

UMFRAGE COPD

Wünsche und Anforderungen von Betroffenen

Ziel dieser Umfrage ist es, Ihre Wünsche und Anforderungen, die Sie als Patient mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) haben, zu erheben. Die Ergebnisse sollen in der Folge mit Vertretern des Gesundheitswesens diskutiert werden, um Möglichkeiten zur Umsetzung Ihrer Bedürfnisse zu finden. Die Teilnahme kann anonym erfolgen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

ALLGEMEINES

1. Wodurch wurde Ihrer Meinung nach bei Ihnen das Auftreten von COPD begünstigt? (Mehrfachnennung möglich)
 - durch **Rauchen** (Zigaretten, Pfeife, Zigarre und andere Arten von Tabakrauchen)
 - durch **Passivrauchen** (Raucher im privaten oder beruflichen Umfeld, z.B. Raucher in der Familie, Angestellte im Gastgewerbe etc.)
 - durch **schlechte Luft** (z.B. Feinstaub, giftige Dämpfe, ungenügende Belüftung, Ozon etc.)
 - durch **Veranlagung/Vererbung** (bestehende COPD-Krankheitsfälle in der Familie)
 - andere Ursachen:**
 - Ursache unbekannt**

2. Wann traten bei Ihnen die ersten typischen Symptome (Husten, Auswurf, Atemnot sowie Kurzatmigkeit bei Belastung etc.) auf?
..... (Monat/Jahr)

3. Wann sprachen Sie wegen dieser Symptome erstmals mit Ihrem Arzt? (Monat/Jahr)

4. Wann wurde bei Ihnen die Diagnose COPD gestellt? (Monat/Jahr)

5. Von wem wurde die Diagnose COPD gestellt?
 - Hausarzt
 - Facharzt
 - Spital
 - Notarzt
 - andere:

6. Mit welchen Untersuchungen wurde bei Ihnen die Diagnose COPD gestellt? (Mehrfachnennung möglich)
 - Erstgespräch durch den Hausarzt
 - klinische Untersuchung mithilfe eines Stethoskops
 - Lungenfunktionsmessung (Spirometrie)
 - Lungenröntgen
 - Blutuntersuchung zur Bestimmung von Entzündungswerten (z.B. CRP, Blutsenkung)
 - keine Angabe

7. Wie oft haben Sie seit der Diagnosestellung Ihren Arzt für die Behandlung der COPD gewechselt?
 - 0-mal
 - 1- bis 2-mal
 - 3-mal oder öfter

8. Wann begann die Behandlung Ihrer Erkrankung? (Monat/Jahr) weiß nicht

9. Welche Beschwerden haben Sie zurzeit? (Mehrfachnennung möglich)

<input type="radio"/> Reizhusten/Husten	<input type="radio"/> Husten mit Auswurf
<input type="radio"/> krampfartiges Husten	<input type="radio"/> Atemnot
<input type="radio"/> Brustenge	<input type="radio"/> andere:

10. In welchem Krankheitsstadium befinden Sie sich derzeit?
 - Stadium I:** Frühform (häufiger Husten, Auswurf, überwiegend symptomfrei)
 - Stadium II:** leicht (häufig Symptome, aber keine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit)
 - Stadium III:** mittelgradig (körperliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt)
 - Stadium IV:** schwer (Störungen der Atmung, Lungenhochdruck)
 - weiß nicht

11. Wo sind Sie derzeit wegen Ihrer COPD-Erkrankung in Behandlung? (Mehrfachnennung möglich)

- praktischer Arzt/Allgemeinmediziner
- Lungenfacharzt (Pneumologe/Pulmologe)
- Spezialambulanz
- andere:

12. Finden Sie Patientenschulungen wichtig? ja nein

13. **Wenn ja**, für welche Themen interessieren Sie sich im Rahmen einer Patientenschulung?

- Grundzüge der Erkrankung
- Inhalationstechnik
- Erlernen von Atemtechniken
- Trainingsplan, Bewegung
- Ernährung
- Zusammenhang mit anderen Erkrankungen
- Wirkweise und Wechselwirkungen von Medikamenten
- Notfallplan
- Alternativmedizin (Homöopathie, Akupunktur, Akupressur, TCM ...)
- andere:

14. In welchen Abständen wird Ihr Gesundheitszustand hinsichtlich COPD durch den Arzt kontrolliert?

- 0-3 Monate
- 4-6 Monate
- länger als 6 Monate
- keine regelmäßigen Kontrollen, nur anlassbezogene Untersuchungen

15. Wie häufig treten bei Ihnen Verschlechterungen des COPD Beschwerdebildes im Jahr auf, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind?

- nie
- 1- bis 2-mal/Jahr
- 3-mal/Jahr und häufiger
- keine Angabe

16. Welche der unten angeführten Punkte sind Ihnen bei Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer Ambulanz wichtig? (Mehrfachnennung möglich)

	wichtig beim Arzt	wichtig in der Ambulanz
<input type="radio"/> rasche Terminvergabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> kurze Wartezeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> ausführliches Arztgespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> schnelle Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Information über die Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> leichte Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Aushändigen von Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Information über die verordneten Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> immer derselbe behandelnde Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Unterziehen Sie sich derzeit einer medikamentösen Therapie? ja nein

18. Wenn ja, welcher und seit wann? (Monat/Jahr)
..... (Monat/Jahr)
..... (Monat/Jahr)

19. Verwenden Sie darüber hinaus Sauerstoff als Therapiezusatz (z. B. Langzeitsauerstofftherapie)?

- ja
- nein

20. Was ist Ihnen bei Ihrer COPD-Medikamententherapie am wichtigsten?

Bitte reihen Sie nach Wichtigkeit von 1 bis 6 (1 = am wichtigsten).

- Nr:** gute Wirksamkeit
- Nr:** kaum Nebenwirkungen
- Nr:** gute Verträglichkeit mit anderen Medikamenten
- Nr:** einfache Handhabung
- Nr:** 1x tägliche Einnahme
- Nr:** Sonstiges:

21. Wie beurteilen Sie die Verträglichkeit der Medikamente, die Sie derzeit gegen COPD verwenden?

- sehr gut
- gut
- durchschnittlich
- eher schlecht
- sehr schlecht

22. Wären Medikamente zum Schlucken für Sie wünschenswert?

- ja
- nein
- egal

23. Finden Sie die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten Ihrer COPD ausreichend? ja nein

24. Was glauben Sie zu brauchen, um mit Ihrer Erkrankung besser leben zu können?
- medikamentöse Therapie operative Behandlungsmaßnahmen
 Bewegungstherapie und körperliches Training (z. B. Lungenvolumenreduktion)
(z. B. Ausdauertraining, Krafttraining, Atemmuskeltraining) Hilfe bei Raucherentwöhnung
 Atemübungen und Atemgymnastik Ernährungsberatung
 Entspannungsübungen Alternativmedizin (Homöopathie, Akupunktur, -pressur, TCM ...)
 anderes:
-
25. Sind Sie berufstätig? ja nein
-
26. **Wenn ja:** Weiß Ihr Arbeitgeber von Ihrer COPD-Erkrankung? ja nein
-
27. **Wenn nein:** Sind Sie aufgrund Ihrer COPD-Erkrankung in Invaliditätspension?
 ja, dauerhaft ja, befristet nein
-
28. Haben Sie einen behördlich anerkannten Grad der Behinderung aufgrund Ihrer Erkrankung?
 ja nein
-
29. Mit welchen Verkehrsmitteln erreichen Sie in der Regel Ihren Arzt? (Mehrfachnennung möglich)
 U-Bahn Zug werde von Verwandten oder Bekannten zum Arzt gefahren
 Straßenbahn zu Fuß individueller Krankentransport
 Bus fahre selbst mit dem Auto Sammelkrankentransport
 anderes:
-
30. Was wäre das ideale Verkehrsmittel für Sie?
-
31. Hätten Sie Interesse an einem kostenlosen, standardisierten Behandlungsprogramm* teilzunehmen, das Sie nach einem vorgegebenen Plan durch das Gesundheitssystem führt und so eine kontinuierliche ärztliche Behandlung Ihrer COPD-Erkrankung gewährleistet?
 ja nein hängt ab von:
 weiß nicht keine Angabe
-

WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH INFORMATION

32. Woher beziehen Sie Informationen zu Ihrer Erkrankung? (Mehrfachnennung möglich)
- Hausarzt/Allgemeinmediziner Sozialamt Fernsehen
 Lungenfacharzt (Pneumologe/Pulmologe) Betroffene/Selbsthilfegruppe Zeitungen/Zeitschriften
 Krankenhaus/Ambulanz Bekannten-/Verwandtenkreis Bücher
 Apotheke Veranstaltungen/Vorträge Internet: Informationsseiten
 Krankenkasse Radio Internet: Chatträume, Foren
 andere Quellen:

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
33. Wie wichtig ist Ihnen mehr Öffentlichkeitsarbeit (Radio, TV, Zeitung etc.) zu COPD – um Vorbeugung, Bewusstsein und Früherkennung zu unterstützen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wie wichtig sind für Sie ausreichende und verständliche Informationen über den Krankheitsverlauf und mögliche Folgeerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Wie wichtig sind für Sie ausreichende und verständliche Informationen über Therapien und Medikamente, deren Wirkung und mögliche Nebenwirkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wie wichtig sind Ihnen ausreichende und verständliche Informationen über neue Erkenntnisse zur Erkrankung COPD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Wie wichtig ist Ihnen, dass Sie von Ihrem Arzt oder Apotheker zusätzliche Informationen über die Erkrankung COPD bekommen (Informationsveranstaltungen, Selbsthilfegruppen, psychologische Begleitangebote und andere Beratungsangebote)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* COPD-„Disease Management Programm (DMP)“

38. Nennen Sie uns bitte Ihre 3 wichtigsten Bedürfnisse/Wünsche im Bereich Information:

- 33 34 35 36 37

39. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Information? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 3 wichtigsten Punkte:

- 33 34 35 36 37

40. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie im Bereich Information, nach denen nicht gefragt wurde?

WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH MEDIZIN UND GESUNDHEIT

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
41. Wie wichtig ist es Ihnen, dass es mehr Lungenfachärzte gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Wie wichtig ist es Ihnen, dass es mehr Lungenambulanzen gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Wie wichtig ist es Ihnen, zukünftig eine umfangreiche Lungenfunktionsdiagnostik beim Hausarzt in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Wie wichtig ist es Ihnen, dass es mehr Kurzentren und stationäre Rehabilitationsmöglichkeiten für COPD-Betroffene gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Wie wichtig ist es Ihnen, dass eine ambulante, wohnortnahe Rehabilitationsmöglichkeit für COPD angeboten wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr behandelnder Arzt ein Kassenarzt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wie wichtig sind Ihnen gut über COPD informierte Fachärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Wie wichtig sind Ihnen gut über COPD informierte praktische Ärzte/Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Wie wichtig ist Ihnen eine gute Kooperation zwischen Fachärzten und praktischen Ärzten/Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Wie wichtig ist Ihnen eine gute Kooperation zwischen Ihrem betreuenden Arzt und Ihrer Fachambulanz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Wie wichtig ist es Ihnen, dass es mehr psychologische Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Wie wichtig ist Ihnen das Angebot einer Unterstützung bei der Raucherentwöhnung (z. B. durch Arzt/Therapeut/Apotheker, medikamentöse Therapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Wie wichtig erscheint Ihnen die Behandlung der zugrunde liegenden Entzündung bei COPD als begleitende Therapie, z. B. durch Einnahme einer entzündungshemmenden Tablette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Wie wichtig ist Ihnen eine Schulung über die Art der Einnahme Ihrer Medikamente durch Ihren Arzt/Ihre Krankenschwester, die Ordinationshilfe, Apotheker oder Selbsthilfegruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Wie wichtig ist Ihnen eine gute Notfallversorgung im Krisenfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Nennen Sie uns bitte Ihre 3 wichtigsten Anliegen im Bereich Medizin und Gesundheit:

- 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55

57. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Medizin und Gesundheit? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 3 wichtigsten Punkte:

- 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55

58. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie im Bereich Medizin und Gesundheit, nach denen nicht gefragt wurde?

WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH SOZIALES UND GESELLSCHAFT

59. Benötigen Sie einen Sozialen Dienst/Versorgungsdienste?

- ja nein

60. **Wenn ja**, welchen?

61. Haben Sie schon einmal Soziale Dienste/Versorgungsdienste in Anspruch genommen?

- ja nein

62. **Wenn ja**, welcher Art?

63. Wie beurteilen Sie die erbrachte Dienstleistung des Sozialen Dienstes?

- sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht

64. Erfahren Sie durch Ihre Erkrankung finanzielle Einbußen? (Mehrfachnennung möglich)

- Veränderung der Arbeitsfähigkeit (z. B. eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, Verlust des Arbeitsplatzes)
- von den Krankenkassen nicht bezahlte Medikamente
- Ausgaben für Kur- und Rehabilitationsaufenthalte
- Ausgaben für Hilfe für zu Hause
- Kosten für den Transport zum Arzt
- Ausgaben für psychologische Behandlung/Psychotherapie
- andere:
- keine finanziellen Einbußen

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
65. Wie wichtig sind Ihnen Verständnis, Respekt und Akzeptanz für Ihre Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arbeitgeber Rücksicht auf die COPD-Erkrankung nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Umfeld so gestaltet ist, dass Ihr tägliches Leben aufgrund Ihrer Erkrankung möglichst wenig eingeschränkt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Wie wichtig ist es Ihnen, alle vom Arzt verordneten Medikamente von der Sozialversicherung bezahlt bzw. rückvergütet zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Wie wichtig ist es für Sie, Leistungen auf eigene Initiative (sportliche Aktivitäten, Ernährungsberatung etc.) rückvergütet zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Wie wichtig ist es für Sie, Leistungen von Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen (psychologische Betreuung, physikalische Therapie etc.) rückvergütet zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Nennen Sie uns bitte Ihre 3 wichtigsten Anliegen im Bereich Soziales und Gesellschaft:

- 65 66 67 68 69 70

72. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Soziales und Gesellschaft? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 3 wichtigsten Punkte:

- 65 66 67 68 69 70

73. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie im Bereich Soziales und Gesellschaft, nach denen nicht gefragt wurde?

UMFRAGE COPD

Statistische Auswertung

ZUR STATISTISCHEN AUSWERTBARKEIT ERSUCHEN WIR SIE, FOLGENDE FRAGEN ZU BEANTWORTEN

- Ich bin
 männlich weiblich

- Wie alt sind Sie?
 unter 20 21–30 31–40 41–50
 51–60 61–70 über 70

- In welchem Bundesland wohnen Sie?
 Wien Burgenland Niederösterreich Steiermark Kärnten
 Oberösterreich Salzburg Tirol Vorarlberg

- Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation (Mehrfachnennung möglich) ?
 Ich lebe alleine. Ich lebe in einer Familie/Partnerschaft.

Ich bin pflegebedürftig und werde zu Hause betreut.
 werde in einem Pflegeheim oder in einer anderen betreuten Wohneinheit gepflegt.

- Wie geht es Ihnen derzeit mit Ihrer COPD- Erkrankung?
 sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht

- Rauchen Sie derzeit?
 ja nein nicht mehr seit: (Monat/Jahr)



BITTE SCHICKEN SIE DEN FRAGEBOGEN AN

Österreichischer Patientenbericht, c/o PERI Consulting GmbH, z. Hd. Mag. Uta Carstanjen
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, (T) +43/1/908 11 46-39, (F) +43/1/402 13 41-18

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die Umsetzung dieses Projekts erfolgt mit freundlicher Unterstützung von NYCOMED PHARMA GmbH. Der Österreichische Patientenbericht wird gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, der Pensionsversicherungsanstalt, der Wiener Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer für Wien, der Ärztekammer Steiermark, der Österreichischen Lungenunion und dem Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien realisiert.



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. © August 2010, PERI CONSULTING GmbH