

UMFRAGE ANGSTSTÖRUNG & DEPRESSION

Wünsche und Anforderungen von Betroffenen

Ziel dieser Umfrage ist es, Ihre Wünsche und Anforderungen, die Sie als Betroffener von Angststörungen und Depressionen haben, zu erheben. Die Ergebnisse sollen in der Folge mit Vertretern relevanter Institutionen des Gesundheitssystems diskutiert werden, um Möglichkeiten zur Umsetzung Ihrer Bedürfnisse zu finden. Die Teilnahme kann anonym erfolgen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

ALLGEMEINES

1. Unter welcher Erkrankung leiden Sie?

- Angststörung (weiter zu Frage 2) Depression (weiter zu Frage 8) beidem (weiter zu Frage 2)

Angststörung

2. Wie oft erleben Sie Ihre Angststörung pro Jahr?

- 1x/Jahr 2x/Jahr öfter seltener

3. Gibt/gab es in Ihrer Familie Mitglieder, die an Angststörung leiden/gelitten haben? ja nein

4. Wann traten bei Ihnen die ersten Symptome der Angststörung auf? (Monat/Jahr)

5. Wann wurde Ihre Angststörung von Ihrem Arzt diagnostiziert? (Monat/Jahr)

6. Wann begann die Behandlung Ihrer Angststörung? (Monat/Jahr)

7. Unter welchen Begleiterkrankungen leiden Sie?

- keinen Depression Zwang Sonstige:

Depression

8. Wie oft erleben Sie Ihre depressive Phase pro Jahr?

- 1x/Jahr 2x/Jahr öfter seltener

9. Gibt/gab es in Ihrer Familie Mitglieder, die an Depressionen leiden/gelitten haben? ja nein

10. Wann traten bei Ihnen die ersten Symptome der Depression auf? (Monat/Jahr)

11. Wann wurde bei Ihnen Depression von Ihrem Arzt diagnostiziert? (Monat/Jahr)

12. Wann begann die Behandlung Ihrer Depression? (Monat/Jahr)

13. Unter welchen Begleiterkrankungen leiden Sie?

- keinen Angsterkrankung Zwang Sonstige:

WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH INFORMATION

14. Woher beziehen Sie Ihre Information zu Ihrer Erkrankung? (Mehrfachnennung möglich!)

- Arzt Apotheke Krankenkasse Sozialamt Betroffene
 Radio Bekanntenkreis Fernsehen Vorträge Zeitungen
 Zeitschriften Bücher Internet Chaträume
 Sonstige:

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
15. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über schulmedizinische Therapien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über komplementärmedizinische Therapien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über psychotherapeutische Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über Nebenwirkungen von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie wichtig ist Ihnen ausführliche Information über den Krankheitsverlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie wichtig ist es Ihnen, an Informationsveranstaltungen zu Ihrer Erkrankung teilnehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie Ihr Arzt ausreichend und rechtzeitig über Ihre Erkrankung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wie wichtig ist es Ihnen, alle Grundinformationen zu Ihrer Erkrankung von Ihrem behandelnden Arzt zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte im Bereich Information.				
<input checked="" type="radio"/> 15 <input checked="" type="radio"/> 16 <input checked="" type="radio"/> 17 <input checked="" type="radio"/> 18 <input checked="" type="radio"/> 19 <input checked="" type="radio"/> 20 <input checked="" type="radio"/> 21 <input checked="" type="radio"/> 22				
24. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Information? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte.				
<input checked="" type="radio"/> 15 <input checked="" type="radio"/> 16 <input checked="" type="radio"/> 17 <input checked="" type="radio"/> 18 <input checked="" type="radio"/> 19 <input checked="" type="radio"/> 20 <input checked="" type="radio"/> 21 <input checked="" type="radio"/> 22				
25. 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
26. Wie wichtig ist Ihnen eine höhere Dichte an Fachärzten (Psychiatern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wie wichtig ist Ihnen eine höhere Dichte an Psychotherapeuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wie wichtig ist Ihnen eine höhere Dichte an Krankenhäusern/Ambulanzen/ Tageskliniken/Kriseninterventionszentren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Wie wichtig sind Ihnen gut informierte Fachärzte (Psychiater)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wie wichtig sind Ihnen gut informierte Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wie wichtig ist Ihnen eine gute Kooperation zwischen Fachärzten (Psychiatern) und Allgemeinmedizinern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wie wichtig ist Ihnen ein schneller Wirkeintritt Ihres Medikaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wie wichtig ist Ihnen die gute Verträglichkeit Ihres Medikaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wie wichtig sind für Sie komplementärmedizinische Therapieangebote?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Medikament bei guter Wirkung und Verträglichkeit nicht gewechselt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Nehmen Sie Ihr(e) Medikament(e) gegen Ihre Angststörungen regelmäßig ein?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
37. Nehmen Sie Ihr(e) Medikament(e) gegen Ihre Depression regelmäßig ein?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
38. Würden Sie Ihr Medikament gegen ein billigeres wechseln, wenn Sie gut eingestellt sind?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein

39. Unter welchen Nebenwirkungen leiden Sie? (Mehrfachnennung möglich!)

- keinen Unruhe Gewichtszunahme Übelkeit erhöhter Blutdruck
 Sexualstörung Schlafstörungen gelegentliche Herzrhythmusstörungen
 Sonstige:

40. Welchen Therapien haben Sie sich bereits unterzogen? (Mehrfachnennung möglich!)

- medikamentöse Therapie mit Antidepressiva Psychotherapie Lichttherapie Schlafentzug
 Sport- und Bewegungstherapie Tanztherapie alternative Methoden Ergotherapie
 Elektrokrampftherapie Kunsttherapie Musiktherapie
 Sonstige:

41. Welche Therapien erhalten Sie derzeit? (Mehrfachnennung möglich!)

- medikamentöse Therapie mit Antidepressiva Psychotherapie Lichttherapie Schlafentzug
 Sport- und Bewegungstherapie Tanztherapie alternative Methoden Ergotherapie
 Elektrokrampftherapie Kunsttherapie Musiktherapie
 Sonstige:

42. Nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte im Bereich Medizin und Gesundheit.

- 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35

43. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Medizin und Gesundheit? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte.

- 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35

44. 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

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
45. Wie wichtig ist Ihnen, dass Ihre Kosten für den Psychotherapeuten erstattet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Wie wichtig ist Ihnen, dass Fragen zur seelischen Gesundheit stärker in der Vorsorgeuntersuchung beim Hausarzt einbezogen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wie wichtig ist Ihnen mehr Öffentlichkeitsarbeit für Ihre Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Wie wichtig ist Ihnen Verständnis, Respekt und Akzeptanz für Ihre Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie aufgrund Ihrer Erkrankung keine Einschränkungen im täglichen Leben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung derzeit berufsunfähig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
51. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung in Frühpension?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
52. Weiß Ihr Arbeitgeber von Ihrer Erkrankung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
53. Nimmt Ihr Arbeitgeber Rücksicht auf Ihre Erkrankung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
54. Wie wichtig ist Ihnen die Erreichbarkeit Ihres Arztes mit öffentlichen Verkehrsmitteln?	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> eher wichtig	<input type="radio"/> eher unwichtig	<input type="radio"/> unwichtig
55. Mit welchen Verkehrsmitteln erreichen Sie in der Regel Ihren Arzt? (Mehrfachnennung möglich!)	<input type="radio"/> U-Bahn <input type="radio"/> Straßenbahn <input type="radio"/> Bus <input type="radio"/> Zug <input type="radio"/> fahre selbst mit dem Auto <input type="radio"/> zu Fuß <input type="radio"/> werde von Verwandten, Bekannten zum Arzt geführt <input type="radio"/> Sonstige:			
56. Was wäre für Sie das ideale Verkehrsmittel?			

57. Nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte im Bereich Soziales und Gesellschaft.

45 46 47 48 49 54

58. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Soziales und Gesellschaft? Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihre 5 wichtigsten Punkte.

45 46 47 48 49 54

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

UMFRAGE ANGSTSTÖRUNG & DEPRESSION

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?
 Burgenland Tirol Vorarlberg Oberösterreich
 Salzburg Steiermark Kärnten Wien Niederösterreich
- Wie geht es Ihnen derzeit mit Ihrer Erkrankung?
 sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht



BITTE SCHICKEN SIE DEN FRAGEBOGEN AN

Österreichischer Patientenbericht, c/o PERI CONSULTING GmbH, z. Hd. Gertraud Eckart, Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien, (T) +43/1/908 11 46 0, (F) +43/1/402 13 41 18

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die Umsetzung dieses Projekts erfolgte mit freundlicher Unterstützung der Lundbeck Austria GmbH. Der Österreichische Patientenbericht wird gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, der Wiener Gebietskrankenkasse, der Österreichischen Ärztekammer, der Ärztekammer für Wien, der Österreichischen Apothekerkammer, der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin und dem Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien realisiert.



Österreichische Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie



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.

© [2008], PERI Consulting GmbH. 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.