



UMFRAGE HERZINSUFFIZIENZ 2018

Wünsche und Anforderungen der Betroffenen

Ziel dieser Umfrage ist es, Ihre Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen als Betroffene/r der Krankheit HERZINSUFFIZIENZ (Herzschwäche) zu erheben und diese in der Folge mit Vertretern relevanter Institutionen im österreichischen Gesundheitssystem zu diskutieren. Ziel ist es auch, Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung der Betroffenen zu finden. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich und anonymisiert behandelt. **Bitte helfen Sie mit! Füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden Sie uns diesen dann zu. Vielen Dank!**

1. Leiden Sie an Herzinsuffizienz? ja nein

2. Wann wurde bei Ihnen Herzinsuffizienz diagnostiziert?
 in den letzten Monaten vor 1–3 Jahren vor 3–6 Jahren
 vor mehr als 6 Jahren noch länger

3. Von wem wurde die Herzinsuffizienz diagnostiziert bzw. von wem wurden Sie darauf aufmerksam gemacht?
 niedergelassener Allgemeinmediziner/Hausarzt niedergelassener Internist/Kardiologe
 Arzt im Krankenhaus Bekannter/Verwandter
 andere Person ich selbst

4. Haben Sie vor Ihrer Diagnose schon einmal von Herzinsuffizienz gehört? ja nein

5. Leiden Sie an folgenden Symptomen/Haben Sie vor der Diagnose an folgenden Symptomen gelitten?
 Atemnot/Kurzatmigkeit nächtliches Erwachen wegen Atemnot
 Flüssigkeitsansammlungen Hustenanfälle
(z. B. geschwollene Beine) große Erschöpfung im Alltag
 häufiger Toilettengang angenehmer Schlaf nur in aufrechter Position

6. Konnten Sie kurz vor Diagnose der Herzinsuffizienz eine Gewichtszunahme feststellen? ja nein

7. Wissen Sie, wie hoch Ihr zuletzt gemessenes BNP oder NT-proBNP ist?
(Ein möglicher Wert auf Ihrem Laborbefund)
 ja nein wurde nie gemessen weiß nicht, ob es bestimmt wurde

8. Sind Sie momentan in medizinischer Therapie bzgl. Ihrer Herzinsuffizienz? ja nein

9. Wie wird Ihre Herzinsuffizienz derzeit medizinisch behandelt?
 gar nicht mit Medikamenten mit körperlichem Training
 mit einem eingebauten Gerät (Biventrikulärer Schrittmacher, Defibrillator)

10. Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie täglich insgesamt ein (gegen Herzinsuffizienz und andere Erkrankungen)?
 1–2 2–3 3–4 mehr als 4

11. Falls Sie Medikamente gegen die Herzinsuffizienz nehmen, an wie vielen Tagen im Monat weichen Sie vom vorgeschriebenen Therapieplan ab?
 an 1–3 Tagen an 3–5 Tagen an mehr als 5 Tagen nie
-
12. Haben Sie im Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt verstanden, warum Sie diese Medikamente nehmen sollen bzw. was diese bringen? ja nein
-
13. Wie oft waren Sie bereits aufgrund Ihrer Herzinsuffizienz-Erkrankung über Nacht im Krankenhaus in Behandlung?
 noch nie 1–3 Mal 3–5 Mal mehr als 5 Mal
-
14. Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten über Nacht im Krankenhaus bleiben?
 1-mal im Jahr 1-mal im halben Jahr 1-mal im Quartal
 1-mal im Monat jede zweite Woche jede Woche
-
15. Wie viele Tage sind Sie pro Aufenthalt durchschnittlich im Krankenhaus?
 bis zu 3 Tage bis zu 5 Tage länger als 7 Tage
-
16. Von wem werden Sie derzeit hauptsächlich in Bezug auf Ihre Herzinsuffizienz behandelt?
 niedergelassener Allgemeinmediziner/Hausarzt niedergelassener Internist/Kardiologe
 diplomierte Pflegekraft/Krankenschwester Spezialambulanz für Herzinsuffizienz
-
17. Haben Sie schon einmal von einer Herzinsuffizienz-Nurse (auf Herzinsuffizienz spezialisierte(r) Krankenschwester/-pfleger) gehört? ja nein
-
18. Haben Sie schon einmal von einer Herzinsuffizienz-Pharmacist (auf Herzinsuffizienz spezialisierte(r) Apothekerin/Apotheker) gehört? ja nein
-
19. Sind sie mit der derzeitigen medizinischen Behandlung in Bezug auf Ihre Herzinsuffizienz zufrieden? ja nein
- 19a. Wenn nein, warum sind Sie nicht zufrieden?
 Ich weiß nicht, wer für mich zuständig ist/Niemand fühlt sich richtig zuständig.
 Die Ärzte haben nicht genug Zeit für mich.
 Meine Therapie wird ständig umgestellt.
 Meine Therapie hilft mir zu wenig.
 zu viele Kontrollen
 zu viele Medikamente
 Sonstiges:
-
20. Was wünschen Sie sich am meisten von Ihrer Herzinsuffizienztherapie?
 bessere Lebensqualität bessere Leistungsfähigkeit
 weniger Zeit im Spital zu verbringen längeres Leben

VERHALTEN UND GESUNDHEITSKOMPETENZ

21. Wie ernähren Sie sich?
 gesund ungesund Ich achte nicht auf meine Ernährung.
-
22. Rauchen Sie? ja nein
- 22a. Wenn ja, wieviel rauchen Sie?
 nicht täglich 1–10 Zigaretten pro Tag
 10–20 Zigaretten pro Tag mehr als 20 Zigaretten pro Tag

22b. Wenn ja, seit wann rauchen Sie?

- seit weniger als einem Jahr seit 1–2 Jahren seit 3–5 Jahren
 seit 5–10 Jahren seit mehr als 10 Jahren
-

23. Haben Sie früher geraucht?

- ja nein

23a. Wenn ja, wie viel haben Sie geraucht?

- nicht täglich 1–10 Zigaretten pro Tag
 10–20 Zigaretten pro Tag mehr als 20 Zigaretten pro Tag

23b. Wenn ja, wie lange haben Sie geraucht?

- weniger als ein Jahr 1–2 Jahre 3–5 Jahre
 5–10 Jahre mehr als 10 Jahre
-

24. Machen Sie regelmäßig Bewegung, bei der Sie zumindest ein bisschen außer Atem und ins Schwitzen kommen?

- ja nein
-

25. Wie viele Stunden pro Woche machen Sie Bewegung, die Sie zumindest ein bisschen außer Atem und zum Schwitzen bringt?

- weniger als 1 Stunde pro Woche 1–3 Stunden pro Woche
 4–6 Stunden pro Woche täglich
-

26. Können Sie in einem Gespräch mit einem Arzt alles nachvollziehen/verstehen? Erklärt der Arzt ausreichend?

- ja nein
-

27. Fühlen Sie sich über Gesundheitsthemen ausreichend informiert?

- ja nein
-

28. Interessieren Sie sich für Gesundheitsthemen und informieren Sie sich auch regelmäßig darüber?

- ja nein
-

29. Führen Sie ein Herzinsuffizienz-Tagebuch?

- ja nein unregelmäßig noch nie gehört
-

BEGLEITERKRANKUNGEN UND FAMILIÄRE VORBELASTUNG

30. Leiden Sie an Diabetes/Zuckerkrankheit?

- ja nein weiß nicht

30a. Wenn Sie an Diabetes leiden, seit wann?

- viele Jahre vor der Herzinsuffizienz-Diagnose 1 Jahr vor der Herzinsuffizienz-Diagnose
 nach der Herzinsuffizienz-Diagnose weiß nicht
-

31. Leiden Sie an Bluthochdruck?

- ja nein weiß nicht

31a. Wenn Sie an Bluthochdruck leiden, seit wann?

- viele Jahre vor der Herzinsuffizienz-Diagnose 1 Jahr vor der Herzinsuffizienz-Diagnose
 nach der Herzinsuffizienz-Diagnose weiß nicht
-

32. Leiden Sie an COPD?

- ja nein weiß nicht

32a. Wenn Sie an COPD leiden, seit wann?

- viele Jahre vor der Herzinsuffizienz-Diagnose 1 Jahr vor der Herzinsuffizienz-Diagnose
 nach der Herzinsuffizienz-Diagnose weiß nicht

33. Leiden Sie an Asthma? ja nein weiß nicht

33a. Wenn Sie an Asthma leiden, seit wann?

- viele Jahre vor der Herzinsuffizienz-Diagnose
 nach der Herzinsuffizienz-Diagnose

- 1 Jahr vor der Herzinsuffizienz-Diagnose
 weiß nicht

34. Leiden Sie an weiteren Krankheiten? ja nein

35. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? ja nein

36. Leiden Sie an einer Verengung der Herzkranzgefäße? (Koronarsklerose) ja nein

37. Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall (Schlagerl)? ja nein

38. Leiden Sie an einer anderen Erkrankung der Schlagadern (Schaufenstererkrankung, Ausweitung der Bauchschlagader etc.)? ja nein

39. Wurde bei einem Ihrer Eltern oder Geschwister eine Herzinsuffizienz diagnostiziert? ja nein

40. Hatten Ihre Eltern oder Geschwister bereits einen Herzinfarkt oder eine Gefäßverengung (z. B. Bypass-Operation, Verengung der Herzkranzgefäße) in jungen Jahren (Männer <55, Frauen <65 Jahre)? ja nein

BETREUUNG UND ÄRZTLICHE VERSORGUNG

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
41. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Fachärzte (Internisten, Kardiologen etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Apotheker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Wie wichtig ist für Sie die gute Zusammenarbeit zwischen Fachärzten und Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Wie wichtig ist für Sie ein ausführliches Gespräch mit dem Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Wie wichtig ist Ihnen eine Medikation, die keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (gegen andere Krankheiten) aufweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wie wichtig sind Ihnen kurze Wartezeiten bei den Ärzten (Facharzt, Hausarzt, Ambulanz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Wie wichtig ist für Sie der Kostenersatz für die von Ihnen benötigten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Wie wichtig ist für Sie Öffentlichkeitsarbeit für Herzinsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Wie wichtig sind für Sie Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie, nach denen nicht gefragt wurde?

INFORMATION

Wie wichtig sind Ihnen:	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
52. Ausführliche Informationen über den Verlauf einer Herzinsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ausführliche Informationen zum Thema Ernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ausführliche Informationen zum Thema Vorsorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ausführliche Informationen über Risikofaktoren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ausführliche Informationen über mögliche Spätfolgen bzw. Folgeerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ausführliche Informationen über Ansprüche aufgrund amtlich bestätigter Behinderung oder Berufsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ausführliche Informationen über Krankenstände und deren Folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Welche Informationen sind Ihnen noch wichtig?				

.....

.....

60. Woher beziehen Sie Ihre Informationen zur Krankheit?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Ärzte | <input type="radio"/> Arzthelfer | <input type="radio"/> Ambulanzhelfer |
| <input type="radio"/> Apotheker | <input type="radio"/> Diplomierte Krankenschwestern | <input type="radio"/> Internet |
| <input type="radio"/> Informationsbroschüren | <input type="radio"/> Selbsthilfegruppen | <input type="radio"/> Schulungen/Vorträge |
| <input type="radio"/> Fernsehen | <input type="radio"/> Radio | <input type="radio"/> Zeitungen |
| <input type="radio"/> Sonstige: | | |

STATISTISCHE FRAGEN

61. Geschlecht: männlich weiblich

62. Wie alt sind Sie?

- | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> unter 30 Jahre | <input type="radio"/> 31–40 Jahre | <input type="radio"/> 41–50 Jahre | <input type="radio"/> 51–60 Jahre | <input type="radio"/> 61–65 Jahre |
| <input type="radio"/> 66–70 Jahre | <input type="radio"/> 71–75 Jahre | <input type="radio"/> 76–80 Jahre | <input type="radio"/> über 80 Jahre | |

63. Wie groß sind Sie?

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> unter 1,60m | <input type="radio"/> 1,61–1,70m | <input type="radio"/> 1,71–1,80m |
| <input type="radio"/> 1,81–1,90m | <input type="radio"/> 1,91–2,0m | <input type="radio"/> größer als 2m |

64. Wie viel wiegen Sie?

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> unter 60kg | <input type="radio"/> 61–70kg | <input type="radio"/> 71–80kg | <input type="radio"/> 81–90kg |
| <input type="radio"/> 91–100kg | <input type="radio"/> 101–110kg | <input type="radio"/> mehr als 110kg | |

65. Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung ist?

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Pflichtschule | <input type="radio"/> Lehre | <input type="radio"/> Matura | <input type="radio"/> akademischer Abschluss |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|

66. Wie hoch ist Ihr Haushaltsnettoeinkommen pro Monat (alle Personen im Haushalt zusammen)?
- weniger als 700 Euro 701–1.200 Euro 1.201–1.700 Euro 1.701–2.200 Euro
 2.201–2.700 Euro 2.701–3.200 Euro 3.201–3.700 Euro mehr als 3.701 Euro
-
67. Wie viele erwachsene Personen leben in Ihrem Haushalt?
- 1 2 3 4 5 mehr als 5
-
68. In welchem Bundesland wohnen Sie?
- Burgenland Kärnten Niederösterreich Oberösterreich Salzburg
 Steiermark Tirol Vorarlberg Wien
-
69. Ihr Familienstand ist? ledig Partnerschaft verheiratet geschieden verwitwet
-
70. Haben Sie Kinder? ja nein
-
71. Sind Sie pflegebedürftig? ja nein
-
- 71a. Wenn ja, bekommen Sie Pflegegeld? ja nein
-
72. Sind Sie berufstätig? ja nein
-
- 72a. Wenn ja, sind Sie derzeit krankgemeldet? ja nein
-
73. Weiß Ihr Arbeitgeber von Ihrer Erkrankung? ja nein
-
74. Sind Sie pensioniert? ja nein
-
75. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung in Früh- und/oder Invaliditätspension? ja nein
-
76. Sind Sie noch in Ausbildung? ja nein



BITTE SCHICKEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN FRAGEBOGEN

im beigefügten Rücksendekuvert portofrei an
 Spectra Marktforschungsges. m. b. H, Brucknerstraße 3–5/4, A-4020 Linz

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Informationen finden Sie laufend auf www.patientenbericht.at

Die Umsetzung dieses Projekts erfolgt mit freundlicher Unterstützung von Novartis Pharma GmbH. Der Österreichische Patientenbericht Herzinsuffizienz wird gemeinsam mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, dem Österreichischen Seniorenrat, dem Österreichischen Seniorenbund, dem Österreichischen Seniorenring, dem Pensionistenverband Österreich, AM Plus, der Patientenanwaltschaft, dem Österreichischen Herzverband, der Pensionsversicherungsanstalt, der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Österreichisch Kardiologischen Gesellschaft, sowie der Herzinsuffizienz Ambulanz AKH realisiert.



NÖ Patienten- und
Pflegeanwaltschaft



Österreichischer
Seniorenrat



PERI GROUP



WELLDONE WERBUNG UND PR GMBH