



# 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 (z.B. geschwollene Beine)  Hustenanfälle  
 häufiger Toilettengang  große Erschöpfung im Alltag  
 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 Allgemeinmedizinern?	<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 2 m |
- 
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](http://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



Die in diesem Fragebogen verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Alle Rechte vorbehalten – diese Konzeption ist geistiges Eigentum der PERI CONSULTING GmbH. Jede auch nur auszugsweise Verwertung, insbesondere Verbreitung, Vervielfältigung, Veröffentlichung, Zugänglichmachung im Internet oder Umsetzung ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung zulässig. © April 2018, PERI CONSULTING GmbH

