



Scannen Sie den QR-Code, um den  
Online-Fragebogen auszufüllen.

**Vielen Dank** für Ihren Beitrag und dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen.  
**Ihre Teilnahme ist wertvoll und wichtig.**

Bitte lesen Sie jede Frage und alle möglichen Antworten sorgfältig durch. Bitte markieren Sie die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten passt, deutlich mit einem schwarzen oder blauen Stift.

Richtig: ☒

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Frage an (ausser bei Mehrfachantworten) und beantworten Sie bitte alle gestellten Fragen, es sei denn, es kann eine Anschlussfrage übersprungen werden.

Es ist Ihre Ansicht, die zählt; es gibt keine richtige oder falsche Antwort. Es ist wichtig, ehrlich zu antworten, um das Erlebte adäquat wiederzugeben. Sie können am Ende des Fragebogens gerne persönliche Bemerkungen anfügen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert zwischen 20 und 30 Minuten.

Die Fragen sind von der Person zu beantworten, die im Einladungsschreiben namentlich genannt ist. Sollte diese Person Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, darf eine ihr nahestehende Person helfen, aber die Antworten sind ausschliesslich aus der Perspektive der eingeladenen Person zu geben - nicht aus der Sicht der nahestehenden Person.

### **Einwilligungserklärung**

Mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens erkläre ich:

- ✓ Dass ich schriftlich über den Zweck und den Ablauf der SCAPE-CH Umfrage informiert wurde
- ✓ Dass ich freiwillig an dieser Umfrage teilnehme und den Inhalt des Informationsschreibens zu Sinn und Zweck der SCAPE-CH Umfrage akzeptiere
- ✓ Dass ich genügend Zeit hatte, meine Entscheidung zu treffen
- ✓ Dass meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Umfrage beantwortet worden sind
- ✓ Dass ich einverstanden bin, dass die zuständigen Fachleute der Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwecken Einsicht in meine unverschlüsselten Daten Einsicht nehmen, unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit
- ✓ Dass ich weiss, dass die in diesem Fragebogen angegebenen Daten von Unisanté, ohne die Möglichkeit, mich zu identifizieren, analysiert und aufbewahrt werden; es werden keine Informationen, die eine Identifizierung meiner Person ermöglichen, an Dritte weitergegeben
- ✓ Dass ich bis zu Ende der Umfrage (30.06.2024) und ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der Umfrage zurücktreten kann. Meine weitere Behandlung ist unabhängig von der Teilnahme an der Umfrage gewährleistet. Die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten werden trotzdem so ausgewertet, dass es nicht möglich ist, mich zu identifizieren

**BESUCH BEI EINEM/R HAUSARZT/-ÄRZTIN  
ODER ALLGEMEINARZT/-ÄRZTIN  
vor der Krebsdiagnose**

*Falls Sie mehrere Krebserkrankungen hatten,  
antworten Sie bitte mit Blick auf die zuletzt  
diagnostizierte Krebserkrankung.*

1. Wie oft waren Sie wegen der durch die Krebserkrankung verursachten Symptome bei einem/r Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin, bevor Sie eine:n Spezialisten/-in konsultiert haben?
  - ☐ Nie – Ich bin direkt zu einem/r Spezialisten/-in gegangen
  - ☐ Nie – Ich hatte keine Symptome und der Krebs wurde im Rahmen einer Routine-/ Nachuntersuchung oder bei einer Vorsorgeuntersuchung entdeckt
  - ☐ Ich war 1 oder 2 Mal bei einem/r Arzt/Ärztin
  - ☐ Ich war 3 oder 4 Mal bei einem/r Arzt/Ärztin
  - ☐ Ich war 5 oder mehr Mal bei einem/r Arzt/Ärztin
  - ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
2. Wie empfanden Sie die Wartezeit vor dem ersten Termin bei einem Spezialisten?
  - ☐ Ich bekam einen Termin, sobald mir dies notwendig erschien
  - ☐ Ich hätte etwas früher einen Termin bekommen müssen
  - ☐ Ich hätte viel früher einen Termin bekommen müssen
  - ☐ Es gab keine Wartezeit, da ich keinen Termin vereinbart habe (z. B. Notfall)
  - ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

**DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN**

3. Wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monate eine oder mehrere diagnostische Untersuchungen wegen Krebs in dem im Einladungsschreiben genannten Spital durchgeführt, wie zum Beispiel eine Endoskopie, eine Biopsie, eine Mammographie oder eine Computertomographie?

☐ Ja → **weiter zu Frage 4**

☐ Nein → **weiter zu Frage 7**

*Wenn Sie an das letzte Mal denken, als bei Ihnen eine diagnostische Untersuchung wegen Krebs in dem im Einladungsschreiben genannten Spital durchgeführt wurde...*

4. Haben Sie vor der Untersuchung alle Informationen erhalten, die Sie darüber benötigten?

☐ Ja, absolut

☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad

☐ Nein

5. Was halten Sie insgesamt von der Wartezeit zwischen der Anordnung dieser Untersuchung und ihrer Durchführung?

☐ Sie war angemessen

☐ Sie war ein bisschen zu lang

☐ Sie war viel zu lang

6. Wurden Ihnen die Ergebnisse Ihrer Untersuchung verständlich erklärt?

☐ Ja, absolut

☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad

☐ Nein, ich habe die Erklärungen nicht verstanden

☐ Ich habe keine Erklärungen bekommen, aber ich hätte gerne welche gehabt

☐ Ich habe keine Erklärungen gebraucht

## DER KRANKHEITSBESCHEID

Falls Sie mehrere Krebserkrankungen hatten, antworten Sie bitte mit Blick auf die zuletzt diagnostizierte Krebserkrankung.

7. Wann wurde Ihnen mitgeteilt, dass Sie die Krebserkrankung haben, wegen der Sie 2023 behandelt oder nachbehandelt wurden?
- ☐ Vor weniger als 1 Jahr
  - ☐ Vor mehr als 1 aber weniger als 5 Jahren
  - ☐ Vor mehr als 5 Jahren
  - ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
8. Welche Person hat Ihnen als erste mitgeteilt, dass Sie an einer Krebserkrankung leiden? (Mehrere Antworten möglich)
- ☐ Ein:e Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin
  - ☐ Ein:e Facharzt/-ärztin (z. B. Onkologe/-in, Gynäkologe/-in, Urologe/-in, Chirurg:in)
  - ☐ Eine Pflegefachperson
  - ☐ Andere Person
  - ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
9. Hat man Ihnen gesagt, dass Sie ein Mitglied der Familie oder eine nahestehende Person begleiten kann, als man Ihnen die Krebserkrankung mitgeteilt hat?
- ☐ Ja
  - ☐ Nein
  - ☐ Man hat mir die Krebserkrankung am Telefon oder per Brief mitgeteilt
  - ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht
10. Wie empfanden Sie die Art und Weise, wie Ihnen mitgeteilt wurde, dass Sie Krebs haben?
- ☐ Es war taktvoll
  - ☐ Es hätte etwas taktvoller sein können
  - ☐ Es hätte sehr viel taktvoller sein können
  - ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

11. Haben Sie die Erklärungen zu Ihrer Situation verstanden?

- ☐ Ja, ich habe alles genau verstanden
- ☐ Ja, ich habe sie teilweise verstanden
- ☐ Nein, ich habe sie nicht verstanden
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

12. Hat man Ihnen beim Krebsbescheid schriftliche Informationen zur Art des Krebses mitgegeben?

- ☐ Ja, und sie waren leicht zu verstehen
- ☐ Ja, aber sie waren schwer zu verstehen
- ☐ Nein, aber ich hätte gerne welche gehabt
- ☐ Ich habe keine schriftlichen Erklärungen gebraucht
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

13. Hat man Ihnen angeboten, eine medizinische Fachperson zu kontaktieren, um nach der Krebsdiagnose über Ihre Bedenken und Ängste zu sprechen?

- ☐ Ja → ☐ eine Pflegefachperson
- ☐ eine:n Psychologen/in
- ☐ eine:n Arzt/Ärztin
- ☐ eine:n Sozialarbeiter:in
- ☐ eine andere Fachperson
- ☐ Nein, aber ich hätte es mir gewünscht
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

## ENTSCHEIDUNG ÜBER DIE BESTE BEHANDLUNG FÜR SIE

14. Wurden Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten erklärt, bevor Sie Ihre Krebsbehandlung begonnen haben?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Für meine Situation gab es nur eine Art der Behandlung
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

15. Wurden Ihnen die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung(en) in verständlicher Weise erklärt?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein, ich habe die Erklärungen nicht verstanden
- ☐ Ich habe keine Erklärungen bekommen, aber ich hätte gerne welche gehabt
- ☐ Ich habe keine Erklärungen gebraucht
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

16. Hat man Sie auch über Nebenwirkungen informiert, die später und nicht nur direkt im Anschluss an die Behandlung auftreten können?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein, aber ich hätte mir Informationen dazu gewünscht
- ☐ Ich habe keine Informationen dazu gebraucht
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

17. Wurden Sie in die Entscheidungen bezüglich Ihrer Behandlungen in gewünschtem Umfang einbezogen?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein, aber ich hätte mir jedoch einen stärkeren Einbezug gewünscht
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

18. Waren Ihre Familie oder nahestehende Personen im von Ihnen gewünschten Umfang in die Entscheidungen zu Ihren Behandlungen einbezogen?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein, ich hätte mir einen stärkeren (oder weniger starken) Einbezug gewünscht
- ☐ Die Frage betrifft mich nicht
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

19. Wurden Ihre Lebensgewohnheiten und Ihre familiäre und/oder berufliche Situation bei den Entscheidungen zu Ihren Behandlungen berücksichtigt?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein, aber ich hätte mir dies gewünscht
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

20. Hat man mit Ihnen darüber gesprochen oder Ihnen Informationen dazu gegeben, welche Auswirkungen die Krebserkrankung auf Ihren Alltag hat (z. B. auf Ihrer Arbeit, auf Ihre Freizeit)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, aber ich hätte mir ein Gespräch oder Informationen dazu gewünscht
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

### **PFLEGE UND BEHANDLUNGEN IM SPITAL (stationär bzw. mehr als 24 Stunden Dauer)**

21. Waren Sie in den letzten 12 Monaten mindestens eine Nacht wegen krebserkrankter Pflege oder Behandlung in dem im Einladungsschreiben genannten Spital?

- ☐ Ja → **weiter zu Frage 22**
- ☐ Nein → **weiter zu Frage 35**

Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie wegen einer Krebsbehandlung mindestens eine Nacht in dem im Einladungsschreiben genannten Spital waren...

22. Haben sich Mitglieder der Ärzteschaft und Pflegefachpersonen vor Ihnen unterhalten, als ob Sie nicht da wären?

- ☐ Ja, oft
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein

**23.** Haben Sie den Ärzt:innen vertraut, die Sie betreut haben?

- ☐ Ja, allen
- ☐ Ja, einigen
- ☐ Nein, gar nicht

**24.** Wenn ein Mitglied Ihrer Familie oder eine nahestehende Person mit einem/r Arzt/Ärztin sprechen wollte, war das möglich?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Meine Familie oder nahestehende Personen wollten nicht mit einem/r Arzt/Ärztin sprechen / betrifft mich nicht

**25.** Haben Sie den Pflegefachpersonen vertraut, die Sie betreut haben?

- ☐ Ja, allen
- ☐ Ja, manchen
- ☐ Nein, gar nicht

**26.** Hatten Sie bei den Gesprächen über Ihre Krankheit oder Ihre Behandlung genügend Privatsphäre?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein

**27.** War ein Mitglied des Personals verfügbar, wenn Sie es brauchten?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein
- ☐ Ich habe keine Hilfe gebraucht

**28.** Gab es während Ihres Spitalaufenthalts ein Mitglied des Personals, mit dem Sie über Ihre Bedenken und Ängste sprechen konnten?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein
- ☐ Ich hatte keine Bedenken oder Ängste

**29.** Denken Sie, dass das Spitalpersonal alles Mögliche getan hat, um Ihnen beim Umgang mit Ihren Schmerzen zu helfen?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Ich hatte keine Schmerzen

**30.** Sind Sie insgesamt der Meinung, dass Sie während Ihres Spitalaufenthalts mit Respekt und Würde behandelt wurden?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein

**31.** Hat man Ihnen schriftliche Informationen dazu gegeben, was Sie tun oder nicht tun sollten, nachdem Sie das Spital verlassen haben?

- ☐ Ja, und sie waren leicht zu verstehen
- ☐ Ja, aber sie waren schwer zu verstehen
- ☐ Nein, aber ich hätte gerne welche gehabt
- ☐ Ich habe keine schriftlichen Erklärungen gebraucht
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

**32.** Hat Ihnen ein Mitglied des Personals erklärt, auf welche Warnzeichen in Bezug auf Ihre Erkrankung oder Ihre Operation Sie zu Hause achten müssen?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

33. Hat Ihnen das Personal gesagt, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie nach dem Verlassen des Spitals Bedenken bezüglich Ihrer Erkrankung oder Behandlung haben?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, aber ich hätte das gerne gehabt
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

34. Hat die Organisation Ihrer Entlassung aus dem Spital gut geklappt?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein

### **AMBULANTE PFLEGE UND BEHANDLUNGEN IM SPITAL ODER IN DER TAGESKLINIK (von weniger als 24 Stunden Dauer)**

35. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten ambulant oder tagesklinisch wegen der Krebserkrankung in dem im Einladungsschreiben genannten Spital nachuntersucht oder behandelt?

- ☐ Ja → **weiter zu Frage 36**
- ☐ Nein → **weiter zu Frage 39**

36. Haben Sie während Ihrer ambulanten Konsultationen oder Behandlungen ein Mitglied des Personals gefunden, mit dem Sie über Ihre Bedenken und Ängste sprechen konnten?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein
- ☐ Ich hatte keine Bedenken oder Ängste

37. Wie empfinden Sie insgesamt die im Wartezimmer verbrachte Zeit anlässlich der ambulanten Konsultationen oder Behandlungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung?

- ☐ Angemessen
- ☐ Etwas zu lang
- ☐ Viel zu lang

38. Wenn Sie dem/r Arzt/Ärztin bei ambulanten Konsultationen oder Behandlungen wichtige Fragen gestellt haben, haben Sie dann verständliche Antworten bekommen?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein
- ☐ Ich habe keine Fragen gestellt

### **PFLEGESPRECHSTUNDE**

*Manche onkologischen Zentren bieten Pflegesprechstunden mit spezialisierten Pflegefachpersonen (Onko-Nurse) an, um Patient:innen und ihre nahestehenden Personen zu begleiten und ihnen helfen, mit dem Krebs umzugehen.*

39. Hatten Sie eine Pflegesprechstunde in dem im Einladungsschreiben genannten Spital mit dem Ziel, Sie zu beraten und Ihnen zu helfen, mit der Krebserkrankung umzugehen?

- ☐ Ja → **weiter zu Frage 40**
- ☐ Nein, aber ich hätte mir dies gewünscht
- ☐ Nein, das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

**weiter zu  
Frage 42**

40. Wie einfach oder schwierig war es, eine Pflegefachperson der Pflegesprechstunde zu kontaktieren?

- ☐ Sehr einfach
- ☐ Ziemlich einfach
- ☐ Ziemlich schwierig
- ☐ Ich habe nicht versucht, eine Pflegefachperson der Pflegesprechstunde zu kontaktieren

41. Haben Sie verständliche Antworten erhalten, wenn Sie den Pflegefachpersonen während der Pflegesprechstunde wichtige Fragen gestellt haben?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein
- ☐ Ich habe keine Fragen gestellt

## BEHANDLUNGEN

**42.** Welche Art(en) von Krebsbehandlung haben Sie in den letzten 12 Monaten erhalten? (Kreuzen Sie alles an, was zutrifft.)

☐ Chirurgie  
 ☐ Chemotherapie  
 ☐ Strahlentherapie  
 ☐ Hormontherapie  
 ☐ Immuntherapie  
 ☐ Zielgerichtete Therapie

☐ Andere \_\_\_\_\_

☐ Ich habe meine Behandlung(en) vor mehr als 12 Monaten erhalten

☐ Ich habe noch keine Behandlung erhalten      ☐ Ich weiss es nicht

} **weiter zu  
Frage 46**

Antworten Sie bitte bei den folgenden drei Fragen für jede Behandlung, die Sie in den letzten 12 Monaten erhalten haben.

**43.** Haben Sie vor der Behandlung alle Informationen erhalten, die Sie darüber benötigten?

	Chirurgie	Chemotherapie	Strahlentherapie	Hormontherapie	Immuntherapie	Zielgerichtete Therapie
Ja, absolut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, bis zu einem gewissen Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44.** Hat man Ihnen praktische Ratschläge und/oder Unterstützung für den Umgang mit den Nebenwirkungen der Behandlung angeboten?

	Chirurgie	Chemotherapie	Strahlentherapie	Hormontherapie	Immuntherapie	Zielgerichtete Therapie
Ja, absolut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, bis zu einem gewissen Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, aber ich hätte gerne welche gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das war nicht nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45.** Haben Sie nach Beginn der Behandlung verständliche Informationen zu ihrer Wirkung erhalten?

	Chirurgie	Chemotherapie	Strahlentherapie	Hormontherapie	Immuntherapie	Zielgerichtete Therapie
Ja, absolut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, bis zu einem gewissen Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich habe die Erklärungen nicht verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Informationen bekommen, aber ich hätte gerne welche gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Informationen gebraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist zu früh, um zu wissen, ob die Behandlung wirkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PFLEGE UND UNTERSTÜTZUNG ZU HAUSE

46. Hat das Personal des im Einladungsschreiben genannten Spitals überprüft, ob Sie zu Hause über die notwendige Hilfe (z. B. Spitex) und Ausrüstung (z. B. Rollstuhl) zur Bewältigung Ihres Alltags verfügen?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Das war nicht nötig

47. Hat man Ihrer Familie oder Ihnen nahestehenden Personen alle Informationen gegeben, die für Ihre Betreuung zu Hause nötig waren?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Die Frage betrifft mich nicht

48. Hat man Ihnen ausreichend praktische Ratschläge gegeben und/oder Unterstützung angeboten, wie Sie mit Ihren Symptomen umgehen können (z. B. Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Angst)?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Das war nicht nötig

49. Haben Sie genügend Pflege und Unterstützung durch die Gesundheitsdienste oder Sozialdienste erhalten (z. B. Spitex, Sozialarbeiter:in)?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Das war nicht nötig

## MIT UND NACH KREBS LEBEN

*Dieser Abschnitt betrifft den Zeitraum der Nachsorge nach dem Ende der Behandlungen, die anschliessend an die Krebsdiagnose oder -rezidiv eingeleitet wurden.*  
**Wenn Sie noch eine Chemo- oder Strahlentherapie erhalten, gehen Sie weiter zu Frage 54.**

50. Hat man Ihnen ausreichend praktische Ratschläge gegeben und/oder Unterstützung angeboten, um mit den Langzeitfolgen der Krebserkrankung oder der Behandlungen umzugehen (z. B. Müdigkeit, Schmerzen, Angst)?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Das war nicht nötig

51. Hatten Sie am Ende der Behandlungen alle nötigen Informationen zur Nachsorge?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

52. Stehen Sie in regelmässigem Kontakt mit einer Bezugsperson (z. B. Arzt/Ärztin, Pflegefachperson, Sozialarbeiter:in) wegen der Nachsorge?

- ☐ Ja →
  - ☐ Onkologe/-in / Facharzt/-ärztin
  - ☐ Hausarzt/-ärztin oder Allgemein-  
arzt/-ärztin
  - ☐ Pflegefachperson
  - ☐ Sozialarbeiter:in
  - ☐ eine andere Fachperson

- ☐ Nein, aber ich hätte es gerne
- ☐ Nein, das ist nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht

**weiter zu  
Frage 54**

53. Hat diese Bezugsperson Ihnen einen Nachfolgeplan zur Verfügung gestellt, der Ihre Bedürfnisse darstellt und entsprechende Lösungen vorschlägt und regelmässige Treffen zur erneuten Beurteilung vorsieht?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Das war nicht nötig



### **BETREUUNG IN DER PRAXIS IHRES/R HAUSARZTES/-ÄRZTIN ODER ALLGEMEINARZTES/-ÄRZTIN**

**54.** Denken Sie, dass Ihr:e Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin und sein/ihr Team das Möglichste getan haben, um Sie während Ihrer Krebsbehandlung zu unterstützen?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, bis zu einem gewissen Grad
- ☐ Nein, sie hätten mehr tun können
- ☐ Die Praxis meines/r Hausarztes/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin war nicht involviert
- ☐ Ich habe keine:n Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin

**55.** Hat Ihr:e Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin mit Ihnen über Ihre Krebsbehandlung gesprochen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich wollte nicht, dass mein:e Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin involviert ist.
- ☐ Ich habe keine:n Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin

### **UNTERSTÜTZUNG FÜR PERSONEN MIT KREBS**

**56.** Hat man Ihnen Informationen zu Unterstützungs- oder Selbsthilfegruppen für Krebsbetroffene gegeben?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, aber ich hätte gerne solche Informationen gehabt
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

**57.** Hat man Ihnen Informationen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten gegeben, um Ihnen zu helfen, mit Ihren Gefühlen umzugehen (z. B. Stress, Angst, Traurigkeit)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, aber ich hätte gerne solche Informationen gehabt
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

**58.** Hat man Ihnen Informationen dazu gegeben, wie Sie finanzielle Unterstützung oder Leistungen erhalten können, auf die Sie möglicherweise Anspruch haben?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, aber ich hätte gerne solche Informationen gehabt
- ☐ Das war nicht nötig
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

### **IHRE BEHANDLUNG UND BETREUUNG INSGESAMT**

**59.** Haben die verschiedenen Personen, die Sie behandelt und betreut haben (wie Ihr:e Hausarzt/-ärztin, Onkologe/-in, die Ärzteschaft und Pflegefachpersonen im Spital, Spitex) gut zusammengearbeitet, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu bieten?

- ☐ Ja, immer
- ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

**60.** Hat man Ihnen einen Behandlungsplan gegeben? *(Dabei handelt es sich um ein schriftliches Dokument, in dem Ihre Bedürfnisse und Ziele in Bezug auf die Behandlung der Krebserkrankung dargestellt sind. Es ist ein Plan oder eine Übereinkunft zwischen Ihnen und den Gesundheitsfachpersonen, der Ihnen helfen soll, diese Ziele zu erreichen.)*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiss nicht / verstehe nicht, was ein Behandlungsplan ist
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

61. Kam es im Lauf Ihrer Behandlung vor, dass Testergebnisse oder Ihre Krankenakte nicht rechtzeitig zum Behandlungstermin verfügbar waren?

- ☐ Ja, oft  
☐ Ja, manchmal  
☐ Nein  
☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

62. Kam es im Lauf Ihrer Behandlung vor, dass man Ihnen verwirrende oder widersprüchliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand oder Ihren Behandlungen gegeben hat?

- ☐ Ja, oft  
☐ Ja, manchmal  
☐ Nein  
☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

63. Hatten Sie während Ihrer Behandlung den Eindruck, dass Tests oder andere Analysen unnötig wiederholt wurden?

- ☐ Ja, oft  
☐ Ja, manchmal  
☐ Nein  
☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

64. Wie schätzen Sie Ihre Behandlung und Betreuung insgesamt ein?

Sehr schlecht											Sehr gut	
	<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"/>		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## IHR GESUNDHEITSZUSTAND

65. Welches ist die Hauptkrebsart, wegen der Sie in den letzten 12 Monaten behandelt oder nachbehandelt wurden? (Bitte nur eines ankreuzen)

- ☐ Bauchspeicheldrüse  
☐ Blase  
☐ Brust  
☐ Dickdarm/Enddarm/kolorektales Karzinom  
☐ Eierstock  
☐ Gebärmutter  
☐ Gehirn  
☐ Hoden  
☐ Leber  
☐ Leukämie  
☐ Lunge, Bronchien, Luftröhre  
☐ Lymphom  
☐ Magen  
☐ Melanom der Haut  
☐ Mund/Rachenraum  
☐ Myelom  
☐ Niere  
☐ Prostata  
☐ Schilddrüse  
☐ Speiseröhre  
☐ Anderes: \_\_\_\_\_  
☐ Ich weiss es nicht

66. Der oben angegebene Krebs ist:

- ☐ Ein zum ersten Mal aufgetretener Krebs  
☐ Ein Rezidiv einer in der Vergangenheit behandelten Krebserkrankung (Krebs, der zuvor diagnostiziert, behandelt und geheilt wurde, der aber zurückgekehrt ist)  
☐ Eine zweite oder dritte Krebserkrankung (völlig verschieden von einer zuvor diagnostizierten Krebserkrankung)

67. Hatte sich der oben genannte Krebs zum Zeitpunkt der Diagnose bereits auf andere Organe oder Körperteile ausgebreitet (metastasierender Krebs)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, aber der Krebs hat sich danach ausgebreitet
- ☐ Nein und der Krebs hat sich danach nicht ausgebreitet
- ☐ Ich weiss es nicht / Ich erinnere mich nicht

68. Haben Sie eine der folgenden komplementärmedizinischen Therapien zur Krebsbehandlung oder Kontrolle der Symptome erhalten? (Mehrere Antworten möglich)

- ☐ Keine
- ☐ Aromatherapie, Bachblüten, Phytotherapie (inklusive CBD-Produkte)
- ☐ Ayurveda, traditionelle chinesische Medizin (inklusive Akupunktur)
- ☐ Homöopathie, Anthroposophische Medizin (inklusive Mistel), Naturheilverfahren
- ☐ Hypnose, Meditation, Sophrologie
- ☐ Kinesiologie, Reiki, Bioresonanz
- ☐ Osteopathie, therapeutische Massagen, Reflexologie, Shiatsu
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_

69. Werden Sie zurzeit wegen einem oder mehreren chronischen Gesundheitsproblemen (ausser der Krebserkrankung) medizinisch behandelt oder sind Sie im Lauf der letzten 12 Monate deshalb behandelt worden?

- ☐ Ja, ich habe mindestens eine andere chronische Erkrankung (z. B. Depression, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lungenkrankheit)
- ☐ Nein, ich habe keine anderen chronischen Krankheiten
- ☐ Ich weiss es nicht

70. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Aus- gezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. FACT-G7 (Version 4)

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Aussagen, die von anderen Personen mit Ihrer Krankheit für wichtig befunden wurden. Bitte geben Sie Ihre Antwort unter Berücksichtigung der letzten 7 Tage an.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Ziemlich	Sehr
Mir fehlt es an Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist übel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Zustand verschlechtern wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mein Leben geniessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin derzeit mit meinem Leben zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

German (Universal), Copyright 1987, 1997 by David Cella, Ph.D.

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

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Im letzten Monat, ...

...haben Sie sich oft traurig, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?

Ja    Nein

☐    ☐

...hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen das Interesse und Freude an den meisten Aktivitäten fehlt, die Sie normalerweise geniessen?

☐    ☐

74. Inwieweit sind Sie derzeit besorgt über...

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Ziemlich	Sehr	Ich weiss es nicht/ nichtzutreffend
Das Fortschreiten des Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Haben Sie Verständnisprobleme, wenn Sie eine schriftliche Information zu einer medizinischen Behandlung oder zu Ihrem Gesundheitszustand erhalten?

- ☐ Immer
- ☐ Oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Nie

76. Wie möchten Sie generell, dass medizinische Entscheidungen über Krebsbehandlungen getroffen werden?

- ☐ Ich treffe Entscheidungen lieber selbst
- ☐ Ich treffe die Entscheidungen am liebsten gemeinsam mit meinem/r Arzt/Ärztin
- ☐ Ich ziehe es vor, dass mein:e Arzt/Ärztin die Entscheidungen trifft

## PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

77. Sie sind:

- ☐ Weiblich
- ☐ Männlich
- ☐ Nicht binär
- ☐ Anderes: \_\_\_\_\_

78. Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_

79. Welches ist Ihre Hauptsprache, das heisst die Sprache, in der Sie denken und die Sie am besten können?

- ☐ Deutsch (oder Schweizerdeutsch)
- ☐ Französisch
- ☐ Italienisch
- ☐ Andere

80. Welche Nationalität haben Sie? (Mehrere Antworten möglich)

- ☐ Schweizer
- ☐ Europäisch
- ☐ Aussereuropäisch

81. Wie ist Ihr Zivilstand?

- ☐ Ledig
- ☐ Verheiratet / eingetragene Partnerschaft
- ☐ Geschieden / aufgelöste Partnerschaft
- ☐ Verwitwet

82. Was beschreibt Ihre aktuelle Lebenssituation am besten?

- ☐ Ich lebe allein
- ☐ Ich lebe allein, mit einem Kind/Kindern im Haushalt
- ☐ Wir sind ein Paar, ohne Kinder im Haushalt
- ☐ Wir sind ein Paar, mit Kind/Kindern im Haushalt
- ☐ Ich lebe mit anderen Personen (z. B. Verwandte, Mitbewohner)
- ☐ Sonstige Wohnform (z. B. in einer Einrichtung)

83. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- ☐ Keine Schule / obligatorische Schule
- ☐ Fachmittelschule / Gymnasiale- oder Berufsmaturität / Lehrkräfte-Seminar
- ☐ Anlehre (EFZ/EBA) / jährige Berufslehre / berufliche Grundbildung
- ☐ Höhere Fach- und Berufsausbildung mit eidgenössischem Fachausweis, Diplom oder Meisterdiplom / Höhere Fachschule
- ☐ Universität, Fachhochschule oder Pädagogische Hochschule, Technische Hochschule (ETH/EPFL)
- ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

84. Was beschreibt Ihre aktuelle berufliche Situation am besten?

- ☐ Berufstätigkeit in Vollzeit (80%-100%)
- ☐ Berufstätigkeit in Teilzeit (<80%)
- ☐ In Ausbildung (Schüler:in, Student:in, Lehrling)
- ☐ Arbeitsuchend (arbeitslos gemeldet oder nicht)
- ☐ Hausmann/-frau
- ☐ Invalide (z. B. IV-Rentner:in) oder längere Zeit krankgeschrieben
- ☐ In Rente (AHV und/oder andere Rente ausser Invalidenrente)
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

85. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Schwierigkeiten, Ihre laufenden Rechnungen zu bezahlen (Haushalt, Steuern, Versicherungen, Telefon, Strom, Kreditkarte usw.)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

86. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus Kostengründen auf bestimmte Behandlungen verzichtet?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

## FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER KREBSERKRANKUNG

87. Haben Sie oder Ihre Familie aufgrund der Krebserkrankung, der Behandlung oder der Langzeitwirkungen finanzielle Aufwände bringen müssen? *(Mehrere Antworten möglich)*

- ☐ Reduktion der Ausgaben für Ferien oder Freizeit
- ☐ Verzicht auf grössere Anschaffungen (z. B. Auto)
- ☐ Reduktion der Grundausgaben (z. B. Nahrung oder Kleidung)
- ☐ Verwendung von Ersparnissen, die für andere Zwecke zurückgelegt wurden (z. B. für den Ruhestand, Ausbildung)
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- ☐ Keine finanziellen Opfer

88. Hatten Sie jemals Angst, aufgrund von Krebs Ihren Arbeitsplatz und/oder Ihr Einkommen zu verlieren oder in Zukunft ein eingeschränktes Einkommen zu haben?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose nicht erwerbstätig

89. Hat ein Mitglied Ihrer Familie oder eine nahestehende Person jemals unbezahlten Urlaub genommen oder die Arbeitszeit reduziert, um Sie zu unterstützen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Nahestehende Person nicht erwerbstätig / Nicht zutreffend

Gab es während Ihrer Krebsversorgung etwas, das Sie besonders schätzen oder geschätzt haben?

---

---

---

---

---

Gibt es etwas, das verbessert werden könnte?

---

---

---

---

---

Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

---

---

Wie haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt? ☐ Alleine ☐ Mit Hilfe von jemandem

**Hinweis: Dieser Fragebogen wird nicht an Gesundheitsfachpersonen weitergeleitet. Wenn Sie medizinische Fragen oder Symptome haben, empfehlen wir Ihnen, sich an eine Gesundheitsfachperson zu wenden.**

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Umfrage werden auf der Website [www.scape-enquete.ch](http://www.scape-enquete.ch) veröffentlicht.

**Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten.  
Wir wissen Ihr Feedback zu schätzen.**

Bitte senden Sie den Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag an folgende Adresse zurück:  
Unisanté – SCAPE, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne