

# UMFRAGE DIABETES 2007

## Wünsche und Anforderungen von Betroffenen

Ziel dieser Umfrage ist, Ihre Wünsche und Anforderungen bei der Krankheit Diabetes zu erheben und in der Folge mit Vertretern relevanter Institutionen im Gesundheitssystem zu diskutieren und Möglichkeiten der Umsetzung zu finden. Natürlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt.

	ja	nein		
1. Bringt die Krankheit Diabetes Einschränkungen mit sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Haben Sie in den letzten sechs Monaten ungewollt Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Haben Sie in den letzten sechs Monaten beabsichtigt Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Haben Sie in den letzten sechs Monaten ungewollt Gewicht abgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Haben Sie in den letzten sechs Monaten beabsichtigt Gewicht abgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Kennen Sie Ihren Lipidwert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Kennen Sie Ihren HbA1c-Wert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Wann wurde Ihr HbA1c-Wert zuletzt gemessen?				
<input type="radio"/> vor weniger als 3 Monaten	<input type="radio"/> vor 3–6 Monaten	<input type="radio"/> vor länger als 6 Monaten		
9. Wie hoch war Ihr zuletzt gemessener HbA1c-Wert?				
<input type="radio"/> unter 7	<input type="radio"/> 7–8	<input type="radio"/> 8–9	<input type="radio"/> 9–10	<input type="radio"/> über 10

### WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH PATIENTENINFORMATIONEN:

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
10. Ausführliche Informationen über schulmedizinische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ausführliche Informationen über komplementärmedizinische (ergänzungsmedizinischen) Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ausführliche Informationen über psychologische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ausführliche Informationen über Nebenwirkungen und Kontraindikationen (Gegenanzeigen) von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ausführliche Informationen über den Krankheitsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ausführliche Informationen zum Thema Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ausführliche Informationen über sportliche Möglichkeiten für Diabetiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ausführliche Informationen zum Thema Diabetes Vorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ausführliche Informationen über Risikofaktoren für Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ausführliche Informationen über mögliche Spätfolgen von Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ausführliche Informationen über Ansprüche aufgrund amtlich bestätigter Behinderung oder Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Welche Informationen sind Ihnen noch wichtig?

.....

22. Welche Informationen sind für Sie besonders wichtig? Die 5 wichtigsten Punkte für Sie sind:

- 10    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20    21

23. Haben Sie ein Informationsdefizit? Wenn ja, besonders in welchen Bereichen? (Maximal 5 Wahlmöglichkeiten)

- 10    11    12    13    14    15    16    17    18    19    20    21

24. Woher beziehen Sie Ihre Informationen?

- |                                       |                                                                     |                                               |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ärzte           | <input type="radio"/> Diätassistenten/Diätologen                    | <input type="radio"/> Internet                |
| <input type="radio"/> Arzthelfer      | <input type="radio"/> Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester | <input type="radio"/> Informationsbroschüren  |
| <input type="radio"/> Ambulanzhelfer  | <input type="radio"/> Apotheker (Diabetesberatung)                  | <input type="radio"/> Selbsthilfegruppen      |
| <input type="radio"/> Sonstige: ..... |                                                                     | <input type="radio"/> Schulungen/Fachvorträge |

### WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH MEDIZIN UND GESUNDHEIT:

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
25. Wie wichtig sind Ihnen Vorsorgemaßnahmen gegen Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Fachärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wie wichtig ist für Sie die gute Kooperation zwischen Fachärzten und Allgemeinmediziner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Diätassistenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wie wichtig ist für Sie ein ausführliches Gespräch mit Ihrem Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wie wichtig ist Ihnen eine Medikation, die einmal täglich einzunehmen ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wie wichtig ist Ihnen eine Medikation, die unabhängig von den Mahlzeiten einzunehmen ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wie wichtig ist Ihnen eine Medikation, die keine Hypoglykämie (Unterzuckerung) verursacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wie wichtig ist Ihnen eine Medikation, die keine Gewichtszunahme verursacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 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"/>
36. Wie wichtig sind für Sie exakte Blutzuckermessgeräte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Wie wichtig sind für Sie umfassende Schulungen zur Handhabung von:				
37.1 <input type="radio"/> Insulin-Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.2 <input type="radio"/> Insulin-Pumpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.3 <input type="radio"/> Insulin-Sprays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....

39. Welche Verbesserungen und Maßnahmen im Bereich Medizin und Gesundheit sind für Sie besonders wichtig?  
Die 5 wichtigsten Verbesserungen und Maßnahmen für Sie sind:

- 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37.1 37.2 37.3 38

40. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Medizin und Gesundheit? Wenn ja, besonders in welchen Bereichen?  
(Maximal 5 Wahlmöglichkeiten)

- 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37.1 37.2 37.3 38

### WÜNSCHE UND ANFORDERUNGEN IM BEREICH SOZIALES UND GESELLSCHAFT:

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
41. Wie wichtig ist für Sie die Angabe von Kohlenhydrate, Broteinheiten in Betriebsküchen, Gasthäusern, Restaurants, ...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Wie wichtig ist für Sie diabetikergerechte Küche in Betriebsküchen, Gasthäusern, Restaurants, ...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Wie wichtig ist für Sie der Kostenersatz der von Ihnen benötigten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Wie wichtig ist für Sie der Kostenersatz der von Ihnen benötigten Messgeräte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Wie wichtig sind für Sie Öffentlichkeitsarbeit für die Krankheit Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Wie wichtig ist für Sie ein einheitlicher Diabetikerausweis (Notfallausweis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wie wichtig sind für Sie Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Wie wichtig sind für Sie aktuelle Kontaktdaten von Diabetesspezialisten und Diabetesambulanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....

50. Welche Verbesserungen und Maßnahmen sind für Sie besonders wichtig? Die 5 wichtigsten Punkte für Sie sind:

- 41 42 43 44 45 46 47 48 49

51. Besteht für Sie ein Defizit im Bereich Soziales und Gesellschaft? Wenn ja, besonders in welchen Bereichen?  
(Maximal 5 Wahlmöglichkeiten)

- 41 42 43 44 45 46 47 48 49

# UMFRAGE DIABETES 2007

Statistische Auswertung

ZUR STATISTISCHEN AUSWERTBARKEIT ERSUCHEN WIR SIE, FOLGENDE FRAGEN ZU BEANTWORTEN:

52. Ich bin  männlich  weiblich
- 
53. Wie alt sind Sie?  unter 30  31–40  41–50  
 51–60  61–70  über 70
- 
54. Meine Körpergröße ist ..... cm
- 
55. Aktuell wiege ich ..... kg
- 
56. In welchem Bundesland wohnen Sie?  Burgenland  Kärnten  Niederösterreich  
 Oberösterreich  Salzburg  Steiermark  Tirol  Vorarlberg  Wien
- 
57. Welche Form der Erkrankung haben Sie:  Diabetes mellitus Typ I  Diabetes mellitus Typ II
- 
58. Wann traten bei Ihnen die ersten Symptome auf? ..... (Monat/Jahr)
- 
59. Wann wurde bei Ihnen Diabetes diagnostiziert? ..... (Monat/Jahr)
- 
60. Wann begann die Behandlung? ..... (Monat/Jahr)
- 
61. Welchen Therapien haben Sie sich bereits unterzogen?  
 Diät  Tabletten  Injektionen  Pumpe  Spray  
 Andere: .....
- 
62. Welcher Therapie unterziehen Sie sich derzeit?  
 Diät  Tabletten  Injektionen  Pumpe  Spray  
 Andere: .....
- 
63. Fühlen Sie sich durch Ihren Arzt ausreichend und rechtzeitig informiert über die: (1 = bestens, ..., 5 = gar nicht)  
 Erkrankung 1 2 3 4 5  
 möglichen Therapien und deren Risiken 1 2 3 4 5
- 
64. Ich leide oft unter folgenden hypoglykämischen Symptomen:  
 Heißhunger  Schweißausbruch  Verstimmung  Verwirrtheitszustände  
 Sonstige: .....
- 
65. Ich leide oft unter folgenden hyperglykämischen Symptomen:  
 vermehrter Harndrang  starkes Durstgefühl und trockener Mund  Sehstörungen  
 Sonstige: .....
- 
66. Wie geht es Ihnen derzeit mit Ihrer Erkrankung?  
 sehr gut  eher gut  eher schlecht  sehr schlecht

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Die in dieser Umfrage verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.



Mit freundlicher Unterstützung von Merck Sharp & Dohme. Dieses Projekt wird gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, der Wiener Gebietskrankenkasse, der Österreichischen Diabetes Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin realisiert.