given in studies with consultation sessions of GPs and cardiologists (36).

As musculoskeletal problems are very common, their correct clinical assessment is central. However, there are many clinicians who are not competent enough to carry out the assessment sufficiently (37). Therefore, a review of undergraduate musculoskeletal curricula that emphasizes on clinical aspects is needed (38).

Alcohol

It has been widely known that alcohol reduces the risk of developing rheumatoid arthritis. A recently published study showed that not only the risk of developing RA is lower in alcohol consumers, but also the rate of radiographic progression (39). In a fully adjusted model, it was found out that there is a trend towards less progression within people with occasional to daily alcohol consumption. Non-drinkers and heavy consumers of alcohol showed an increased radiographic progression in their disease (39).

Psychological Factors in Patients with Joint Disorders (OA and RA)

Patients with chronic diseases need to be treated differently. They have been living with their pain and limitations for years and they have somehow become experts concerning their disease. As chronic diseases often come along with pain and limitations, patients often experience a reduction in their quality of life.

Therefore, psychological and physical factors have to be addressed at the same time in order to improve the physical and psychological status of patients with chronic diseases (40). Pain is the strongest predictor of depression (41). But coping strategies of patients suffering from chronic illnesses seem to be less developed than in the control group. It was also examined whether there are socio-demographic differences; but there were no differences regarding gender, age, duration of the disease, comorbidities and treatment (41).

About two thirds of the patients who met the criteria of a major depressive disorder also have chronic pain issues. In patients with chronic pain, on the contrary, there is a higher prevalence of depression than in patients without chronic pain (42). The prevalence of depression in the prior cited study was about seven percent. Almost half of the patients (45%) reported chronic pain. It is also recommended that these patients receive a medical treatment that includes pain medication as well as psychotherapy (42).

But depression is not the only comorbidity in patients with joint disorders. There is also a high prevalence of anxiety in these patients. While also one fourth of the patients reported anxiety, the GPs estimated only 12%. Akin to this figures, GPs often underestimate the prevalence of depression and functional disability of their patients (43).

Dexter et al. found different conclusions by also including people who are not under treatment (44): They postulated that the prevalence of depression in OA patients is not higher than in the general population at the same age. However, they found out that patients who are currently under a GPs consultation for OA are more depressed than patients who are not under consultation (44).

In RA patients, findings seem to be similar. Patients with RA are more likely to be depressed than healthy control people (45). The effect size, however, - as a measure for the relation between two variables that is not dependent from the

group size - was small to moderate, but still not dependent from age, gender or socioeconomic status of the patients (45). The authors only included studies with a control group. These different findings may therefore be explained by the use of different measures of depression.

Another mediating factor in the perception of pain is stress and reactivity to stress. RA, as well as OA patients, reported more depression during times when they perceived greater interpersonal stress (46). These findings are valid for older women with OA and RA. Furthermore, a greater stress level and an increased reactivity to stress lead to more depression and consequently more pain - only valid for RA patients. Other studies showed that also subthreshold depression is a relevant condition for GPs (47).

In general, the management of patients suffering from joint disorders and concomitant diseases is somehow difficult. While the pharmacological treatment is guideline oriented, the benefit of conservative approaches, e. g. physical therapy, is overestimated, whereas the benefit of invasive treatments is underestimated (48). Newer approaches of increasing the quality of life of OA patients - such as self management tools - seem to be promising (49).

Protein-Rich Diet and Meat Consumption

In the treatment of OA, lifestyle changes and non-pharmacological therapies gain more and more attention. It is recommended that patients exercise regularly. Muscle strengthening and aerobics under supervision are a part of these programs as well (50). As avoiding obesity is one of the main factors in primary and secondary prevention, there have been several studies on that issue (50). It was examined in which way weight loss is most effective. It became evident that the combination of modest weight loss (diet) with modest exercise provides the best results. Weight loss was based on several diet regimens including well-balanced, low-fat and nutritious foods (51). Clear recommendations on how to manage the weight loss, are missing (52).

Hailu et al. examined the associations between meat consumption and the prevalence of degenerative arthritis and soft tissue disorders (53). They found out that higher consumption of meat comes along with a higher prevalence of OA in

men and women, though the mechanisms are not fully understood by now.

A 2010 meta-analysis, conducted by Micha et al., that included 20 studies, revealed a significant relationship between coronary heart disease, diabetes and the consumption of meat (54). Still, the findings seem to depend on the type of meat examined. Only the consumption of processed meat seems to be related to a higher incidence of CHD and diabetes. The CHD risk is 42%, the diabetes risk 19% higher per 50 g intake per day. On the other hand, the consumption of unprocessed red meat is not related to a higher CHD and diabetes risk (54).

Aims of the Study

The aim of this diploma thesis was to get insight into relationships between joint disorders and cardiovascular events. Correlations between cardiovascular risk factors and joint disorders were investigated. Cardiovascular risk factors in this context include age, blood pressure, total cholesterol, smoking habits as well as eating habits, alcohol consumption, obesity and physical activity. The risk of fatal cardiovascular events was calculated and set in relation to joint disorders. It was investigated whether patients with more severe joint disorders are at higher risk of a cardiovascular event. Some authors also postulated correlations between joint disorders and depression, so this dimension was evaluated as well. It was analyzed as well whether patients, who tend to seek medical advice more often, have a lower risk of cardiovascular events. Furthermore, the GP's perception about the patient's joint disorders was evaluated.

Before starting the evaluation, it has to be confirmed that all three groups (CVD, Risk, Prevention group) are equal in gender, age and BMI. If they are not equal, groups have to be evaluated separately from each other. Patient data are analyzed regarding joint disorders (operationalized by the Oxford Scores of knee and hip) and CVD risks (operationalized by the ESC SCORE) as well as other measures that are described below.

Hypotheses

Hypothesis one: Many patients suffer from joint disorders while their GPs don't know about it. Therefore, the patient's pain is not treated at optimum.

Hypothesis two: The Oxford Knee and Hip Scores are different in the three groups (CVD, Risk and Prevention).

Hypothesis three: Correlations between age and joint disorders as well as BMI and joint disorders exist.

Hypothesis four: There are correlations between joint disorders and lifestyle factors, such as physical activity, smoking status, eating habits (meat consumption in particular) and alcohol consumption.

Hypothesis five: Patients with joint disorders of knee and hip have an estimated higher 10 year risk to die of a cardiovascular event.

Hypothesis six: Patients who seek medical advice more often have an estimated lower risk to die of a cardiovascular event within the next 10 years.

Hypothesis seven: There are correlations between joint disorders and depression.

Material and Methods

The European Practice Assessment of cardiovascular risk management (55), a multicentered study was implemented in several European countries such as Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Israel, the Netherlands, Slovenia, Spain, Switzerland and the United Kingdom. Those countries were chosen as a representative sample across Europe. The aim of the study was to prevent CVD by comparing quality of primary care practices.

For this diploma thesis, only the data collected in Austria will be analyzed. For the Austrian part of the study, two orthopedic questionnaires were added (56).

The start of the survey was in June 2008. It was intended to recruit 36 practices per country, however, in Austria, 38 general practices participated in the study. This number made it possible to gain a representative amount of data.

Patient Inclusion Criteria

In Austria, 38 GP practices took part in the study. Each practice had to nominate 15 patients according to three attributes: patients with established CHD, patients at high risk of cardiovascular events and healthy adults as primary prevention group.

Established CHD includes patients with myocardial infarction, angina pectoris and patients who already had a vascular surgery or intervention.

Patients at high risk of cardiovascular events are defined by meeting 3 of the 4 following criteria: hypertension, hypercholesterolemia, smoking or men over 60 years. Patients with established CVD were excluded.

Patients aged 18 to 45 were asked to complete the questionnaire as primary prevention group. The focus was laid on this age because it was assumed that health behaviors like physical activity, smoking and alimentation habits are continued at higher age.

General exclusion criteria were terminal illness, cognitive impairment, psychiatric illness and language problems.

Sample Size

In total, 1118 patients took part in the study, 377 CVD patients, 371 risk patients and 370 prevention patients. Thirty-eight general practices participated in the study. Anonymity was guaranteed by forwarding merely the consecutive number of the questionnaire. Identification was facilitated by giving one ID per patient, per GP and per country.

Data Collection

In the context of the EPA Cardio Project, there were different questionnaires and interview guides used. Within this diploma thesis, data of three patient questionnaires and two medical questionnaires were evaluated (Appendix).

There was one specific questionnaire for each group: CVD, Risk, and Prevention. Furthermore, the GP was asked to fill in a questionnaire by using the patient's records, the so-called abstraction tool for a medical record audit. Abstraction tools were only filled in for CVD and Risk patients, but not for Prevention patients. All questionnaires were numbered consecutively. There was only one number given to a person, so that the two questionnaires could be matched afterwards.

The questionnaires were established, translated and tested in a prior study.

Before filling in the questionnaire, patients were informed about the content of the questionnaire, the support of the study by their GP. Patients were instructed to fill in all applicable questions. They were reassured that there were no right or wrong answers and that this survey is anonymous. Patients were asked to use a dark, thin ballpen, mark the fields with a cross and the figures should be easy to read.

All patients were asked their year of birth, weight, height, socio-demographic data and chronic diseases (Europep). (Appendix)

Explanation of the Measures

EPA Cardio Instrument

With the opening of the European borders, there was a need to identify indicators in order to compare practice management in different European countries. The emphasis was put on CVD and the quality of CVD prevention and management of risk factors. Several consensus methods were used. First of all, a framework was established, subsequently, indicators of international guidelines were classified into that framework and comments were added. Eventually, 44 indicators were identified. Those were rated valid in nine European countries for the use in a CVD and CVD-risk population (57). The indicators, covering lifestyle-related items, clinical performance and organizational aspects, were used for the abstraction tool, which was one of the most important aspects of the study. The abstraction tool is a questionnaire which was filled in by the GP or his/her assistant. It consists of items concerning smoking habits, motivation and medical advice to quit smoking, physical activity, BMI, eating habits and parameters such as Blood Pressure, Cholesterol, Blood Glucose as well as questions about pain of knee and/or hip and TKR or THR.

The abstraction tool was supposed to be used in all patients. However, Campbell et al. revealed that most of the indicators are rated valid in CVD patients, but not in Prevention patients (57). International agreements about thresholds of parameters like Blood Pressure or Cholesterol haven't been established by now. One consequence is that the abstraction tool was only used for the CVD and Risk group, but not for the Prevention group. This leads to the fact that reliable data on BP, BG, Cholesterol and medication is not available for Prevention patients and their parameters could not be compared to the CVD and Risk group. (Appendix)

Oxford Knee Score and Oxford Hip Score

After consulting the administration of the EPA Cardio Project, there were two further questionnaires included for the Austrian patients. Those questionnaires contain items about the patient's joint status, restricted to knee and hip. Those joints are the most frequently affected in osteoarthritis patients. Affections in these joints were measured by the Oxford Scores, which are available for both knee and hip (56, 58-59). (Appendix).

The Oxford scores were originally developed to evaluate the outcome of joint replacements. The scores were evaluated by Naal and Sieverding (60-61). They are focused specifically on hip and knee disorders and are supposed to rule out possible influences of comorbidities. After being revised, the scores are now easier to use for both patients and orthopedics. Both questionnaires consist of 12 items with a rating scale of 5 levels. Those levels are encoded into values from 0 to 4, "0" meaning the worst assessment, "4" the best. For scoring the questionnaire, the 12 values are summed up. Accordingly, the score is anywhere between 0 and 48. Afterwards, the score can be categorized into one of four grades:

Table 1: Oxford Knee and Hip Scores

Score	
0-19	May indicate severe knee arthritis/hip arthritis. It is likely that the patient may well require some form of surgical intervention and should contact the family doctor or orthopedic surgeon.
20-29	May indicate moderate to severe knee/hip arthritis. The patient should see the family doctor for an assessment and x-ray and consider an orthopedic consult.
30-39	May indicate mild to moderate knee/hip arthritis. The patient should consider seeing the family doctor for an assessment and possible x-ray. The patient might benefit from non-surgical treatment, e. g. exercise, weight loss and/or anti-inflammatory medication.
40-48	May indicate satisfactory joint function.

Source: www.orthopaedicscore.com

It is supposed to fill in representative values if less than two values are missing and calculate the score. However, if more than two values are missing, the calculation of the score is not recommended.

The Oxford Knee Score was thoroughly rethought and adjusted. It is a well known instrument for the assessment of knee problems. Before it was first published (59), 20 patients in consideration of total knee replacement (TKR) were interviewed about their current problems. Afterwards, a first draft containing 20 items was tested on 20 new patients. This procedure was repeated subsequently and patients were asked to complete the draft if something important was missing. Not till then, the questionnaire was tested in a prospective study and the test criteria were calculated.

Items that especially refer to the knee are:

- Have you felt that your knee might suddenly “give away” or let you down?
- Could you walk down a flight of stairs? - The form “could” was chosen for people living in bungalows.

Items that were designed for hip issues in particular, are the following:

- Have you been able to put on a pair of socks, stockings or tights?
- Have you been able to climb a flight of stairs?
- Have you had any sudden, severe pain - ‘shooting’, ‘stabbing’ or ‘spasm’ - from the affected hip?

Other items, such as pain, the patient’s ability to wash and dry themselves, getting in and out of a car or public transport etc. were used for both joints (Appendix).

ESC Risk SCORE

The SCORE project (7) was established in order to develop a risk scoring system that can be used in clinical routine. The data was collected from 12 European cohort studies with over 200 000 participants. Estimation tables were calculated in accordance with the guidelines for risk factor management by the First Joint Task Force of the European Societies on Coronary Prevention. There were three stages of the development: first, paper-based risk charts were designed for high and low risk countries; second, methods for creating risk charts were developed, which were based on mortality rates; and finally, the risk estimation was integrated into a computer-based application. Risk, operationalized as cardiovascular mortality was defined by certain ICD-9 codes. The data from Denmark, Finland, and Norway as well as risk factor coefficients from the overall collective were calculated into the high risk model. Similarly, Belgium, Italy and Spain served as matrix for the low risk model. By now, several specific risk charts have been developed, e. g. for Germany. However, Austria is defined as a high risk country and therefore the risk was calculated by using the high risk chart (Figure 1).

There are two different ways of calculating the risk chart, either by using total cholesterol or cholesterol/HDL cholesterol ratio. The other parameters are: gender, age, systolic BP and smoking. There have been doubts, whether the risk was underestimated by taking the cholesterol based estimation. The authors, however, evaluated and compared those two systems and found out that the cholesterol/HDL-estimation has no advantage over cholesterol alone. Therefore, the total cholesterol based estimation was applied in this diploma thesis.

The risk charts were intended to be used in primary prevention patients. Within this study, there was a CVD and Risk group as well, which was not the focus group of the SCORE project. Anyway, the authors suggested, that risk factors that are important in primary prevention might remain important in secondary prevention. Patients with established CHD should be treated as high risk cases.

There is another big issue about the age: the highest age that is taken into account by the high risk chart is 65 years. The introduction says, for estimation take the cell nearest to the patient's age. Subsequently, the risk of 90+ patients is calculated in the same age class as for 65 year old patients.

RAPA

The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) is a valid measure of physical activity (62). Before it was constructed, the literature was systematically reviewed and surveys among geriatricians, focus groups and older adults were held. In a cohort of 115 older adults, the RAPA was compared to other instruments that were already established in practical use. The RAPA contains items on the three levels of physical activity: light, moderate and vigorous. Before filling in the questions, the different levels are explained visually and in writing. The final version of RAPA consists of nine items with the response options of yes and no. The first seven items relate to physical activity, two items relate to muscle strength and flexibility. The score of the first seven items was categorized into 5 levels of physical activity:

1. Sedentary
2. Underactive
3. Regular Underactive (light activities)
4. Regular Underactive
5. Regular Active

Flexibility and muscle strength are scored separately and were not applied in the diploma thesis. RAPA was originally designed for adults older than 50 years; however, it has been presented to the Risk and Prevention group, whereas prevention patients are by definition between 18 and 45 years old. (Appendix)

REAP - S

REAP - S is a short version of the Rapid Eating and Activity Assessment (63). It contains items that are commonly known as healthy, such as the consumption of whole grain products, fruit and vegetables, milk and dairy products, meat, snacks, cookies, lemonade and alcohol. REAP - S was applied in Risk and Prevention patients. There are two categories that were evaluated separately: first, high-protein diet (questions four and five) and second, alcohol consumption (question 12).

Mid-Sized Model Smoking Measure

The mid-size model smoking measure was used to assess not only if the patient is a smoker right now, but also when he or she quit smoking. It is evaluated how many cigarettes the patients smoke per day, if they have smoked 100 cigarettes in their life and if there is an intention to quit smoking and how badly they want to quit (64).

Within this diploma thesis, it was evaluated if the patient is a smoker or not. This instrument was used in Risk and Prevention patients only.

However, the smoking habits were also requested within the abstraction tool. Therefore it was possible to find out - if documented by the GP or assistant - whether patients in the CVD group are smokers as well.

EQ-5D

This questionnaire was established to evaluate the health status at the moment just when patients fill in the questionnaire. A Visual Analog Scale was added wherein patients assessed their today's health status on a scale from 0 to 100 (65). As this instrument is only filled in by CVD and Risk patients, it was not further used in this diploma thesis.

Medication Adherence

In order to measure the adherence to medication, five questions were added in CVD and Risk questionnaires (66).

PACIC

PACIC, the Patient Assessment of Chronic Illness Care is a 26-items questionnaire with 5 subscales reflecting the different aspects of preventive medicine (67). Scoring instructions are included. Only CVD patients were asked to

fill in the questionnaire. In the framework of this diploma thesis, emphasis was laid on Oxford scales and therefore the PACIC data was not further evaluated.

Table 2 gives an overview of the questionnaires and the samples in which they were applied.

Table 2: Questionnaires and Data Collection

Questionnaire	CVD	Risk	Prevention
Demographic data	X	X	X
Chronic diseases	X	X	X
Healthcare use	X	X	X
Oxford Knee Score	X	X	X
Oxford Hip Score	X	X	X
Abstraction tool for CVD	X		
Abstraction tool for Risk		X	
RAPA		X	X
REAP - S		X	X
Smoking status		X	X
EQ-5D + VAS	X	X	
Medication adherence	X	X	
PACIC	X		
Views on primary prevention at GP			X
Europep 23 items	X	X	X

Data Analysis

At the beginning it has to be checked whether the demographic data is equally distributed in the three groups CVD, Risk and Prevention group.

If they are not equally distributed, the groups have to be observed separately in the following evaluations. Otherwise the results are biased because of preexistent data inhomogeneity.

All data was analyzed with the SPSS version 11.5, the explanation of statistical methods are to be found at the following analyses.

Results

Descriptive Analysis

At the beginning of the analysis it was tested whether the groups that were established by the GP or his/her assistant are equally distributed as far as number of patients, age, gender and BMI are concerned.

It turned out that the three groups (CVD, Risk, Primary Prevention (referred to as "Prevention group") contain similar numbers of patients: there were 377 CVD patients (33.7%), 371 Risk patients (33.2%) and 370 Prevention patients (33.1%).

Gender

In total, 45.6% of the patients were female and 54.6% were male. Accordingly, it was examined whether the three groups CVD, Risk and Prevention group differ from each other as far as gender is concerned. The following ANOVA showed that the groups are significantly different in gender ($p < .05$). The post hoc tests with Bonferroni correction showed that the groups contributed unequally to the significance: only the Prevention group is significantly different from the others. As shown in Figure 2, almost half of the female patients were in the Prevention group, compared to only 22% of the male patients (Figure 2).

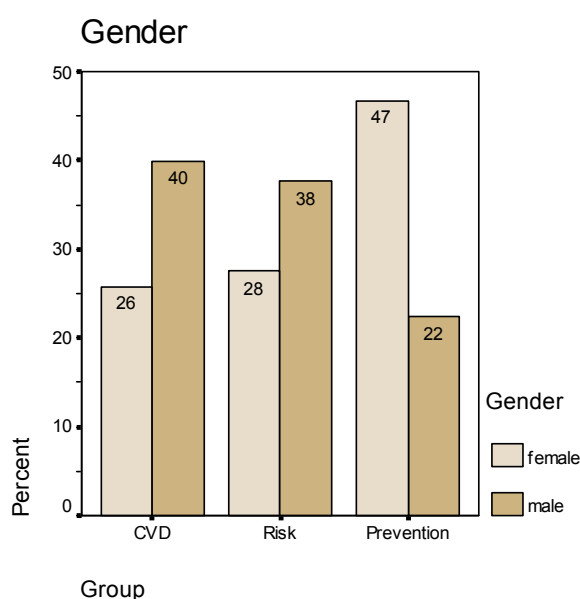


Figure 2: Gender

Age

One of the most important risk factors for developing osteoarthritis or joint disorders is the patient's age. The groups that were named in the study were not randomized. Therefore, there was the possibility that the patients in the different groups are not of the same age. In total, patients were on average 56.82 years old.

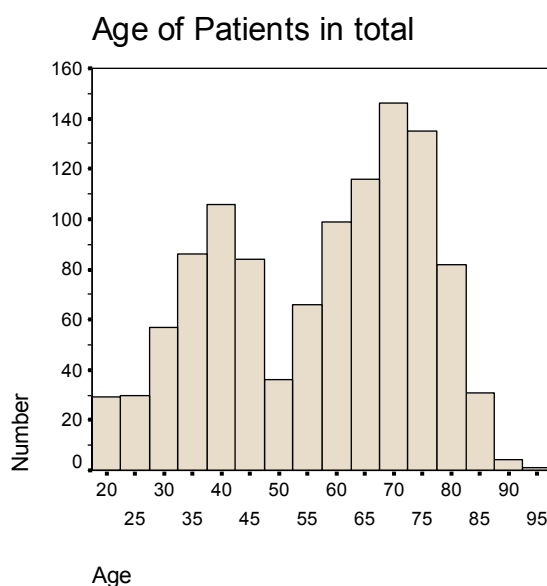


Figure 3: Age of Patients in Total

The means and standard deviations of the three groups are shown in Table 3 .

Table 3: Age (M and SD)

Group	N	M	SD
CVD	373	69.43	10.88
Risk	365	64.71	10.20
Prevention	370	36.33	8.47
Total	1108	56.82	17.67

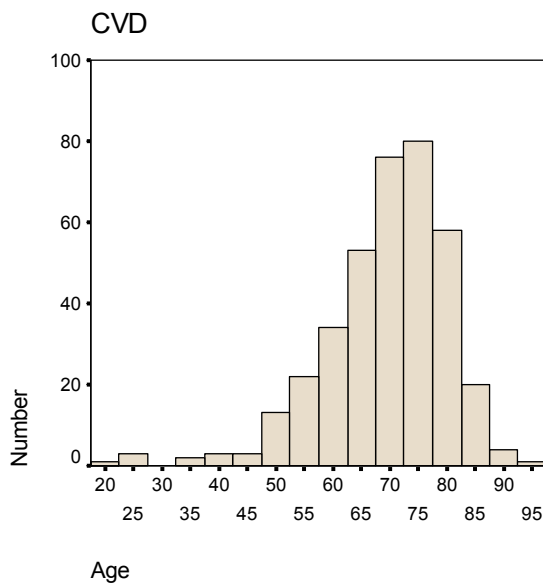


Figure 4: Age of CVD Patients

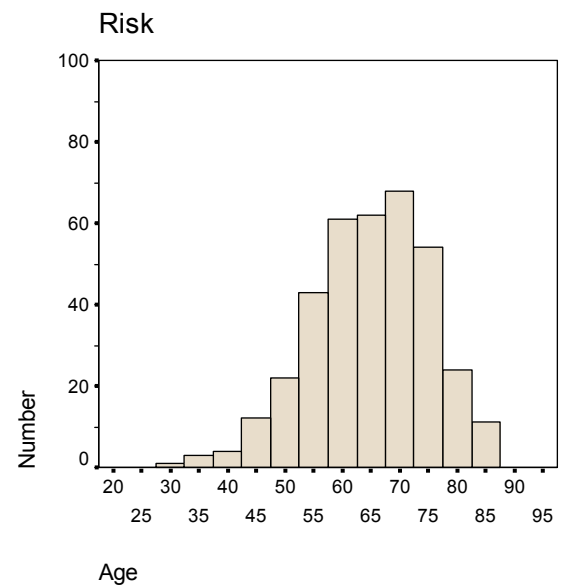


Figure 5: Age of Risk Patients

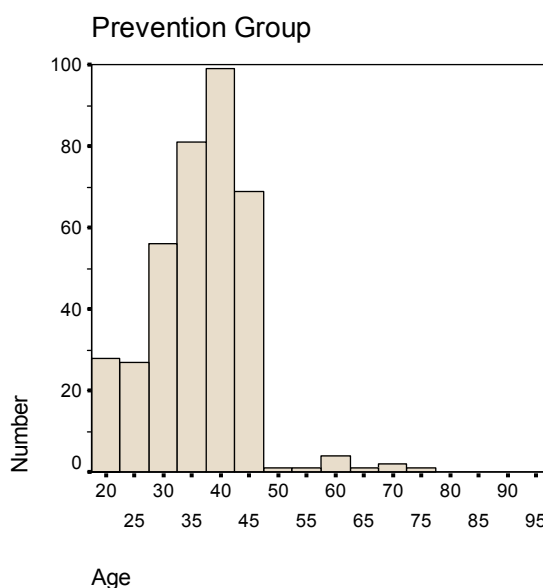


Figure 6: Age of Prevention Patients

It can be seen in Figure 3 that the frequencies are not normally distributed. The Q-Q-Plots showed, however, that the values are close to the curve. Therefore, the differences in the mean age were tested with an analysis of variance (ANOVA). The ANOVA showed that the groups are significantly different in age ($F_{2,1105}=1210.62, p<.05$). In order to assess which group is different from which other group, post hoc tests were performed by applying the Bonferroni correction. It turned out that - as expected - all three groups are significantly different from each other in age.

If groups are different in demographic data - like in this case - this fact has to be considered any time a problem is evaluated in which age could be an interfering factor.

BMI

Another important risk factor for developing joint disorders, especially of the knee is the BMI. Therefore, it was evaluated whether the patients in the three groups are different in BMI. The BMI in the three groups is different. Risk patients have the highest average BMI, followed by CVD patients. Prevention patients are the most slender. BMI means and SD are shown in Table 4.

Table 4: BMI (M and SD)

Group	N	M	SD
CVD	370	27.42	4.84
Risk	364	28.24	4.24
Prevention	370	25.04	4.85
Total	1104	26.89	4.84

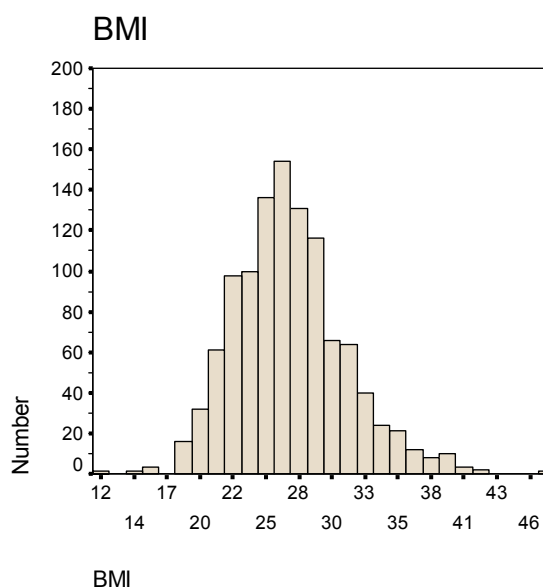


Figure 7: Histogram: BMI

Figure 7 shows that the BMI measures seem to be almost normally distributed. This was also confirmed by a Q-Q-Plot. There are some outliers with BMIs much higher than 40.

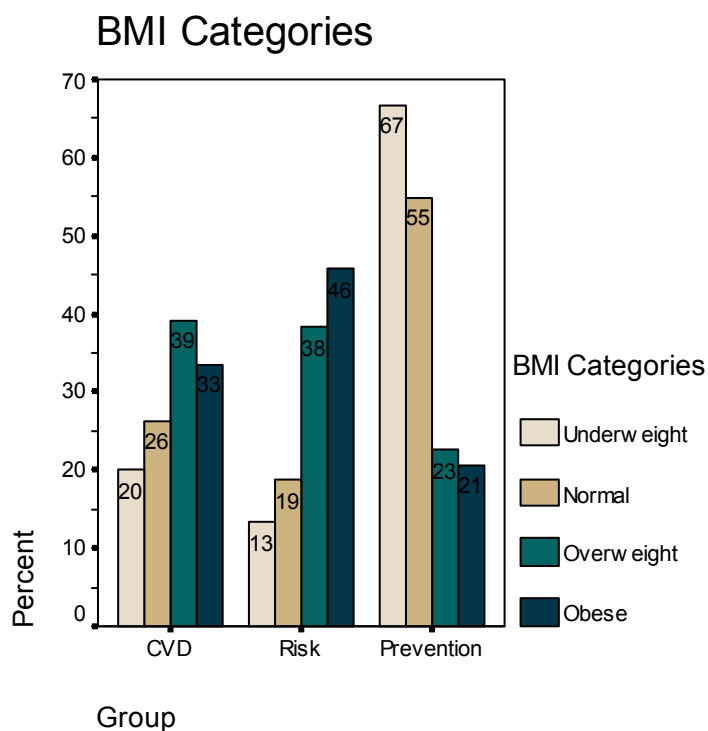


Figure 8: BMI Categories

As seen in the descriptive statistics, the three different groups have preexistent differences in gender, age and BMI. Age and BMI are important risk factors for developing joint disorders (Figure 8). Therefore, the three groups were evaluated separately in the following inferential statistics.

In order to evaluate whether those three groups differ significantly, an ANOVA was calculated, which showed that the three groups are different from each other. To find out, which of the groups are different, post hoc tests were performed. It was seen that only the Prevention group is significantly different from the others. Prevention patients have lower mean BMIs (Figure 7). The difference between CVD and Risk is not significant.

Inferential Statistics

Hypothesis one

Many patients suffer from joint disorders while their GPs don't know about it. Therefore, the patient's pain is not treated in an optimal way.

Assessing the prevalence of joint disorders in the three different groups, knee and hip disorders were evaluated separately from each other. Patients were asked if they've had knee or hip pain in the past four weeks. Those who said "yes" were asked to complete the 12 questions of the Oxford Knee/ Hip Score. For the statistical analysis, Pearson's chi-square tests were performed.

In both joints, the attributes "knee pain" and "hip pain" were not statistically independent from the three groups CVD, Risk and Prevention group ($p < .05$).

As shown in Table 5, 306 patients of the CVD and Risk group quoted that they have had knee pain during the last four weeks. Only in 51%, the GP had documented in his/her charts that the patients suffer from knee pain. The result was even worse in hip pain patients: only 47% of the pain issues were documented at the GP's charts.

The Prevention group could not be compared because the required data, which was extracted from the abstraction tool ("Documentation at GP"), was not available from Prevention patients.

Table 5: Crosstab Pain and Group

Group	Knee Pain		Hip Pain	
	YES	NO	YES	NO
CVD	167	210	126	251
Risk	139	232	114	257
Σ	306	442	240	508
Documented at GP	157 (51%)	428	113 (47%)	470

-
- *Many patients suffered from pain to their knee or hip in the past four weeks. Only in about 50% of the cases, the GP had documented the pain issues.*

Hypothesis two

The Oxford Knee and Hip Scores are different in the three groups (CVD, Risk and Prevention).

As shown in Figure 9. Oxford Scores are running from 0 to 48, 0 being the worst functional joint status, 48 being the best. The median OKS in the CVD group was 36 and in the Risk group 37 - slightly better. The median OKS in the Prevention group was 42, clearly better than in the two other groups. The median OHS in the CVD group was 35, in the risk group 37 and in the Prevention group 40 (see Figure 9).

It can be seen that both OKS and OHS are on average higher in the Prevention Group. This implies that patients in the Prevention group have better knee and hip function. The lowest OKS and OHS were reached in the CVD group.

Interestingly, none of the patients in the Prevention group reached the maximum score of 48. The patients who filled in OKS and OHS all had knee or hip pain in the past four weeks. Obviously, Prevention (so-called "healthy") patients feel handicapped because of knee and hip pain more often than CVD and Risk patients.

In general, the median OKS and OHS show that patients who have had knee or hip pain in the past four weeks feel seriously handicapped by their pain. It is suggested that the OKS and OHS are graded into categories that imply treatment options. A total OKS or OHS between 30 and 39 indicates mild or moderate knee or hip arthritis.

Subsequently, it was checked whether the Oxford Scores are significantly different between those three groups. The Oxford Scores are ordinal attributes. Therefore, a non-parametric test for three groups had to be applied, the Kruskal-Wallis- test.

The Kruskal-Wallis test showed that the three groups are significantly different in Oxford Knee Scores ($\chi^2_2=31.14$, $p<.05$) and in Oxford Hip Scores ($\chi^2_2=8.46$, $p<.05$). The Oxford Scores represent the function of either knee or hip. It can

easily be seen that patients in the CVD group had the worst average function of knee and hip, while Prevention patients had the best average function.

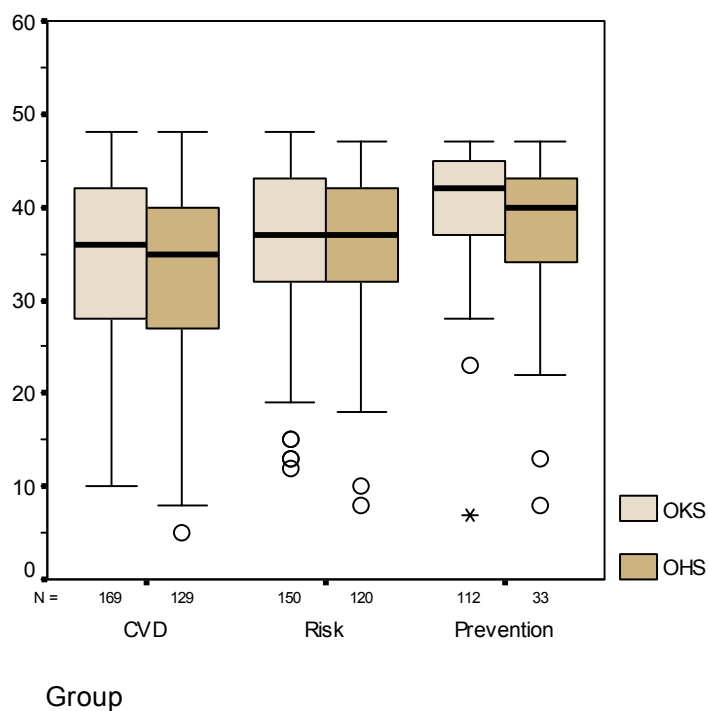


Figure 9: OKS and OHS

- *The median Oxford Scores for both knee and hip are clearly different between the three cardiovascular risk groups.*
- *Prevention patients have a better joint function than Risk or CVD patients.*

Hypothesis three

Correlations between age and joint disorders as well as BMI and joint disorders exist.

As seen in the descriptive analysis, the groups CVD, Risk and Prevention are not equal as far as age and BMI are concerned. If all patients are put together into one analysis, significant correlations that might come up could be the result of preexistent differences between the groups in age and BMI. Therefore, the groups were evaluated separately. OKS and OHS are ordinal attributes, that's why the Spearman rank correlation coefficient was applied.

It turned out that there were significant moderate correlations between OKS and age as well as BMI, but only for the CVD and Prevention group (Table 6). Anyway, the Risk group showed a significant moderate correlation with BMI. The negative correlations imply:

- *The higher the age is, the lower are OKS - older patients have worse knee function and vice versa.*
- *The higher BMI is, the lower are OKS and OHS - overweight and obese patients have worse knee and hip function and vice versa.*

Table 6: Age*OKS/OHS, BMI*OKS/OHS

		Age		BMI	
		ρ	<i>N</i>	ρ	<i>N</i>
	CVD	-.20**	166	-.25**	163
OKS	Risk	-.05	146	-.16	146
	Prevention	-.27**	112	-.19*	112
	CVD	-.16	127	.02	125
OHS	Risk	-.01	117	-.21*	118
	Prevention	-.09	33	-.25	33

** Correlation is significant, $\alpha < .01$.

* Correlation is significant, $\alpha < .05$.

Regression analysis

Regression analyses are special statistical techniques of building a model. The regression model shows relationships between one dependent (criterion) variable and one or more independent (predictor) variables. As both age and BMI showed several significant correlations with OKS and OHS, a linear regression analysis was conducted. The aim was to find a model that explains the influence of the two predictors age and BMI on the criterion OKS or OHS.

First, the linear regression was calculated with OKS as criterion. The predictors were included separately. Then, the linear regression model was calculated with OHS and the two predictors separately.

Table 7 shows the data of the 4 regression analyses. All predictors have a significant negative influence on their criterion. With every 10 years, a patient becomes older, the function of the knee (represented by the OKS) decreases by 1.6 points, the function of the hip by 1 point. The slope of OKS is steeper than the slope of OHS, concerning the age. This means that, if patients get 6.3 years older, their OKS is supposed to decrease by 1 point. The OHS, however, decreases by 1 point in 10 years. Subsequently, OKS is more vulnerable to age than OHS.

The slope of OKS predicted by BMI has the highest (negative) elevation of the slope ($\beta = -.44$) (Figure 10).

R^2 of the regression represents the fraction of the criterion variation that is predicted by age and BMI. The significant p -value shows that age and BMI have a significant influence on the OKS.

Table 7: Linear Regression

	Age				BMI			
	R^2 <i>unadj.</i>	R^2 <i>adj.</i>	Const.	β	R^2 <i>unadj.</i>	R^2 <i>adj.</i>	Const.	β
OKS	.09	.09	46.03	-.16	.06	.06	49.02	-.44
OHS	.02	.02	41.25	-.10	.02	.02	41.24	-.22

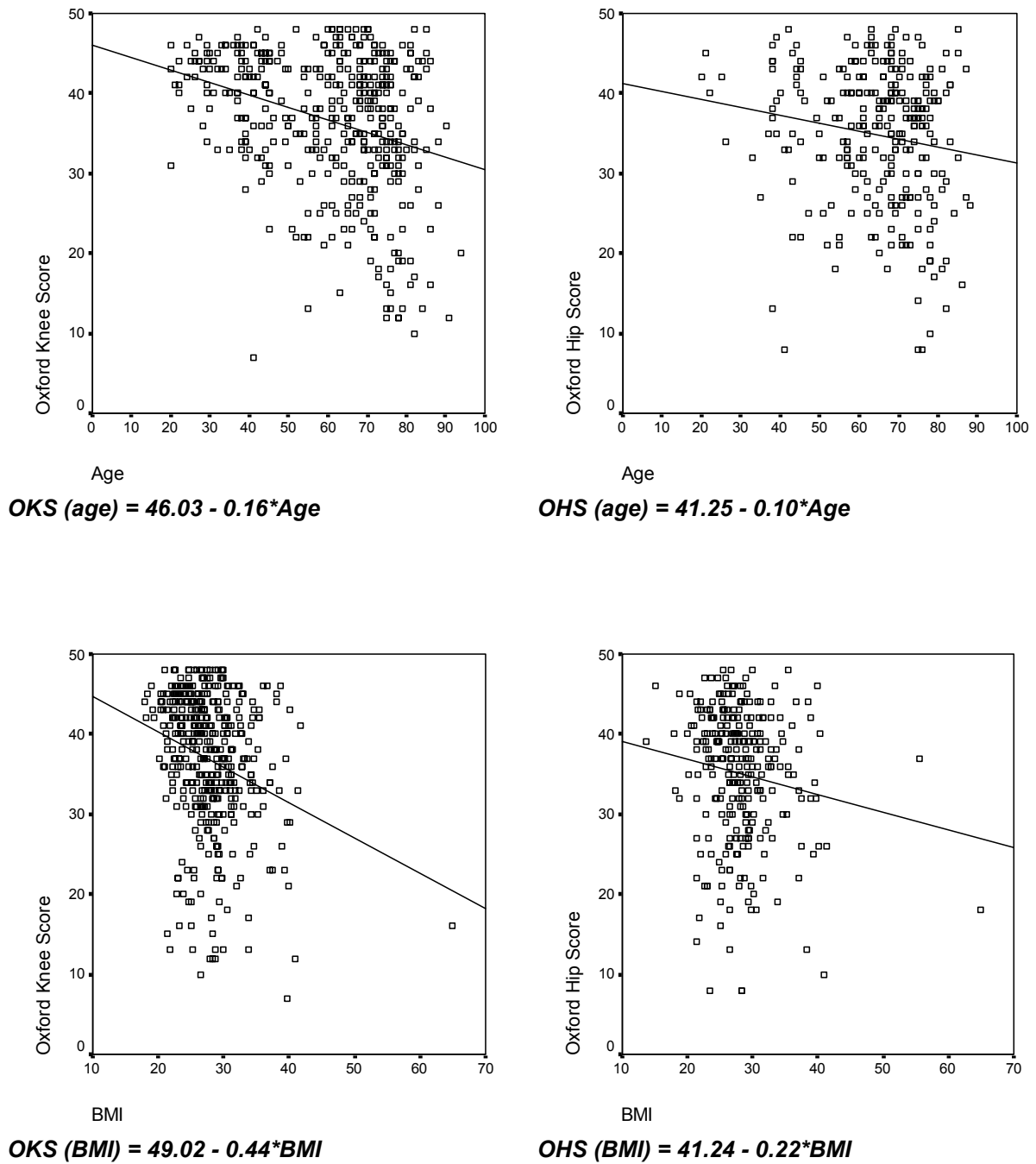


Figure 10: Regression Lines

- *BMI is a good predictor of the function of the knee.*

In a stepwise regression analysis, both predictors, age and BMI, were included in the model. For the OKS, the unadjusted R^2 was .14, the adjusted R^2 also .14, and the p -value was $<.05$.

Afterwards, the linear regression was calculated for OHS in the manner described above. It turned out that R^2 (unadjusted and adjusted) were lower for the OHS, but still significant (*unadjusted R^2 =.04, adjusted R^2 =.03, p <.05*).

Table 8 shows the regression coefficients.

Table 8: Multiple Linear Regression with Age and BMI as Predictors

	R^2 <i>unadjusted</i>	R^2 <i>adjusted</i>	<i>Constant</i>	β (age)	β (BMI)
OKS	.14	.14	56.65	-.14	-.40
OHS	.04	.03	46.75	-.09	-.21

The general regression model equation is: $y = \beta_0 + \beta_1x_1 + \beta_2x_2$

In this case, the regression equations are:

$$\text{OKS (age, BMI)} = 56.65 - 0.14 * \text{Age} - 0.40 * \text{BMI}$$

$$\text{OHS (age, BMI)} = 46.75 - 0.09 * \text{Age} - 0.21 * \text{BMI}$$

Hypothesis four

There are correlations between joint disorders and lifestyle factors, such as physical activity, smoking status, eating habits (meat consumption) and alcohol consumption.

“Joint disorders” were again operationalized by the Oxford Knee and Hip Score. The physical activity score was calculated according to the authors (62).

The smoking status was adopted either from the abstraction tool - available from CVD and Risk - or from the questionnaire on smoking behaviors - available from Risk and Prevention patients.

There was no need to calculate an overall eating habit score. It was assumed from the literature that meat consumption, especially the consumption of processed meat, has a high influence on joint disorders. Therefore, these items were extracted from the questionnaire on eating habits. In the analysis of all patients, there were no correlations between joint disorders and meat consumption. The different groups could not be examined separately because there were not enough patients of who the needed data was available. Further, it was analyzed if there are correlations between the consumption of processed and unprocessed meat with joint disorders, but there were no significant correlations as well.

There was no evidence found on correlations between alcohol consumption and joint disorders. Anyway, it was analyzed whether there were correlations in CVD, Risk or Prevention patients.

It turned out that there are no significant correlations between joint disorders and lifestyle factors. There are no correlations found with alcohol consumption, physical activity, smoking status or meat consumption.

Table 9: OKS/OHS * Alcohol Physical Activity, Smoking Status, Meat Consumption

		Alcohol		Physical Activity		Smoking status		Meat consumption	
		ρ	N	ρ	N	ρ	N	ρ	N
	CVD	.	.	.	.	.00	94		
OKS	Risk	-.06	150	.04	143	-.03	86	.07	258
	Prevention	-.11	112	-.12	111	.14	112		
	CVD	.	.	.	.	.08	77		
OHS	Risk	.06	120	-.03	113	.09	75	.10	151
	Prevention	-.24	33	-.03	32	.12	33		

. ... Correlations could not be calculated - no data available.

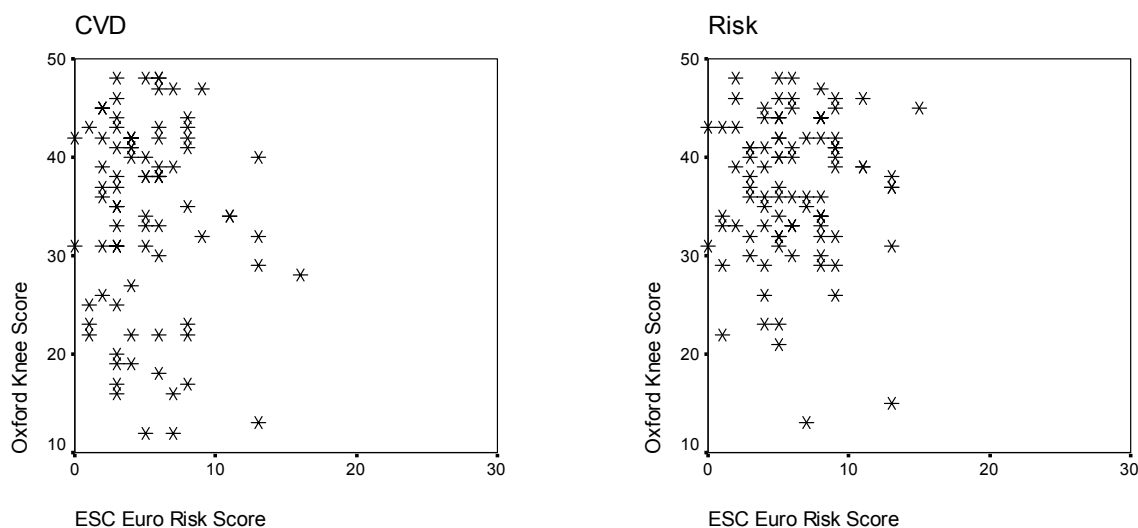
- *There were no significant correlations between joint disorders and lifestyle factors.*

Hypothesis five

Patients with joint disorders of knee and hip have an estimated higher 10 year risk to die of a cardiovascular event.

The 10 year risk of a fatal cardiovascular event was calculated by the Risk Score of the European Society of Coronary Prevention. The parameters gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking habits were calculated into the average risk to die of a cardiovascular event within the next ten years. This figure was expressed in percent. Joint disorders of knee and hip were again operationalized by the Oxford Knee and Hip Score. The groups CVD and Risk were observed separately. The correlations of the Prevention patients could not be calculated because there were no abstraction tools available for those patients. Because of the ordinal data, Spearman's rank correlation coefficient was calculated.

It can be seen from the scatterplots that the points are not distributed along a line (Figure 11).



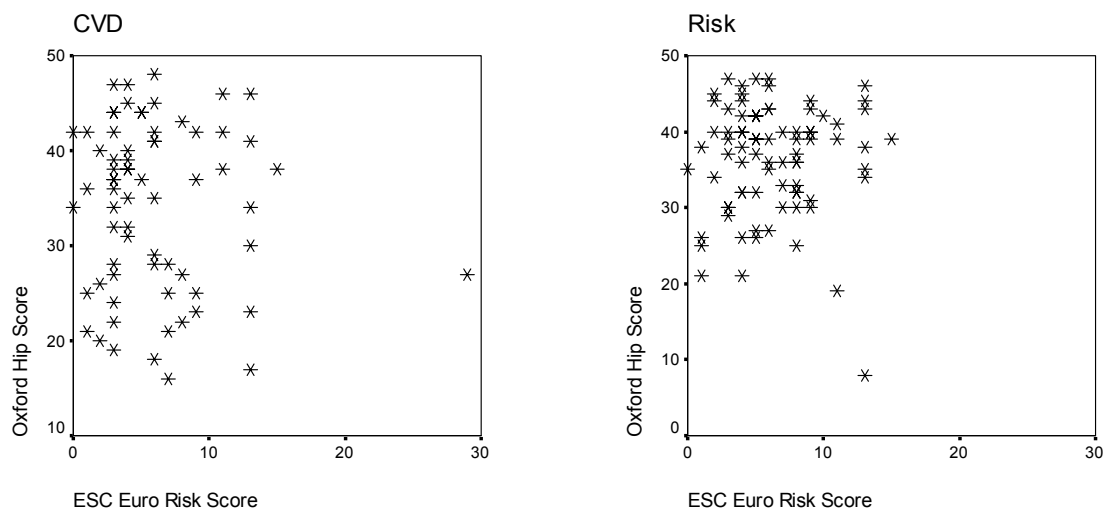


Figure 11: Scatterplots

No significant correlations were found. This means that neither patients of the CVD group nor patients of the Risk group, who suffer from knee or hip pain, have a significant higher risk of a fatal cardiovascular event within the next ten years.

Table 10: ESC Risk Score * OKS/OHS

		ESC Risk Score		
		ρ	N	p
OKS	CVD	-.03	82	.80
	Risk	.06	91	.59
OHS	CVD	-.02	68	.90
	Risk	.05	80	.69

- *In this study, knee and hip patients didn't have a higher 10 year risk to die of a cardiovascular event.*

Hypothesis six

Patients who seek medical advice more often have an estimated lower risk to die of a cardiovascular event within the next 10 years.

The consultation of the GP per year was classified into 6 classes: zero to once a year, twice or 3 times a year, 4 or 5 times a year, 6 or 7 times a year, 8 or 9 times a year or more than 10 times a year. The cardiovascular risk was calculated by the ESC Risk Score. It can be seen that most of the patients for whom an ESC risk score could be calculated, consult their GP more than 10 times per year (Figure 12).

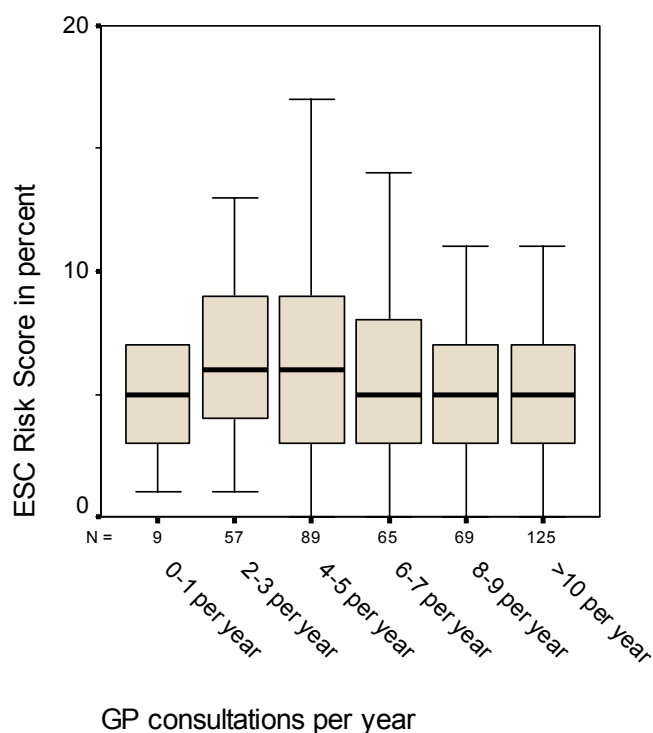


Figure 12: GP Consultations per Year and ESC Risk

Furthermore, it turned out that patients, who seek medical advice more often, have a lower risk to die of a cardiovascular event within the next 10 years (Table 11). The correlation is weak but significant. This finding re-confirms that the GPs have the highest priority in cardiovascular prevention and treatment.

Table 11: ESC Risk * GP Consultations

	ESC Risk Score		
	ρ	N	p
Frequency of GP's consultation	-.11*	417	.03

* Correlation is significant, $\alpha < .05$.

- *The more often patients go to see their doctor, the lower their cardiovascular risk is.*

Hypothesis seven

There are correlations between joint disorders and depression.

Almost 15 percent of all examined Austrian patients suffer from depression. It is assumed that the number would be even higher if patients were interviewed with a standardized instrument (Figure 13).

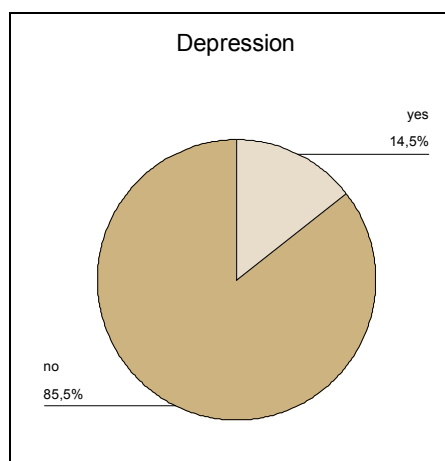


Figure 13: Depression

Data concerning the psychological state were collected by the dichotomous question: "Depression Yes/ No?". Joint disorders are measured by OKS and OHS: The result of Spearman's rank correlation was that patients who have knee and/or hip pain suffer from depression significantly more often. While the correlation between depression and OKS is low, the correlation between OHS and depression is moderate. Both correlations are highly significant (Table 12).

Table 12: Depression * OKS/OHS

	ρ	<i>N</i>	<i>p</i>
OKS	.17**	404	.00
OHS	.30**	256	.00

** Correlation is significant, $\alpha < .01$.

- *There is a relationship between orthopedic diseases and depression which is more obvious in hip than in knee patients.*

Discussion

The present study named EPA Cardio is a multicentered study conducted by several European institutes. In the context of this diploma thesis, the Austrian data was analyzed. Additionally to the data contained in the EPA Cardio, Austrian patients were asked to complete two supplemental questionnaires. These contained questions on the functional joint status of the patients.

Therefore, within the context of this diploma thesis, it has been made possible to analyze various factors on the patients' health. While other comprehensive studies are often based on one main focus, the EPA Cardio study examined thousands of patients in general practices by several measures. These measures include - among other things - aspects on eating, smoking, drinking, physical exercise, quality of life and medical care. Additionally, Austrian patients completed questions on their joint status. The aim of this diploma thesis was to gain insight on different health conditions and to examine whether some of the conditions are related to others.

At the beginning of the diploma thesis, medical databases were sought for clear guidelines in order to provide an overview of the all medical conditions that are discussed in this diploma thesis. Afterwards, the databases were sought for studies and reviews on relationships between two or more of these medical conditions.

In total, 1118 Austrian patients were analyzed. GPs were asked to establish three equally sized groups within their patients. Therefore it was guaranteed that the three groups contain a similar number of patients. Results that could be led back to an unequal number of patients in the groups could therefore be ruled out.

Patients were scheduled in the three groups according to their risk profile for coronary heart disease. Patients with established CHD (with a history of myocardial infarction, angina pectoris, PCI or vascular surgery) were put into the CVD group. Patients at high risk of a cardiovascular event were put into the Risk group, if matching three of the four criteria: hypertension, hypercholesterolemia, smoking or men over 60 years old. Healthy patients between 18 and 45 were put into the Prevention group.

Due to the grading into the three groups, it is obvious that differences between the

groups - as far as age is concerned - are inevitable. So, unsurprisingly, it turned out that the three groups are different from each other as far as age is concerned. The CVD group contained the oldest patients while the Prevention group contained the youngest patients.

Interestingly, there were also differences in gender. One explanation for that is that the groups were not randomized. The percentage of female patients was highest in the Prevention group, while in CVD and Risk group, more men were allotted. It needs to be discussed whether young women without preexisting conditions lead a healthier lifestyle than young men.

The patients were also analyzed as far as their body mass index (BMI) was concerned. It was seen that patients who were allotted to the CVD or Risk group had a higher BMI than patients in the Prevention group. Additionally, the mean BMI in CVD and Risk group was in the overweight category, whereas the mean BMI of the Prevention group was normal.

The different distribution of essential traits made it necessary to observe them separately in all aspects that could be influenced by the different traits. Especially age and BMI are major risk factors for medical conditions like joint disorders and CVD. This issue has been considered at the very beginning (50-52). All results could be led back to the fact that the groups were unequal in the very beginning.

After the analysis of the traits, it was examined whether the GPs know about their patients' joint pain. It has been alarming that the GP only knows about the patients' pain to knee or hip in 50% of the cases. Hence, it is obvious that it is difficult for the GPs to offer an adequate treatment to all of their patients. These results are in contrast to the fact, that especially OA patients have a high GP consultation frequency (29). The GP is the primary contact for arthritis patients and the main care provider for most patients (30). It has also been found out that most of the orthopedic cases that are treated in the Emergency Department could have been managed by primary care settings, talking about 30 - 50% of the patients (34). A Chinese study suggested that patients find OA to the knee more disabling than hypertension or diabetes. On the other hand, their doctors considered the latter to be more important to the health condition. There seems to be an imbalance between the patient's and the GP's perception. (68). Nevertheless,

when caring for patients with chronic diseases, doctors should remain alert to other disorders and minimize the number of missed opportunities for treating them (69). This statement can only be emphasized, regarding the results of our study.

In the next step, it was examined whether patients with pain to hip and/or knee are distributed unequally within the sample. The result was that all three groups were significantly different in their joint status. Patients in the CVD and Risk group had the worst function of both knee and hip, while patients in the Prevention group showed the best functional joint status. These results are not surprising when seen in combination with the inequalities between the groups described above. People in CVD and Risk group are much older than in the Prevention group - and as already mentioned, age is one of the most important risk factors for developing OA. Another important risk factor for developing OA is the BMI. It has already been discussed that patients in the three groups are significantly different as far as their BMI is concerned. This could be another explanation for the differences in the functional joint status, especially for the differences in the knee status. Hence, both joints are affected. This could be a hint that the differences could not only be attributed to the different BMIs, but rather to the different ages and - maybe - to the health of the patients. In other words, it is either a patient's age or his/her cardiovascular health that can be held responsible for the function of the joints, as already examined by other authors (22, 70).

By now, age and BMI were only called "important" risk factors for developing OA. Subsequently it seemed of great interest to verify if statistically significant relationships between age, BMI and functional joint status can be found. Therefore, the correlations between those attributes were calculated first. The groups were again separately analyzed due to their differences in age and BMI.

- The function of the knee is related to the age of the patients in a way that older patients have worse knee function and more pain to their knee. This correlation has only resulted in CVD and Prevention patients.
- The function of the hip is not statistically significant related to the patients' age.

- The function of the knee is related to the patients' BMIs in a way that obese patients have worse knee function or more pain to their knees. This result is only valid for CVD and Prevention patients.
- The function of the hip is - against expectations - related to obesity as well. Overweight patients have more pain to their hips and a worse functional hip status. This result only cropped up in Risk patients.

These results are remarkable as they are difficult to understand. The expectation was that there is a large correlation between age and joint disorders as well as between BMI and joint disorders. In the end, not all correlations were significant and those who were are lower than expected. Furthermore, the significant moderate relationships that turned out are only applicable for pain to the knee. In other words, the expectations were half fulfilled concerning the knee status, but hardly ever fulfilled concerning the hip status.

For a closer understanding of the relationship between those variables, it seemed helpful to create a model that shows relationships in a graphical way. The regression analysis helped to build an equation that can be graphically displayed. As already mentioned, the function of the knee is reduced by 1.6 points every 10 years while the function of the hip is reduced by 1 point every 10 years. The function of both joints is dependent from the patient's age. The function of the knee, however, is even more dependent from the patient's age.

Concerning the BMI, the knee is also more vulnerable. With every BMI point gained, the function of the knee decreases by 0.4 and with every 10 points gained in BMI, the function of the knee decreases by 4.4 points.

So the knee is more vulnerable to both age and BMI than the hip. Looking at these results from another side, BMI has by far the largest influence on the knee.

If both predictors are included in the model, the main statement remains the same: BMI is a better predictor for both knee and hip function than age.

It was supposed from the very beginning that age and BMI have a great influence on the joints (2). Another target of the study was to find out whether other lifestyle factors also have an influence on joint disorders. Surprisingly, none of the lifestyle factors (alcohol, physical activity, smoking and meat consumption) showed a significant relationship with joint disorders. Concerning alcohol, it was expected

that occasional as well as daily alcohol consumption have a positive influence on development and progression of OA and RA (39). Since this study is a cross-sectional study, it cannot be said with security how this data will develop in the future. Maybe, occasional alcohol-drinkers really show less progression - as suggested in previous studies. But right at this moment there was no obvious relationship between joint disorders and alcohol consumption.

Physical activity showed a relationship to joint disorders and pain due to joint disorders in previous studies. However, in this study, there was no correlation found between PA and joint disorders although a high correlation was expected (4, 28).

Between smoking and joint disorders, there was no correlation found as well.

There has been a wide consensus that obesity has a large influence on the development of OA. Therefore, there have been many studies on the effects of weight loss. Many authors recommended a combination of weight loss and exercise to the study patients as the most effective way of treating their OA in a non-pharmacological approach (50-52). Unfortunately, there have been little recommendations on the composition of dietary programs. In this study, it was analyzed if different eating habits, such as excessive meat consumption, have an influence on the knee and hip function that was examined by the Oxford Knee and Hip Scores. No significant relationships could be observed, neither when regarding meat consumption as a whole, nor when regarding the consumption of processed and unprocessed meat separately.

There have been controversial results on the cardiovascular risk profile of orthopedic patients (22-23, 70). On the one hand, it was discussed that patients with rheumatoid arthritis have a lower cardiovascular risk due to the extended use of ASS. Still, 40% of these patients die of cardiovascular reasons. On the other hand, patients with osteoarthritis are supposed to have a higher CVD risk because of the intake of medication that interacts with the metabolic condition. Steroids raise the blood glucose level and change the lipid profile. They therefore increase the CVD risk. In this study, it could only be compared if CVD or Risk patients have a higher risk of a fatal cardiovascular event within the next ten years. It turned out

that there is no relationship between the ESC Risk Score and the functional joint status. This means that neither CVD patients nor Risk patients with either pain to their knee or pain to their hip have a higher CVD risk. The hypotheses that the joints have an influence on the cardiovascular risk could not be proved at all.

First of all it has to be discussed whether the ESC Risk Chart instrument plays a role for this result: the ESC Chart is designed to calculate the risk of a fatal cardiovascular event within the next ten years. Still, there are no estimations on the risk of a non-fatal cardiovascular event. Maybe the patients that were investigated have a high chance to survive their stroke or myocardial infarction due to a smaller infarction area. Furthermore, the ESC Risk Score was constructed for the use in patients up to 65 years, meaning 65 is the highest age category that is available. Needless to say: the patients in this study were partly much older. In order to include as many patients as possible in the analysis, older patients were put in age classes that were nearest to their real age (7). With the effect that they were made much younger for this study and some 90 y/o patient was treated as 65 and brought in relation with the risk profile of a 65 y/o patient. Therefore, the risk of a fatal cardiovascular event within the next ten years is probably underestimated for some patients.

Secondly, there were some statistical drawbacks of this calculation. As correlations can only be calculated if both values are available, there remained only around 80 patients per calculation. This is a relatively low number as a threshold for statistical significance. If there are only small relationships, they will only get significant if enough values are included.

Thirdly, we know that CVD and Risk patients have no higher risk of a fatal cardiovascular event within ten years. It remains unknown if Prevention patients have a lower CVD risk. The ESC Risk Score was calculated from the data of the Abstraction Tools which were only available for CVD and Risk, not for Prevention patients.

At the same time it has to be considered that the ESC Risk Score has been constructed for the use in primary prevention patients, i. e. patients with no previous cardiovascular event. But when the authors designed the instrument, they also included CVD and Risk patients assuming that factors that are positive in primary prevention also remain positive in secondary prevention (7). For that

reason, our patients were analyzed with the help of this instrument as well.

The patients were analyzed in the three groups due to their differences in age and BMI. In order to gain a more consistent view on the relationship between joint disorders and CVD risk, the groups were afterwards examined altogether. Still, there were no significant correlations between joint disorders and CVD risk (OKS * ESC risk: $\rho = .03$, $N = 173$, $p = .74$; OHS * ESC risk: $\rho = .02$, $N = 148$, $p = .80$).

It has already been analyzed if the GP knows about the patients' joint pain and it turned out that there are possible differences in the perception of the problem. It has also been part of the interest to find out whether patients who often consult their GP have a different CVD risk. It became evident that patients with frequent consultations of their GP are at lower risk to die of a cardiovascular event within the next ten years. Nevertheless, this relationship is very weak, in particular because most of the patients for whom this correlation was calculated, visit their GP more than four times a year. Only a small percentage of the patients come to see their GP up to two times a year. OA patients generally visit their GP quite often (29).

Numerous authors have engaged themselves in analyzing orthopedic patients with their comorbidities (29, 40, 43, 46-49). In this study, we were eligible to analyze the psychological status of the patients as well, though there was only one question on their psychological status. This was the dichotomous item: Depression: yes/no. When setting this item in relation to the knee and hip function, it was revealed, that there were significant correlations. Patients with a worse knee/hip function suffer from depression more often. These correlations were moderate but highly significant. Consequently, it can be reaffirmed what other authors had postulated: Patients with pain to their knee or hip often suffer from depression as well. In this study, it became evident that the relationship between hip function and depression is even higher than between knee function and depression. More research is needed to analyze if some joints have a larger influence on the patients' psychological health than others.

Summing up, it can be said that many of the hypotheses that were collected from

the literature and newer studies on joint disorders, CVD and related comorbidities, could be reaffirmed. It became evident that age and BMI have a considerable influence on joint disorders. Regarding the literature, an even higher influence was expected.

There were no significant relationships between lifestyle and joint disorders in this study although high relationships were expected. More accurate research will be needed to provide a better understanding of these relationships.

It could be confirmed that there is much potential for the development of a stable doctor-patient-relationship and that there is a huge potential in enhancing the different views of the patient and the GP on medical conditions.

Though it was expected that orthopedic patients are also in a worse cardiovascular status, these findings could not be verified in this study. One explanation for that are the difficult methodical and statistical conditions. These conditions should be taken into consideration for following research.

References

1. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *J Eval Clin Pract.* 2007 Oct;13(5):806-13.
2. StatistikAustria. Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus. 2010 26.04.2010.
3. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ.* 2003;81(9):646-56.
4. Rosemann T, Kuehle T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis of the knee and hip: a comparison of factors associated with physical activity. *Clin Rheumatol.* 2007 Nov;26(11):1811-7.
5. Rosemann T. Evidenzbasierte Therapie degenerativer Gelenkerkrankungen: Teil 2: Medikamentöse Therapien. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin.* 2007(84):8.
6. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J.* 2007 Oct;28(19):2375-414.
7. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003 Jun;24(11):987-1003.
8. Schunkert H, Moebus S, Hanisch J, Bramlage P, Steinhagen-Thiessen E, Hauner H, et al. The correlation between waist circumference and ESC cardiovascular risk score: data from the German metabolic and cardiovascular risk project (GEMCAS). *Clin Res Cardiol.* 2008 Nov;97(11):827-35.
9. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-

-
- analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005 Oct 8;366(9493):1267-78.
10. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA*. 1996 May 22-29;275(20):1571-6.
 11. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *Blood Press*. 2009;18(6):308-47.
 12. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2004 May 15;116(10):682-92.
 13. Kanning M. Körperlich aktive Herzerkrankte: Änderungsstrategien und Strategien zur Aufrechterhaltung von körperlich-sportlicher Aktivität. [Doctoral thesis]. 2006:142.
 14. Rutten A, Abu-Omar K. Prevalence of physical activity in the European Union. *Soz Präventivmed*. 2004;49(4):281-9.
 15. Graf C, Halle, M. Die Bedeutung von körperlicher Aktivität bei koronarer Herzkrankheit. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*. 2007;58(9):322-7.
 16. Walther C, Hambrecht, R. Endotheliale Dysfunktion bei kardiovaskulären Erkrankungen: Einfluss von körperlicher Aktivität. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*. 2001;52(6):215-21.
 17. Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American
-

-
- association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2005 Jan 25;111(3):369-76.
18. Lengfelder W. [Physical inactivity: a modifiable risk factor in primary prevention?]. *Med Klin (Munich)*. 2001 Nov 15;96(11):661-9.
19. Graf C, Predel HG, Bjarnason-Wehrens, B. Körperliche Aktivität in der Primärprävention der koronaren Herzkrankheit. *Kardiovaskuläre Medizin*. 2004(7):119-25.
20. Stiefelhagen P. Verbieten wir zuviel? Sport bei Herzerkrankungen - was geht und was nicht geht. *MMW Fortschr Med*. 2010 17.05.2010;20.
21. Graham IM. Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the European perspective. *Curr Opin Cardiol*. 2005 Sep;20(5):430-9.
22. Erb N, Pace AV, Douglas KM, Banks MJ, Kitis GD. Risk assessment for coronary heart disease in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Scand J Rheumatol*. 2004;33(5):293-9.
23. Singh G, Miller JD, Lee FH, Pettitt D, Russell MW. Prevalence of cardiovascular disease risk factors among US adults with self-reported osteoarthritis: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Manag Care*. 2002 Oct;8(15 Suppl):S383-91.
24. Morris JN, Everitt MG, Pollard R, Chave SP, Semmence AM. Vigorous exercise in leisure-time: protection against coronary heart disease. *Lancet*. 1980 Dec 6;2(8206):1207-10.
25. Schuler G. [Primary and secondary prevention: physical activity]. *Z Kardiol*. 2002;91 Suppl 2:30-9.
26. Wagner A, Becker, A. Die Rolle von Sport als Medizin in der hausärztlichen Praxis am Beispiel der koronaren Herzkrankheit. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2008(84):125-40.
-

-
27. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002 Aug 6;137(3):208-15.
 28. Bjorck-van Dijken C, Fjellman-Wiklund A, Hildingsson C. Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population based-study. *J Rehabil Med.* 2008 Nov;40(10):864-9.
 29. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. *J Orthop Surg Res.* 2007;2:12.
 30. Rosemann T, Korner T, Wensing M, Gensichen J, Muth C, Joos S, et al. Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a primary care based intervention to improve the quality of life of osteoarthritis patients. The PraxArt-project: a cluster randomized controlled trial [ISRCTN87252339]. *BMC Public Health.* 2005;5:77.
 31. Rosemann T, Joos S, Szecsenyi J, Laux G, Wensing M. Health service utilization patterns of primary care patients with osteoarthritis. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:169.
 32. Schneider A, Szecsenyi J, Barie S, Joest K, Rosemann T. Validation and cultural adaptation of a German version of the Physicians' Reactions to Uncertainty scales. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:81.
 33. DiGioia A, 3rd, Greenhouse PK, Levison TJ. Patient and family-centered collaborative care: an orthopaedic model. *Clin Orthop Relat Res.* 2007 Oct;463:13-9.
 34. Marinos G, Giannopoulos A, Vlasis K, Michail O, Katsargyris A, Gerasimos S, et al. Primary care in the management of common orthopaedic problems. *Qual Prim Care.* 2008;16(5):345-9.
 35. Brealey SD, Atwell C, Bryan S, Coulton S, Cox H, Cross B, et al. The DAMASK trial protocol: a pragmatic randomised trial to evaluate whether GPs should

-
- have direct access to MRI for patients with suspected internal derangement of the knee. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:133.
36. Vlek JF, Vierhout WP, Knottnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract.* 2003 Feb;53(487):108-12.
37. Woolf AD, Akesson K. Primer: history and examination in the assessment of musculoskeletal problems. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2008 Jan;4(1):26-33.
38. Mulhall KJ, Masterson E. Relating undergraduate musculoskeletal medicine curricula to the needs of modern practice. *Ir J Med Sci.* 2005 Apr-Jun;174(2):46-51.
39. Nissen MJ, Gabay C, Scherer A, Finckh A. The effect of alcohol on radiographic progression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2010 May;62(5):1265-72.
40. Rosemann T, Laux G, Kuehlein T. Osteoarthritis and functional disability: results of a cross sectional study among primary care patients in Germany. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:79.
41. Rosemann T, Backenstrass M, Joest K, Rosemann A, Szecsenyi J, Laux G. Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2007 Apr 15;57(3):415-22.
42. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B, et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med.* 2006 Mar-Apr;68(2):262-8.
43. Memel DS, Kirwan JR, Sharp DJ, Hehir M. General practitioners miss disability and anxiety as well as depression in their patients with osteoarthritis. *Br J Gen Pract.* 2000 Aug;50(457):645-8.
44. Dexter P, Brandt K. Distribution and predictors of depressive symptoms in osteoarthritis. *J Rheumatol.* 1994 Feb;21(2):279-86.
-

-
45. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med.* 2002 Jan-Feb;64(1):52-60.
 46. Zautra AJ, Smith BW. Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosom Med.* 2001 Jul-Aug;63(4):687-96.
 47. Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, Szecsenyi J. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:190.
 48. Rosemann T, Joos S, Szecsenyi J. [The management of osteoarthritis by general practitioners in Germany: comparison of self-reported behaviour with international guidelines]. *Orthopade.* 2008 Jan;37(1):69-74.
 49. Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2007 Dec 15;57(8):1390-7.
 50. O'Reilly S, Doherty M. Lifestyle changes in the management of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2001 Oct;15(4):559-68.
 51. Messier SP, Loeser RF, Miller GD, Morgan TM, Rejeski WJ, Sevick MA, et al. Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the Arthritis, Diet, and Activity Promotion Trial. *Arthritis Rheum.* 2004 May;50(5):1501-10.
 52. Rannou F, Poiraudeau S. Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010 Feb;24(1):93-106.
 53. Hailu A, Knutsen SF, Fraser GE. Associations between meat consumption and the prevalence of degenerative arthritis and soft tissue disorders in the adventist health study, California U.S.A. *J Nutr Health Aging.* 2006 Jan-Feb;10(1):7-14.
-

-
54. Micha R, Wallace SK, Mozaffarian D. Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2010 Jun 1;121(21):2271-83.
55. Wensing M, Ludt S, Campbell S, van Lieshout J, Volbracht E, Grol R. European Practice Assessment of Cardiovascular risk management (EPA Cardio): protocol of an international observational study in primary care. *Implement Sci*. 2009;4(1):3.
56. Murray DW, Fitzpatrick R, Rogers K, Pandit H, Beard DJ, Carr AJ, et al. The use of the Oxford hip and knee scores. *J Bone Joint Surg Br*. 2007 Aug;89(8):1010-4.
57. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, et al. Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008 Oct;15(5):509-15.
58. Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D. Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br*. 1996 Mar;78(2):185-90.
59. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br*. 1998 Jan;80(1):63-9.
60. Naal FD, Sieverding M, Impellizzeri FM, von Knoch F, Mannion AF, Leunig M. Reliability and validity of the cross-culturally adapted German Oxford hip score. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Apr;467(4):952-7.
61. Naal FD, Impellizzeri FM, Sieverding M, Loibl M, von Knoch F, Mannion AF, et al. The 12-item Oxford Knee Score: cross-cultural adaptation into German and assessment of its psychometric properties in patients with osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage*. 2009 Jan;17(1):49-52.
-

-
62. Topolski TD, LoGerfo J, Patrick DL, Williams B, Walwick J, Patrick MB. The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) among older adults. *Prev Chronic Dis.* 2006 Oct;3(4):A118.
63. Segal-Isaacson CJ, Wylie-Rosett J, Gans KM. Validation of a short dietary assessment questionnaire: the Rapid Eating and Activity Assessment for Participants short version (REAP-S). *Diabetes Educ.* 2004 Sep-Oct;30(5):774, 6, 8 passim.
64. Behavior Change Consortium. URL: <http://www1.od.nih.gov/behaviorchange> Year: 2010
65. EQ-5D. EuroQoL Group. URL: <http://www.euroqol.org>, Year: 2010
66. Moriskey DE GL, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986(24):8.
67. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care.* 2005 Nov;28(11):2655-61.
68. Boutron I, Rannou F, Jardinaud-Lopez M, Méric G, Revel M, Poiraudou S. Disability and quality of life of patients with knee or hip osteoarthritis in the primary care setting and factors associated with general practitioners' indication for prosthetic replacement within 1 year. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008 Sep;16(9):1024-31.
69. Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *N Engl J Med.* 1998 May 21;338(21):1516-20.
70. Sihvonen S, Korpela M, Laippala P, Mustonen J, Pasternack A. Death rates and causes of death in patients with rheumatoid arthritis: a population-based study. *Scand J Rheumatol.* 2004;33(4):221-7.
-

Appendix

- 1. EPA Cardio Patient Questionnaire for CHD Patients incl. Oxford Scores**
- 2. EPA Cardio Patient Questionnaire for Risk Patients incl. Oxford Scores**
- 3. EPA Cardio Patient Questionnaire for Prevention Patients incl. Oxford Scores**
- 4. EPA Cardio Abstraction Tool for CHD Patients**
- 5. EPA Cardio Abstraction Tool for Risk Patients**

EPA-Cardio

Patienten-Fragebogen - Patienten/innen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen




Liebe Patientin, lieber Patient

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie einige Minuten Ihrer Zeit entbehren könnten um diesen Fragebogen über Ihren Gesundheitszustand und Ihren Lebensstil auszufüllen.

Ihr Hausarzt hat seine volle Unterstützung zu dieser Studie zugesagt.

Bitte lesen Sie sich die begleitende Patienteninformation durch bevor Sie diesen Fragebogen vollständig ausfüllen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, die auf Sie zutreffen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und niemand kann Ihre Antworten Ihrer Person zuordnen.

Vielen Dank

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DER FORMULARE

Für eine schnelle und genaue Verarbeitung dieser Formulare füllen Sie bitte die Felder mit einem dünnen, schwarzen oder blauen Stift aus.

Ausfüllbeispiel
Auswahlfragen

A	B	C	D	E
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Löschen einer fehlerhaften Markierung durch Ausschwärzen

Korrekte Markierung

Verwenden Sie bitte Zahlen nach folgendem Muster, vermeiden Sie Berührungen mit den Rändern der Zahlenfelder!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FORMULARE BITTE PFLEGLICH BEHANDELN, NICHT FALTEN, NICHT HEFTEN, KEINE ZUSÄTZLICHEN BESCHRIFTUNGEN VORNEHMEN!

Persönliche Fragen

1. Was ist Ihr Geschlecht?

 weiblich männlich

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

19 **19** **(Beispiel)**

3. Wie viele Jahre haben Sie für die Schule aufgebracht?

 weniger als 10 Jahre 10 - 13 Jahre mehr als 13 Jahre

4. Welche der angegebenen Möglichkeiten beschreibt am besten Ihren derzeitigen Arbeitsstatus?

 angestellt selbstständig arbeitslos Heimarbeit in Rente arbeitsunfähig

5. Wie ist Ihr Familienstand?

 Verheiratet/in fester Beziehung lebend Allein lebend Getrennt / geschieden lebend Verwitwet

6. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

 Ausgezeichnet Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht

7. Wieviel wiegen Sie ohne Schuhe?

 , **kg**

8. Wie groß sind Sie?

 cm

9. Wie lange sind Sie bereits Patient/in in Ihrer Hausarztpraxis? Seit:

 Weniger als einem Jahr 1 - 2 Jahren 3 - 7 Jahren 8 - 12 Jahren mehr als 13 Jahren

10. Wie oft suchen Sie Ihren Hausarzt innerhalb von 12 Monaten normalerweise auf?

 0-1 Mal 2-3 Mal 4-5 Mal 6-7 Mal 8-9 Mal Mehr als 10 Mal

11. Mir wurde ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk implantiert.

künstliches Kniegelenk Rechts Links künstliches Hüftgelenk Rechts Links

Krankheiten und Zustände

Haben Sie irgendeine oder mehrere der folgenden Krankheiten oder Zustände?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckererkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina pectoris? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Operationen oder Eingriffe an den Herzkranzgefäßen wie z.B. Erweiterung, Stent-Einlage oder Bypass-Operation? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschwäche / Herzinsuffizienz? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Transitorisch ischämische Attacken (TIA)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheit, "Schaufensterkrankheit"? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Depression? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Fragen über Ihre medizinische Versorgung

Wurden Ihnen jemals seit Beginn Ihrer Erkrankung eine Überweisung zu betreuten Koronar-Rehabilitationsprogrammen (z.B. koronare Sportgruppen, Rehabilitationsaufenthalt) angeboten (z.B. Überweisung durch Ihren Hausarzt oder einen Spezialisten im Krankenhaus)?

Ja Nein Weiß nicht

Wurden Sie **jemals** zur Qualität der Versorgung, die Sie in der Praxis erhalten, befragt (z.B. mit Hilfe eines Fragebogens)?

Ja Nein Weiß nicht

Fragen über Ihre Hausarztpraxis

Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt bzw. Ihre Hausärztin und diese Praxis bezogen auf die vergangenen 12 Monate?

Da die Aufzählung der männlichen und weiblichen Form oft zu schwer lesbaren Sätzen führt, verwenden wir meistens die männliche Form oder die Mehrzahl. Sie steht für Frauen und Männer gleichermaßen.

	ausgezeichnet	→	→	→	schlecht	nicht zutreffend / nicht von Bedeutung
	1	2	3	4	5	
1. Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie hat er Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie hat er Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie wurde in der Praxis auf den vertraulichen Umgang mit Patienteneinformationen geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie gut konnte Ihr Arzt eine schnelle Linderung Ihrer Beschwerden erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie gründlich hat er sich mit Ihren Problemen befasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wie hat er Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine Ratschläge zu befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie hat er Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie war es möglich, mit dem Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Betreuung Ihrer Erkrankung

Bitte wählen Sie unter den Antwortmöglichkeiten aus, wie oft Sie die angegebene Betreuung erhalten haben und kreuzen Sie jeweils eines der folgenden Kästchen an:

So gut wie nie

Meistens nicht

Gelegentlich

Meistens

Fast immer

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Betreuung

Bitte halten Sie sich bei der Beantwortung der nachfolgenden Fragen die Behandlung der letzten 6 Monate vor Augen (wenn Sie länger als 6 Monate nicht beim Arzt waren, denken Sie bitte an Ihren letzten Besuch beim Arzt)

In den letzten 6 Monaten ...

	So gut wie nie	Meistens nicht	Gelegentlich	Meistens	Fast immer
1. wurde ich bei der Gestaltung des Behandlungsplans nach meinen Vorstellungen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. wurden mir alternative Behandlungsmethoden angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. wurde ich nach Problemen mit meinen Medikamenten oder deren Wirkungen und Nebenwirkungen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. erhielt ich eine schriftliche Anweisung was ich tun kann, um meine Gesundheit zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. war ich zufrieden mit der Organisation meiner Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. habe ich festgestellt, dass das, was ich für meine Gesundheit getan habe, meinen Zustand beeinflusst hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. wurde ich nach meinen Zielen gefragt, die ich in Bezug auf die Verbesserung meiner Gesundheit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. wurde mir geholfen, dass ich mir konkrete Ziele in Bezug auf mein Essverhalten oder meine sportlichen Aktivitäten setzen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. wurde mir eine Kopie des Behandlungsplans mitgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. wurde ich ermutigt, zu einer bestimmten Gruppe oder Einrichtung für meine Erkrankung zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. wurden mir direkt oder über einen Fragebogen Fragen zu meinen Gewohnheiten, die für meine Erkrankung wichtig sind, gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. war ich sicher, dass mein Arzt meine Gewohnheiten und Lebensweise bei den Therapieempfehlungen berücksichtigt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. wurde mit mir ein Behandlungsplan entworfen, den ich in meinem Alltag umsetzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. wurde mir im Voraus erklärt, wie ich meiner Erkrankung auch in schwierigen Phasen umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. wurde ich gefragt, wie meine Erkrankung mein Leben beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. hat sich jemand nach einem Arztbesuch kontaktiert um sich nach meinem Zustand zu erkundigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. wurde ich ermuntert, an öffentlichen Programmen teilzunehmen, die mir helfen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. erhielt ich eine Gesundheitsberatung oder Ernährungsberatung (beim Hausarzt oder durch Überweisung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Betreuung (Fortsetzung)

In den letzten 6 Monaten ...

	So gut wie nie	Meistens nicht	Gelegentlich	Meistens	Fast immer
19. wurde mir erklärt, wie meine Besuche bei anderen Ärzten, wie zum Beispiel einem Augenarzt oder einem Chirurgen, meiner Behandlung helfen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. wurde ich gefragt, wie die Besuche bei anderen Fachärzten gelaufen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. wurde ich während des Arztbesuches gefragt, was ich bezüglich meiner Erkrankung besprechen wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. wurde ich gefragt, wie meine Arbeit, meine Familie oder wie meine soziale Situation die Behandlung meiner Erkrankung beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. wurde mir geholfen, Unterstützung von meiner Familie oder Freunden zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. wurde mir erklärt, wie wichtig die Dinge für meine Gesundheit sind, die ich selber für / gegen meine Erkrankung unternehmen kann (wie z.B. Sport).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. habe ich gemeinsam mit meinem Arzt ein Ziel gesteckt, was ich tun kann, um mit meiner gesundheitlichen Situation zu Recht zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. wurde mir ein Buch oder eine Checkliste gegeben, in die / der ich die Fortschritte, die ich mache, eintragen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Medikamententreue

Medikation

Nehmen Sie **irgendwelche** Medikamente regelmäßig ein? Ja Nein

Wenn "Nein" gehen Sie bitte zur nächsten Seite!

Wenn "Ja" fahren Sie bitte fort:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie manchmal sorglos beim Einnehmen der Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wenn Sie sich besser fühlen, nehmen Sie dann manchmal keine Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wenn Sie sich manchmal nach der Einnahme der Medikamente schlechter fühlen, hören Sie dann damit auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oxford Knie-Fragebogen

Haben oder hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich eines Kniegelenkes?

Ja Nein

Wenn "Ja": füllen Sie bitte diese Seite aus

Wenn "Nein": überspringen Sie bitte diese Seite

1. Wie würden Sie den Schmerz in Ihrem Kniegelenk beschreiben?
 - keine mäßig
 - sehr gering stark
 - gering
2. Haben Sie aufgrund Ihres Kniegelenkes **Probleme**, sich selbst zu waschen oder abzutrocknen?
 - keine extreme
 - geringe nicht möglich
 - mäßige
3. Haben Sie **Probleme**, aus einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel auszusteigen (mit oder ohne Stock)?
 - keine extreme
 - geringe unmöglich
 - mäßige
4. **Wie lange können Sie gehen** bevor der Schmerz im Bereich des Kniegelenkes stark wird (mit oder ohne Stock)?
 - 30 Minuten oder mehr
 - 16 bis 30 Minuten
 - 5 bis 15 Minuten
 - nur im häuslichen Bereich
 - gar nicht möglich
5. Wie **schmerzhaft** ist es im Kniegelenk aufzustehen, nachdem Sie beim Essen am Tisch gesessen sind?
 - gar nicht sehr
 - gering unerträglich
 - mäßig
6. **Hinken** Sie aufgrund von Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes?
 - selten/nie
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - die ganze Zeit
7. Können Sie **niederknien** und danach **wieder aufstehen**?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
8. Haben Sie **nächtliche Schmerzen** im Bereich des Kniegelenkes im Liegen?
 - noch nie die meisten Nächte
 - ein oder zwei Nächte jede Nacht
 - manche Nacht
9. **Wie sehr beeinflusst Sie** der Schmerz im Kniegelenk bei der täglichen Arbeit, eingeschlossen Hausarbeit?
 - gar nicht sehr
 - ein wenig gänzlich
 - mäßig
10. Haben Sie manchmal das Gefühl, das Knie **"lässt aus"** oder sinken Sie plötzlich im Knie ein?
 - selten/niemals
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - ständig
11. **Können Sie selbständig** den Haushaltseinkauf durchführen?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
12. Können Sie eine **Treppe hochsteigen**?
 - einfach
 - mit geringen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht möglich

Oxford Hüft-Fragebogen

Haben oder hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich eines Hüftgelenkes?

Ja Nein

Wenn "Ja": füllen Sie bitte diese Seite aus

Wenn "Nein": überspringen Sie bitte diese Seite

1. Wie würden Sie den Schmerz in Ihrem Hüftgelenk beschreiben?
 - keine mäßig
 - sehr gering stark
 - gering
2. Haben Sie **nächtliche Schmerzen** im Bereich des Hüftgelenkes im Liegen?
 - noch nie die meisten Nächte
 - ein oder zwei Nächte jede Nacht
 - manche Nacht
3. Haben Sie **plötzlich einschießende, schwere Schmerzen** im Bereich des Hüftgelenks?
 - noch nie jeden Tag
 - ein oder zwei Tage ständig
 - schon einige Tage
4. **Hinken** Sie aufgrund von Schmerzen im Bereich des Hüftgelenkes?
 - selten/nie
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - die ganze Zeit
5. **Wie lange** können Sie gehen bevor der Schmerz im Bereich des Hüftgelenkes stark wird (mit oder ohne Hilfsmittel)?
 - 30 Minuten oder mehr
 - 16 bis 30 Minuten
 - 5 bis 15 Minuten
 - nur im häuslichen Bereich
 - gar nicht möglich
6. Können Sie eine **Treppe hochsteigen**?
 - einfach
 - mit geringen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht möglich
7. Können Sie ein Paar Socken oder Strümpfe anziehen?
 - ja, ohne Probleme
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - nicht möglich
8. Wie **schmerzhaft** ist es in der Hüfte aufzustehen, nachdem Sie beim Essen am Tisch gegessen sind?
 - gar nicht sehr
 - gering unerträglich
 - mäßig
9. Haben Sie **Probleme**, aufgrund Ihres Hüftgelenkes aus einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel auszusteigen?
 - keine extreme
 - geringe unmöglich
 - mäßige
10. Haben Sie aufgrund Ihres Hüftgelenkes **Probleme**, sich selbst zu waschen oder abzutrocknen?
 - keine extreme
 - geringe nicht möglich
 - mäßige
11. **Können Sie selbständig** den Haushaltseinkauf durchführen?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
12. **Wie sehr beeinflusst Sie** der Schmerz in der Hüfte bei der täglichen Arbeit, eingeschlossen der Hausarbeit?
 - gar nicht sehr
 - ein wenig gänzlich
 - mäßig

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens

EPA CARDIO P-FB01

Seite 9 von 9

3069123576

EPA-Cardio

Patienten-Fragebogen - Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen




Liebe Patientin, lieber Patient

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie einige Minuten Ihrer Zeit entbehren könnten um diesen Fragebogen über Ihren Gesundheitszustand und Ihren Lebensstil auszufüllen.

Ihr Hausarzt hat seine volle Unterstützung zu dieser Studie zugesagt.

Bitte lesen Sie sich die begleitende Patienteninformation durch bevor Sie diesen Fragebogen vollständig ausfüllen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, die auf Sie zutreffen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und niemand kann Ihre Antworten Ihrer Person zuordnen.

Vielen Dank

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DER FORMULARE

Für eine schnelle und genaue Verarbeitung dieser Formulare füllen Sie bitte die Felder mit einem dünnen, schwarzen oder blauen Stift aus.

Ausfüllbeispiel
Auswahlfragen

A	B	C	D	E
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Löschen einer fehlerhaften Markierung durch Ausschwärzen

Korrekte Markierung

Verwenden Sie bitte Zahlen nach folgendem Muster, vermeiden Sie Berührungen mit den Rändern der Zahlenfelder!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FORMULARE BITTE PFLEGLICH BEHANDELN, NICHT FALTEN, NICHT HEFTEN, KEINE ZUSÄTZLICHEN BESCHRIFTUNGEN VORNEHMEN!

Persönliche Fragen

1. Was ist Ihr Geschlecht?

 weiblich männlich

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

19 **19** (Beispiel)

3. Wie viele Jahre haben Sie für die Schule aufgebracht?

 weniger als 10 Jahre 10 - 13 Jahre mehr als 13 Jahre

4. Welche der angegebenen Möglichkeiten beschreibt am besten Ihren derzeitigen Arbeitsstatus?

 angestellt selbstständig arbeitslos Heimarbeit in Rente arbeitsunfähig

5. Wie ist Ihr Familienstand?

 Verheiratet/in fester Beziehung lebend Allein lebend Getrennt / geschieden lebend Verwitwet

6. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

 Ausgezeichnet Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht

7. Wieviel wiegen Sie ohne Schuhe?

 , kg

8. Wie groß sind Sie?

 cm

9. Wie lange sind Sie bereits Patient/in in Ihrer Hausarztpraxis? Seit:

 Weniger als einem Jahr 1 - 2 Jahren 3 - 7 Jahren 8 - 12 Jahren mehr als 13 Jahren

10. Wie oft suchen Sie Ihren Hausarzt innerhalb von 12 Monaten normalerweise auf?

 0-1 Mal 2-3 Mal 4-5 Mal 6-7 Mal 8-9 Mal Mehr als 10 Mal

11. Mir wurde ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk implantiert.

künstliches Kniegelenk Rechts Links künstliches Hüftgelenk Rechts Links

Krankheiten und Zustände

Haben Sie irgendeine oder mehrere der folgenden Krankheiten oder Zustände?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckererkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina pectoris? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Operationen oder Eingriffe an den Herzkranzgefäßen wie z.B. Erweiterung, Stent-Einlage oder Bypass-Operation? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschwäche / Herzinsuffizienz? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Transitorisch ischämische Attacken (TIA)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheit, "Schaufensterkrankheit"? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Depression? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Fragen über Ihre Hausarztpraxis

Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt bzw. Ihre Hausärztin und diese Praxis bezogen auf die vergangenen 12 Monate?

Da die Aufzählung der männlichen und weiblichen Form oft zu schwer lesbaren Sätzen führt, verwenden wir meistens die männliche Form oder die Mehrzahl. Sie steht für Frauen und Männer gleichermaßen.

	ausgezeichnet	→	→	→	schlecht	nicht zutreffend / nicht von Bedeutung
	1	2	3	4	5	
1. Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie hat er Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie hat er Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie wurde in der Praxis auf den vertraulichen Umgang mit Patienteneinformationen geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie gut konnte Ihr Arzt eine schnelle Linderung Ihrer Beschwerden erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie gründlich hat er sich mit Ihren Problemen befasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wie hat er Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine Ratschläge zu befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie hat er Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie war es möglich, mit dem Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>











Fragen zum Lebensstil

1 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivitäten sind Aktivitäten, bei denen Sie sich bewegen und Ihre Herzrate über die Ruherate hinaus steigern, egal, ob Sie dies aus Spaß, durch Arbeit oder mit Hilfe von Fortbewegungsmitteln tun.

Die Nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das Ausmaß und die Intensität der körperlichen Aktivität, die Sie normalerweise ausüben.

Beispiele von Intensitätsgraden körperlicher Aktivität:

<p>Leichte Aktivitäten</p> <p>Ihr Herz schlägt geringfügig schneller als normal Sie können sprechen und singen</p>	 <p>Spazieren gehen</p>  <p>Dehnen</p>  <p>Staubsaugen oder leichte Garten- oder Hofarbeit</p>
<p>Mäßige Aktivitäten</p> <p>Ihr Herz schlägt schneller als normal Sie können sprechen aber nicht singen</p>	 <p>Schnelles Gehen</p>  <p>Aerobic-Gruppe</p>  <p>Kraft-training</p>  <p>schonendes Schwimmen</p>
<p>Anstrengende Aktivitäten</p> <p>Ihre Pulsrate steigt stark an Sie können sich nicht unterhalten oder Ihr Sprechen ist unterbrochen durch tiefe Atemzüge</p>	 <p>Stepper</p>  <p>Joggen oder Laufen</p>  <p>Tennis, Federball, Fußball oder Basketball</p>

1 Körperliche Aktivität (Fortsetzung)

In welchem Ausmaß sind Sie körperlich aktiv. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile **eine** Antwort an)
Erläuterungen siehe oben!

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ich übe nie körperliche Aktivitäten aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Ich übe einige leichte oder mäßige körperliche Aktivitäten aus, jedoch nicht jede Woche . | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Ich übe einige leichte oder mäßige körperliche Aktivitäten jede Woche aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Ich übe mäßige körperliche Aktivitäten aus, aber weniger als 30 Minuten pro Tag oder an 5 Tagen in der Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Ich übe anstrengende körperliche Aktivitäten aus, aber weniger als 20 Minuten pro Tag oder an 3 Tagen in der Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Ich übe mäßige körperliche Aktivitäten 30 Minuten oder länger pro Tag an an 5 oder mehr Tagen pro Woche aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Ich übe anstrengende körperliche Aktivitäten 20 Minuten oder länger pro Tag an an 3 oder mehr Tagen pro Woche aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Ich übe Aktivitäten aus um die Muskelstärke zu steigern, wie z.B. Gewichte heben oder Gymnastik, einmal oder öfter pro Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Ich übe Aktivitäten aus um die Beweglichkeit zu verbessern, wie z.B. Dehnübungen oder Yoga, einmal oder öfter pro Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2 Ernährungsgewohnheiten

Wie oft treffen die unten genannten Ernährungsgewohnheiten in einer durchschnittlichen Woche auf Sie zu:	Normalerweise / oft	Manchmal	Selten	Esse diese Speisen selten oder nie
1. Essen von weniger als 2 Portionen an Vollkornprodukten oder Vollkornmehl pro Tag? <i>(1 Portion = eine Scheibe 100%iges Vollkornbrot, 1 Tasse Vollkorngetreide (wie Frühstücksmüsli), ballaststoffreiche Getreidemischungen, Haferflocken, 1-2 Scheiben Vollkorn-Knäckebrote, ½ Tasse Vollkornreis oder Vollkornnudeln, Salz-, Ofen- bzw. Süßkartoffeln oder Kochbananen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Essen von weniger als 2 Portionen Obst pro Tag? <i>(1 Portion = 100 g Obst oder 100%iger Fruchtsaft)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Essen von weniger als 2 Portionen Gemüse pro Tag? <i>(1 Portion = 200 g gekochtes Gemüse oder Rohkost)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Essen oder Trinken von weniger als 2 Portionen Milch, Joghurt oder Käse pro Tag? <i>(1 Portion = 1 Tasse, ca 200 g Milch oder Joghurt, ca. 30-60g Käse)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Essen von mehr als 225 g Fleisch, Hähnchen, Truthahn oder Fisch pro Tag? <i>(ca. 85 g Fleisch oder Hähnchen entspricht der Größe eines Kartenspielstapels oder einer der folgenden Speisen: 1 normaler Hamburger, 1 Hähnchenbrust oder -bein (Schlegel), oder einem Schweinekotelett)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Konsum von Wurstwaren (wie Mortadelle, Salami, Corned Beef, Würstchen oder Schinkenspeck) anstatt von verarbeiteten Fleischwaren mit niedrigem Fettgehalt (wie Roastbeef, Truthahn, magerer Schinken, magere Wurstwaren - Geflügelwurst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Essen von gebratenen Nahrungsmitteln wie gebratenes Hähnchen, gebratener Fisch, Pommes frites, gebratener Banane, gebratenes oder frittiertes Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Essen von normalen Kartoffelchips, Nachos, Maischips, Cracker, Popkorn, Nüssen anstatt von Salzbrezeln, fettreduzierten Chips oder Kräckern oder Luft-Popkorn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hinzufügen von Butter, Margarine oder Öl zu Brot, Kartoffeln, Reis oder Gemüse bei Tisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Essen von Süßwaren wie Kuchen, Cookies, Backwaren, Donuts, Muffins, Schokolade und Süßigkeiten mehr als zwei Mal am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Trinken von mehr als ½ Liter (Nicht-Diät) Limonade, Fruchtsaftgetränken oder anderen zuckerhaltigen Mixgetränken? <i>(1 Dose Limonade entspricht 333 ml)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Trinken von mehr als 1-2 alkoholischen Getränken pro Tag? <i>(1 Getränk entspricht etwa 300 ml Bier oder 150 ml Wein)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Wie weit sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu Gunsten einer besseren Gesundheit zu ändern? Völlig bereit <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht bereit				

3 Raucher-Status

1. Sind Sie derzeit Raucher?

- Ja, ich rauche derzeit
 Nein, ich habe innerhalb der letzten 6 Monate aufgehört
 Nein, ich habe seit mehr als 6 Monaten aufgehört
 Nein, ich habe nie geraucht

2. **Nur für Raucher:**

Im letzten Jahr, wie viel mal haben Sie für mindestens 24 Stunden auf das Rauchen verzichtet?

mal

3. **Nur für Raucher:**

Denken Sie ernsthaft daran das Rauchen aufzugeben? *(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)*

- Ja, innerhalb der nächsten 30 Tage
 Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
 Nein, ich denke nicht über einen Rauchstopp nach

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie während eines typischen 7-Tage-Zeitraums am Tag?

Zigaretten

5. Haben Sie 100 Zigaretten in Ihrem ganzen Leben geraucht?

- Ja Nein

6. **Wenn Sie das Rauchen aufgegeben haben, wann haben Sie damit aufgehört?**

. . *(Geben Sie bitte das Datum an, z.B. 01.01.2007)*

7. **Nur für Raucher:**

Wie sehr möchten Sie mit dem Rauchen aufhören?

(Bitte kreuzen Sie ein Kästchen auf der Skala unten an, wobei 1 für "gar nicht" und 10 für "sehr stark" steht)

- Gar nicht
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Einigermaßen
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Sehr stark

8. **Nur für Raucher:**

Wie zuversichtlich sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt, dass Sie es schaffen mit dem Rauchen aufzuhören?

(Bitte kreuzen Sie ein Kästchen auf der Skala unten an, wobei 1 für "überhaupt nicht" und 10 für "sehr" steht)

- Überhaupt nicht
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Einigermaßen
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Sehr

Fragen zur Medikamententreue

Medikation

Ja Nein

Nehmen Sie **irgendwelche** Medikamente regelmäßig ein?**Wenn "Nein" gehen Sie bitte zur nächsten Seite!****Wenn "Ja" fahren Sie bitte fort:**

1. Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente zu nehmen?

2. Sind Sie manchmal sorglos beim Einnehmen der Medikamente?

3. Wenn Sie sich besser fühlen, nehmen Sie dann manchmal keine Medikamente?

4. Wenn Sie sich manchmal nach der Einnahme der Medikamente schlechter fühlen, hören Sie dann damit auf?

Fragen zum Gesundheitszustand

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Bitte kreuzen Sie dabei nicht mehr als 1 Kästchen in jeder Gruppe an.

1. Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

2. Für mich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

3. Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Haushalt, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

4. Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

5. Angst / Niedergeschlagenheit

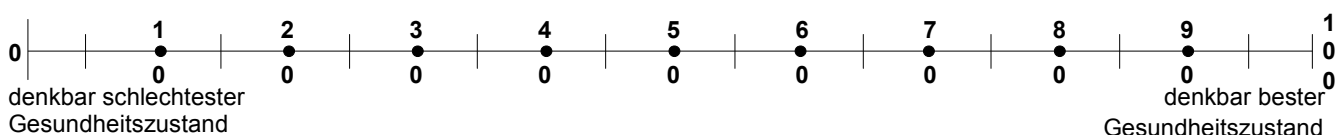
- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Gesundheitsskala

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der denkbar beste Gesundheitszustand ist mit "100" gekennzeichnet, der denkbar schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand **heute** ist und diesen Wert in die Kästchen einzutragen.

Ihr heutiger
Gesundheitszustand



Oxford Knie-Fragebogen

Haben oder hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich eines Kniegelenkes?

Ja Nein

Wenn "Ja": füllen Sie bitte diese Seite aus

Wenn "Nein": überspringen Sie bitte diese Seite

1. Wie würden Sie den Schmerz in Ihrem Kniegelenk beschreiben?
 - keine mäßig
 - sehr gering stark
 - gering
2. Haben Sie aufgrund Ihres Kniegelenkes **Probleme**, sich selbst zu waschen oder abzutrocknen?
 - keine extreme
 - geringe nicht möglich
 - mäßige
3. Haben Sie **Probleme**, aus einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel auszusteigen (mit oder ohne Stock)?
 - keine extreme
 - geringe unmöglich
 - mäßige
4. **Wie lange können Sie gehen** bevor der Schmerz im Bereich des Kniegelenkes stark wird (mit oder ohne Stock)?
 - 30 Minuten oder mehr
 - 16 bis 30 Minuten
 - 5 bis 15 Minuten
 - nur im häuslichen Bereich
 - gar nicht möglich
5. Wie **schmerzhaft** ist es im Kniegelenk aufzustehen, nachdem Sie beim Essen am Tisch gegessen sind?
 - gar nicht sehr
 - gering unerträglich
 - mäßig
6. **Hinken** Sie aufgrund von Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes?
 - selten/nie
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - die ganze Zeit
7. Können Sie **niederknien** und danach **wieder aufstehen**?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
8. Haben Sie **nächtliche Schmerzen** im Bereich des Kniegelenkes im Liegen?
 - noch nie die meisten Nächte
 - ein oder zwei Nächte jede Nacht
 - manche Nacht
9. **Wie sehr beeinflusst Sie** der Schmerz im Kniegelenk bei der täglichen Arbeit, eingeschlossen Hausarbeit?
 - gar nicht sehr
 - ein wenig gänzlich
 - mäßig
10. Haben Sie manchmal das Gefühl, das Knie **"lässt aus"** oder sinken Sie plötzlich im Knie ein?
 - selten/niemals
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - ständig
11. **Können Sie selbständig** den Haushaltseinkauf durchführen?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
12. Können Sie eine **Treppe hochsteigen**?
 - einfach
 - mit geringen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht möglich

Oxford Hüft-Fragebogen

Haben oder hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich eines Hüftgelenkes?

- Ja Nein **Wenn "Ja":** füllen Sie bitte diese Seite aus
Wenn "Nein": überspringen Sie bitte diese Seite

1. Wie würden Sie den Schmerz in Ihrem Hüftgelenk beschreiben?
 - keine mäßig
 - sehr gering stark
 - gering
2. Haben Sie **nächtliche Schmerzen** im Bereich des Hüftgelenkes im Liegen?
 - noch nie die meisten Nächte
 - ein oder zwei Nächte jede Nacht
 - manche Nacht
3. Haben Sie **plötzlich einschießende, schwere Schmerzen** im Bereich des Hüftgelenkes?
 - noch nie jeden Tag
 - ein oder zwei Tage ständig
 - schon einige Tage
4. **Hinken** Sie aufgrund von Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes?
 - selten/nie
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - die ganze Zeit
5. **Wie lange** können Sie gehen bevor der Schmerz im Bereich des Hüftgelenkes stark wird (mit oder ohne Hilfsmittel)?
 - 30 Minuten oder mehr
 - 16 bis 30 Minuten
 - 5 bis 15 Minuten
 - nur im häuslichen Bereich
 - gar nicht möglich
6. Können Sie eine **Treppe hochsteigen**?
 - einfach
 - mit geringen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht möglich
7. Können Sie ein Paar Socken oder Strümpfe anziehen?
 - ja, ohne Probleme
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - nicht möglich
8. Wie **schmerzhaft** ist es in der Hüfte aufzustehen, nachdem Sie beim Essen am Tisch gesessen sind?
 - gar nicht sehr
 - gering unerträglich
 - mäßig
9. Haben Sie **Probleme**, aufgrund Ihres Hüftgelenkes aus einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel auszusteigen?
 - keine extreme
 - geringe unmöglich
 - mäßige
10. Haben Sie aufgrund Ihres Kniegelenkes **Probleme**, sich selbst zu waschen oder abzutrocknen?
 - keine extreme
 - geringe nicht möglich
 - mäßige
11. **Können Sie selbständig** den Haushaltseinkauf durchführen?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
12. **Wie sehr beeinflusst Sie** der Schmerz in der Hüfte bei der täglichen Arbeit, eingeschlossen der Hausarbeit?
 - gar nicht sehr
 - ein wenig gänzlich
 - mäßig

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens

EPA CARDIO P-FB02

Seite 12 von 12

5094421522

EPA-Cardio

Patienten-Fragebogen - Patienten im Alter von 18 bis 45 Jahren




Liebe Patientin, lieber Patient

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie einige Minuten Ihrer Zeit entbehren könnten um diesen Fragebogen über Ihren Gesundheitszustand und Ihren Lebensstil auszufüllen.

Ihr Hausarzt hat seine volle Unterstützung zu dieser Studie zugesagt.

Bitte lesen Sie sich die begleitende Patienteninformation durch bevor Sie diesen Fragebogen vollständig ausfüllen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, die auf Sie zutreffen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und niemand kann Ihre Antworten Ihrer Person zuordnen.

Vielen Dank

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DER FORMULARE

Für eine schnelle und genaue Verarbeitung dieser Formulare füllen Sie bitte die Felder mit einem dünnen, schwarzen oder blauen Stift aus.

Ausfüllbeispiel
Auswahlfragen

A	B	C	D	E
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Löschen einer fehlerhaften Markierung durch Ausschwärzen

Korrekte Markierung

Verwenden Sie bitte Zahlen nach folgendem Muster, vermeiden Sie Berührungen mit den Rändern der Zahlenfelder!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**FORMULARE BITTE PFLEGLICH BEHANDELN, NICHT FALTEN, NICHT HEFTEN,
KEINE ZUSÄTZLICHEN BESCHRIFTUNGEN VORNEHMEN!**

Persönliche Fragen

1. Was ist Ihr Geschlecht?

 weiblich männlich

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

19 **19 4 0 (Beispiel)**

3. Wie viele Jahre haben Sie für die Schule aufgebracht?

 weniger als 10 Jahre 10 - 13 Jahre mehr als 13 Jahre

4. Welche der angegebenen Möglichkeiten beschreibt am besten Ihren derzeitigen Arbeitsstatus?

 angestellt selbstständig arbeitslos Heimarbeit in Rente arbeitsunfähig

5. Wie ist Ihr Familienstand?

 Verheiratet/in fester Beziehung lebend Allein lebend Getrennt / geschieden lebend Verwitwet

6. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

 Ausgezeichnet Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht

7. Wieviel wiegen Sie ohne Schuhe?

 , kg

8. Wie groß sind Sie?

 cm

9. Wie lange sind Sie bereits Patient/in in Ihrer Hausarztpraxis? Seit:

 Weniger als einem Jahr 1 - 2 Jahren 3 - 7 Jahren 8 - 12 Jahren mehr als 13 Jahren

10. Wie oft suchen Sie Ihren Hausarzt innerhalb von 12 Monaten normalerweise auf?

 0-1 Mal 2-3 Mal 4-5 Mal 6-7 Mal 8-9 Mal Mehr als 10 Mal

11. Mir wurde ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk implantiert.

künstliches Kniegelenk Rechts Links künstliches Hüftgelenk Rechts Links

Krankheiten und Zustände

Haben Sie irgendeine oder mehrere der folgenden Krankheiten oder Zustände?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckererkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina pectoris? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Operationen oder Eingriffe an den Herzkranzgefäßen wie z.B. Erweiterung, Stent-Einlage oder Bypass-Operation? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschwäche / Herzinsuffizienz? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Transitorisch ischämische Attacken (TIA)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheit, "Schaufensterkrankheit"? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Depression? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Fragen über Ihre medizinische (präventive) Versorgung

Bitte denken Sie über Ihre Hausarztpraxis nach

Haben Sie von Ihrem Hausarzt oder den Arzthelferinnen jemals eine Beratung bezüglich der folgenden Inhalte erhalten:

- | | Ja | Nein | Nicht zu-
treffend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. - Rauchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. - Körpergewicht / Diät? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. - Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. - Körperliche Bewegung / Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. - Cholesterin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. - Lebensstil Ihrer Kinder (z.B. Rauchen, Sport, Alkoholkonsum etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

War diese Beratung für Sie hilfreich?

- | | Ja | Nein | Nicht zu-
treffend |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie von Ihrem Hausarzt oder den Arzthelferinnen jemals folgende Angebote erhalten:

- | | Ja | Nein | Nicht zu-
treffend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. - zwei oder mehr Termine um Ihnen eine Beratung bezüglich Ihres Lebensstils (z.B. Ernährung, Bewegung, Genussmittel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. - schriftliche Informationen zu Ihrem Lebensstil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. - Empfehlungen von Internetseiten über die Aufklärung gesundheitlicher Risiken oder eines gesunden Lebensstils? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. - Beratungen über Möglichkeiten in Sportvereinen oder anderen Sportkursen vor Ort? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. - Schulungen zu gesundem Lebensstil für Ihre Kinder (z.B. Rauchen, Sport, Alkohol etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Waren diese Angebote für Sie hilfreich?

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen über Ihre Hausarztpraxis

Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt bzw. Ihre Hausärztin und diese Praxis bezogen auf die vergangenen 12 Monate?

Da die Aufzählung der männlichen und weiblichen Form oft zu schwer lesbaren Sätzen führt, verwenden wir meistens die männliche Form oder die Mehrzahl. Sie steht für Frauen und Männer gleichermaßen.

	ausgezeichnet	→	→	→	schlecht	nicht zutreffend / nicht von Bedeutung
	1	2	3	4	5	
1. Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie hat er Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie hat er Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie wurde in der Praxis auf den vertraulichen Umgang mit Patienteninformatoren geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie gut konnte Ihr Arzt eine schnelle Linderung Ihrer Beschwerden erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie gründlich hat er sich mit Ihren Problemen befasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wie hat er Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine Ratschläge zu befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie hat er Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie war es möglich, mit dem Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>











Fragen zum Lebensstil

1 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivitäten sind Aktivitäten, bei denen Sie sich bewegen und Ihre Herzrate über die Ruherate hinaus steigern, egal, ob Sie dies aus Spaß, durch Arbeit oder mit Hilfe von Fortbewegungsmitteln tun.

Die Nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das Ausmaß und die Intensität der körperlichen Aktivität, die Sie normalerweise ausüben.

Beispiele von Intensitätsgraden körperlicher Aktivität:

<p>Leichte Aktivitäten</p> <p>Ihr Herz schlägt geringfügig schneller als normal Sie können sprechen und singen</p>	 <p>Spazieren gehen</p>  <p>Dehnen</p>  <p>Staubsaugen oder leichte Garten- oder Hofarbeit</p>
<p>Mäßige Aktivitäten</p> <p>Ihr Herz schlägt schneller als normal Sie können sprechen aber nicht singen</p>	 <p>Schnelles Gehen</p>  <p>Aerobic-Gruppe</p>  <p>Kraft-training</p>  <p>schonendes Schwimmen</p>
<p>Anstrengende Aktivitäten</p> <p>Ihre Pulsrate steigt stark an Sie können sich nicht unterhalten oder Ihr Sprechen ist unterbrochen durch tiefe Atemzüge</p>	 <p>Stepper</p>  <p>Joggen oder Laufen</p>  <p>Tennis, Federball, Fußball oder Basketball</p>

1 Körperliche Aktivität (Fortsetzung)

In welchem Ausmaß sind Sie körperlich aktiv. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile **eine** Antwort an)
Erläuterungen siehe oben!

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ich übe nie körperliche Aktivitäten aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Ich übe einige leichte oder mäßige körperliche Aktivitäten aus, jedoch nicht jede Woche . | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Ich übe einige leichte oder mäßige körperliche Aktivitäten jede Woche aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Ich übe mäßige körperliche Aktivitäten aus, aber weniger als 30 Minuten pro Tag oder an 5 Tagen in der Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Ich übe anstrengende körperliche Aktivitäten aus, aber weniger als 20 Minuten pro Tag oder an 3 Tagen in der Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Ich übe mäßige körperliche Aktivitäten 30 Minuten oder länger pro Tag an an 5 oder mehr Tagen pro Woche aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Ich übe anstrengende körperliche Aktivitäten 20 Minuten oder länger pro Tag an an 3 oder mehr Tagen pro Woche aus. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Ich übe Aktivitäten aus um die Muskelstärke zu steigern, wie z.B. Gewichte heben oder Gymnastik, einmal oder öfter pro Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Ich übe Aktivitäten aus um die Beweglichkeit zu verbessern, wie z.B. Dehnübungen oder Yoga, einmal oder öfter pro Woche. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2 Ernährungsgewohnheiten

Wie oft treffen die unten genannten Ernährungsgewohnheiten in einer durchschnittlichen Woche auf Sie zu:	Normalerweise / oft	Manchmal	Selten	Esse diese Speisen selten oder nie
1. Essen von weniger als 2 Portionen an Vollkornprodukten oder Vollkornmehl pro Tag? <i>(1 Portion = eine Scheibe 100%iges Vollkornbrot, 1 Tasse Vollkorngetreide (wie Frühstücksmüsli), ballaststoffreiche Getreidemischungen, Haferflocken, 1-2 Scheiben Vollkorn-Knäckebrote, ½ Tasse Vollkornreis oder Vollkornnudeln, Salz-, Ofen- bzw. Süßkartoffeln oder Kochbananen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Essen von weniger als 2 Portionen Obst pro Tag? <i>(1 Portion = 100 g Obst oder 100%iger Fruchtsaft)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Essen von weniger als 2 Portionen Gemüse pro Tag? <i>(1 Portion = 200 g gekochtes Gemüse oder Rohkost)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Essen oder Trinken von weniger als 2 Portionen Milch, Joghurt oder Käse pro Tag? <i>(1 Portion = 1 Tasse, ca 200 g Milch oder Joghurt, ca. 30-60g Käse)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Essen von mehr als 225 g Fleisch, Hähnchen, Truthahn oder Fisch pro Tag? <i>(ca. 85 g Fleisch oder Hähnchen entspricht der Größe eines Kartenspielstapels oder einer der folgenden Speisen: 1 normaler Hamburger, 1 Hähnchenbrust oder -bein (Schlegel), oder einem Schweinekotelett)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Konsum von Wurstwaren (wie Mortadelle, Salami, Corned Beef, Würstchen oder Schinkenspeck) anstatt von verarbeiteten Fleischwaren mit niedrigem Fettgehalt (wie Roastbeef, Truthahn, magerer Schinken, magere Wurstwaren - Geflügelwurst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Essen von gebratenen Nahrungsmitteln wie gebratenes Hähnchen, gebratener Fisch, Pommes frites, gebratener Banane, gebratenes oder frittiertes Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Essen von normalen Kartoffelchips, Nachos, Maischips, Cracker, Popkorn, Nüssen anstatt von Salzbrezeln, fettreduzierten Chips oder Kräckern oder Luft-Popkorn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hinzufügen von Butter, Margarine oder Öl zu Brot, Kartoffeln, Reis oder Gemüse bei Tisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Essen von Süßwaren wie Kuchen, Cookies, Backwaren, Donuts, Muffins, Schokolade und Süßigkeiten mehr als zwei Mal am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Trinken von mehr als ½ Liter (Nicht-Diät) Limonade, Fruchtsaftgetränken oder anderen zuckerhaltigen Mixgetränken? <i>(1 Dose Limonade entspricht 333 ml)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Trinken von mehr als 1-2 alkoholischen Getränken pro Tag? <i>(1 Getränk entspricht etwa 300 ml Bier oder 150 ml Wein)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Wie weit sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu Gunsten einer besseren Gesundheit zu ändern? Völlig bereit <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht bereit				

3 Raucher-Status

1. Sind Sie derzeit Raucher?

- Ja, ich rauche derzeit
 Nein, ich habe innerhalb der letzten 6 Monate aufgehört
 Nein, ich habe seit mehr als 6 Monaten aufgehört
 Nein, ich habe nie geraucht

2. **Nur für Raucher:**

Im letzten Jahr, wie viel mal haben Sie für mindestens 24 Stunden auf das Rauchen verzichtet?

mal

3. **Nur für Raucher:**

Denken Sie ernsthaft daran das Rauchen aufzugeben? *(Kreuzen Sie bitte eine Antwort an)*

- Ja, innerhalb der nächsten 30 Tage
 Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
 Nein, ich denke nicht über einen Rauchstopp nach

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie während eines typischen 7-Tage-Zeitraums am Tag?

Zigaretten

5. Haben Sie 100 Zigaretten in Ihrem ganzen Leben geraucht?

- Ja Nein

6. **Wenn Sie das Rauchen aufgegeben haben, wann haben Sie damit aufgehört?**

. . *(Geben Sie bitte das Datum an, z.B. 01.01.2007)*

7. **Nur für Raucher:**

Wie sehr möchten Sie mit dem Rauchen aufhören?

(Bitte kreuzen Sie ein Kästchen auf der Skala unten an, wobei 1 für "gar nicht" und 10 für "sehr stark" steht)

- Gar nicht
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Einigermaßen
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Sehr stark

8. **Nur für Raucher:**

Wie zuversichtlich sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt, dass Sie es schaffen mit dem Rauchen aufzuhören?

(Bitte kreuzen Sie ein Kästchen auf der Skala unten an, wobei 1 für "überhaupt nicht" und 10 für "sehr" steht)

- Überhaupt nicht
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Einigermaßen
 ⇒
 ⇒
 ⇒
 Sehr

Oxford Knie-Fragebogen

Haben oder hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich eines Kniegelenkes?

Ja Nein

Wenn "Ja": füllen Sie bitte diese Seite aus
Wenn "Nein": überspringen Sie bitte diese Seite

1. Wie würden Sie den Schmerz in Ihrem Kniegelenk beschreiben?
 - keine mäßig
 - sehr gering stark
 - gering
2. Haben Sie aufgrund Ihres Kniegelenkes **Probleme**, sich selbst zu waschen oder abzutrocknen?
 - keine extreme
 - geringe nicht möglich
 - mäßige
3. Haben Sie **Probleme**, aus einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel uszusteigen (mit oder ohne Stock)?
 - keine extreme
 - geringe unmöglich
 - mäßige
4. **Wie lange können Sie gehen** bevor der Schmerz im Bereich des Kniegelenkes stark wird (mit oder ohne Stock)?
 - 30 Minuten oder mehr
 - 16 bis 30 Minuten
 - 5 bis 15 Minuten
 - nur im häuslichen Bereich
 - gar nicht möglich
5. Wie **schmerzhaft** ist es im Kniegelenk aufzustehen, nachdem Sie beim Essen am Tisch gesessen sind?
 - gar nicht sehr
 - gering unerträglich
 - mäßig
6. **Hinken** Sie aufgrund von Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes?
 - selten/nie
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - die ganze Zeit
7. Können Sie **niederknien** und danach **wieder aufstehen**?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
8. Haben Sie **nächtliche Schmerzen** im Bereich des Kniegelenkes im Liegen?
 - noch nie die meisten Nächte
 - ein oder zwei Nächte jede Nacht
 - manche Nacht
9. **Wie sehr beeinflusst Sie** der Schmerz im Kniegelenk bei der täglichen Arbeit, eingeschlossen Hausarbeit?
 - gar nicht sehr
 - ein wenig gänzlich
 - mäßig
10. Haben Sie manchmal das Gefühl, das Knie **"lässt aus"** oder sinken Sie plötzlich im Knie ein?
 - selten/niemals
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - ständig
11. **Können Sie selbständig** den Haushaltseinkauf durchführen?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
12. Können Sie eine **Treppe hochsteigen**?
 - einfach
 - mit geringen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht möglich

Oxford Hüft-Fragebogen

Haben oder hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich eines Hüftgelenkes?

Ja Nein

Wenn "Ja": füllen Sie bitte diese Seite aus

Wenn "Nein": überspringen Sie bitte diese Seite

1. Wie würden Sie den Schmerz in Ihrem Hüftgelenk beschreiben?
 - keine mäßig
 - sehr gering stark
 - gering
2. Haben Sie **nächtliche Schmerzen** im Bereich des Hüftgelenkes im Liegen?
 - noch nie die meisten Nächte
 - ein oder zwei Nächte jede Nacht
 - manche Nacht
3. Haben Sie **plötzlich einschießende, schwere Schmerzen** im Bereich des Hüftgelenkes?
 - noch nie jeden Tag
 - ein oder zwei Tage ständig
 - schon einige Tage
4. **Hinken** Sie aufgrund von Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes?
 - selten/nie
 - manchmal oder nur anfangs
 - oft, nicht nur anfangs
 - die meiste Zeit
 - die ganze Zeit
5. **Wie lange** können Sie gehen bevor der Schmerz im Bereich des Hüftgelenkes stark wird (mit oder ohne Hilfsmittel)?
 - 30 Minuten oder mehr
 - 16 bis 30 Minuten
 - 5 bis 15 Minuten
 - nur im häuslichen Bereich
 - gar nicht möglich
6. Können Sie eine **Treppe hochsteigen**?
 - einfach
 - mit geringen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht möglich
7. Können Sie ein Paar Socken oder Strümpfe anziehen?
 - ja, ohne Probleme
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - nicht möglich
8. Wie **schmerzhaft** ist es in der Hüfte aufzustehen, nachdem Sie beim Essen am Tisch gesessen sind?
 - gar nicht sehr
 - gering unerträglich
 - mäßig
9. Haben Sie **Probleme**, aufgrund Ihres Hüftgelenkes aus einem Auto oder öffentlichen Verkehrsmittel auszusteigen?
 - keine extreme
 - geringe unmöglich
 - mäßige
10. Haben Sie aufgrund Ihres Kniegelenkes **Probleme**, sich selbst zu waschen oder abzutrocknen?
 - keine extreme
 - geringe nicht möglich
 - mäßige
11. **Können Sie selbständig** den Haushaltseinkauf durchführen?
 - ja, leicht
 - mit kleinen Schwierigkeiten
 - mit mäßigen Schwierigkeiten
 - mit extremen Schwierigkeiten
 - gar nicht
12. **Wie sehr beeinflusst Sie** der Schmerz in der Hüfte bei der täglichen Arbeit, eingeschlossen der Hausarbeit?
 - gar nicht sehr
 - ein wenig gänzlich
 - mäßig

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens

EPA CARDIO P-FB03

Seite 11 von 11

6713106925

1. Patienten mit koronarer Herzerkrankung: CHD: ICD 10: I20-I25 oder ICPC-2: K74, K75, K76 (Fortsetzung)

11. Wurden Blutdruckwerte innerhalb der letzten 15 Monate dokumentiert?

 Ja

 Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die zuletzt dokumentierten Werte ein

Zuletzt dokumentierter Wert:

 /

mm/Hg

Zweitletzter dokumentierter Wert:

 /

mm/Hg

Drittlletzter dokumentierter Wert:

 /

mm/Hg

 12. Wenn die dokumentierten Blutdruckwerte bleibend über 160/100 mm/Hg erhöht waren (mindestens zwei Werte innerhalb von 15 Monaten): Wurde diesem Patienten¹ eine medikamentöse Therapie zur Blutdrucksenkung angeboten?

 Ja

 Nein

 keine anhaltende Blutdruckerhöhung über 160/100

13. Wurde ein individueller Zielblutdruck dokumentiert?

 Ja

 Nein

14. Wurden Cholesterinwerte (Gesamtcholesterin, LDL, HDL) innerhalb der letzten 15 Monate dokumentiert?

 Ja

 Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die zuletzt dokumentierten Werte ein

Gesamtcholesterin:

mmol/l

mg/dl

LDL:

mmol/l

mg/dl

HDL:

mmol/l

mg/dl

15. Ist dokumentiert, dass eine zufällige Blutzuckerkontrolle mindestens einmal innerhalb der letzten 15 Monate durchgeführt wurde?

 Ja

 Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die zuletzt dokumentierten Werte ein

Blutzucker: zufällig bestimmt

mg/dl

oder nüchtern

mg/dl

 16. Ist dokumentiert, dass der Patient¹ ein Statin (z.B. Simvastatin) einnimmt oder ihm ein Statin innerhalb der letzten 15 Monate angeboten wurde?

 Ja

 Nein

 17. Ist dokumentiert, dass der Patient¹ Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Aspirin oder Clopidogrel) einnimmt und ihm diese Therapie innerhalb der letzten 15 Monate angeboten wurde - oder ist dokumentiert, dass diese Medikamente kontraindiziert sind?

 Ja

 Nein

 nicht anwendbar wenn der Patient Antikoagulantien wie Marcumar oder Coumadin einnimmt

18. Ist dokumentiert, dass eine Grippe-Impfung mindestens ein Mal innerhalb der letzten 15 Monate angeboten wurde?

 Ja

 Nein

 19. Ist dokumentiert, dass der Patient¹ unter Schmerzen leidet ...

... im Kniegelenk?

 Ja

 Nein

... im Hüftgelenk?

 Ja

 Nein

 20. Ist dokumentiert, dass dem Patienten¹ eine Knie- oder Hüfttotalendoprothese implantiert wurde?

Knie TEP

 Ja

 Nein

Hüfte TEP

 Ja

 Nein

Für eine schnelle und genaue Verarbeitung dieses Formulars füllen Sie bitte die Felder mit einem dünnen, schwarzen oder blauen Stift aus.

Bei falschem Ankreuzen Feld bitte vollkommen schwärzen!

Verwenden Sie bitte Zahlen nach folgendem Muster, vermeiden Sie Berührungen mit den Rändern der Zahlenfelder!

Ausfüllbeispiel
Auswahlfragen

A	B	C	D	E
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

UMFRAGEBÖGEN BITTE PFLEGLICH BEHANDELN, NICHT BESCHRIFTEN, NICHT FALTEN, NICHT HEFTEN

2. Hochrisikopatienten: ohne Diabetes oder manifestierte Herz-Kreislauf-Erkrankung

Risikokalkulation mit einem standardisierten Instrument (z.B. SCORE Deutschland-Tafeln oder e-ARRIBA oder Procam): Patienten mit einem Risiko innerhalb von 10 Jahren an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erkranken von $\geq 20\%$ (e-ARRIBA) oder zu versterben von $\geq 10\%$ (SCORE)

Wenn eine Risikokalkulation nicht möglich ist: Patienten mit 3 von 4 genannten Risikofaktoren: Hypertonie, Hypercholesterinämie, Rauchen oder Männer über 60 - ohne eine bereits bestehende Herz-Kreislaufferkrankung oder Diabetes

1. Welches Geschlecht hat der Patient¹? weiblich männlich

2. Wann ist der Patient¹ geboren? **19** **19** (Beispiel)

3. Wurde der Raucherstatus innerhalb der letzten 15 Monate dokumentiert?

Ja, Raucher Ja, Nicht-Raucher Nein

• Wenn "Ja, Raucher", beantworten Sie bitte die Fragen 4, 5 und 6

• Wenn "Ja, Nicht-Raucher" oder "Nein" gehen Sie bitte zu Frage 7 über

Für Patienten¹, die rauchen:

4. Gibt es in den letzten 15 Monaten mindestens einen Eintrag über die Motivation/Bereitschaft des Patienten¹ mit dem Rauchen aufzuhören? (z.B. Skalen 1-5?)

Ja Nein

5. Für Patienten¹, die rauchen und für die dokumentiert ist, dass sie motiviert sind das Rauchen aufzugeben: Ist dokumentiert, dass mindestens eine Folgekonsultation innerhalb der folgenden 3 Monate angeboten wurde?

Ja Nein Nein, nicht als motiviert dokumentiert

6. Gibt es in den letzten 15 Monaten mindestens einen Eintrag darüber, dass eine Beratung zum Rauch-Stopp angeboten wurde?

Ja Nein

7. Wurde das Ausmaß körperliche und/oder sportlicher Leistung mindestens ein Mal innerhalb der letzten 15 Monate dokumentiert?

Ja Nein

8. Ist dokumentiert, dass eine Beratung bezüglich regelmäßiger körperlicher Aktivität mindestens einmal innerhalb der letzten 15 Monate stattgefunden hat **oder** ist dokumentiert, dass körperliche Bewegung kontraindiziert bzw. nicht möglich ist?

Ja Nein

9. Wurden das Gewicht oder der Body Mass Index (BMI) innerhalb der letzten 15 Monate dokumentiert?

Ja Nein Wenn ja, tragen Sie bitte die zuletzt dokumentierten Werte ein

BMI: ,
Gewicht: , kg

¹ Zur Vereinfachung und besseren Verständlichkeit wird hier die männliche Form verwendet. Es sind damit jedoch gleichermaßen beide Geschlechter gemeint.

2. Hochrisikopatienten: (Fortsetzung)

10. Ist dokumentiert, dass eine Beratung bezüglich der Ernährung mindestens ein Mal innerhalb der letzten 15 Monate angeboten wurde?

Ja Nein

11. Wurden Blutdruckwerte innerhalb der letzten 15 Monate dokumentiert?

Ja Nein Wenn ja, tragen Sie bitte die zuletzt dokumentierten Werte ein

Zuletzt dokumentierter Wert: / mm/Hg

Zweitletzter dokumentierter Wert: / mm/Hg

Drittletzter dokumentierter Wert: / mm/Hg

12. Wurde ein individueller Zielblutdruck dokumentiert?

Ja Nein

13. Wurden Cholesterinwerte (Gesamtcholesterin, LDL, HDL) innerhalb der letzten 15 Monate dokumentiert?

Ja Nein Wenn ja, tragen Sie bitte die zuletzt dokumentierten Werte ein

Gesamtcholesterin: mmol/l mg/dl

LDL: mmol/l mg/dl

HDL: mmol/l mg/dl

14. Ist dokumentiert, dass eine zufällige Blutzuckerkontrolle mindestens einmal innerhalb der letzten **5 Jahre** durchgeführt wurde?

Ja Nein Wenn ja, tragen Sie bitte die zuletzt dokumentierten Werte ein

Blutzucker: **zufällig bestimmt** mg/dl oder **nüchtern** mg/dl

15. Ist dokumentiert, dass der Patient¹ unter Schmerzen leidet ...

... im Kniegelenk? Ja Nein ... im Hüftgelenk? Ja Nein

16. Ist dokumentiert, dass dem Patienten¹ eine Knie- oder Hüfttotalendoprothese implantiert wurde?

Knie TEP Ja Nein Hüfte TEP Ja Nein