

# UMFRAGE HYPERCHOLESTERINÄMIE 2015

Wünsche und Anforderungen der Betroffenen

Ziel dieser Umfrage ist es, Ihre Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen als Betroffene/r der Krankheit HYPERCHOLESTERINÄMIE (erhöhter Cholesterinspiegel) zu erheben und in der Folge mit Vertretern relevanter Institutionen im Gesundheitssystem zu diskutieren. Es sollen Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung der Betroffenen gefunden werden. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich und anonymisiert behandelt. **Bitte helfen Sie dabei und füllen Sie den Fragebogen vollständig aus! Vielen Dank!**

1. Welche der folgenden Punkte steigern Ihrer Meinung nach das Risiko für einen Herzinfarkt?
 

|  |  |                                       |                                     |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> hohes Cholesterin          | <input type="radio"/> erbliche Veranlagung | <input type="radio"/> Rauchen         | <input type="radio"/> höheres Alter |
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> Stressbelastung      | <input type="radio"/> hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Geschlecht    |
2. Denken Sie, es ist gut, ein hohes Gesamtcholesterin zu haben?  ja  nein
3. Haben Sie schon einmal von „gutem“ oder „schlechtem“ Cholesterin gehört?  ja  nein
4. Denken Sie, es ist gut, ein hohes LDL zu haben?  ja  nein
5. Denken Sie, es ist gut, ein hohes HDL zu haben?  ja  nein
6. Denken Sie, es ist gut, einen hohen Triglycerid-Wert zu haben?  ja  nein
7. Denken Sie, es ist gut, einen hohen LP(a)-Wert zu haben?  ja  nein
8. Wurden bei Ihnen die Blutfettwerte (Cholesterinwerte) bereits einmal bestimmt?  ja  nein  weiß nicht
- 8a. Wenn ja, wann wurde das letzte Mal gemessen?  vor über einem Jahr  vor weniger als einem Jahr
- 8b. Warum wurden die Blutfettwerte (Cholesterinwerte) bei Ihnen bestimmt?
 

|  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Routine- oder Gesundenuntersuchung?            | <input type="radio"/> weil bekannt ist, dass Sie eine Gefäß- oder Herzerkrankung haben |
| <input type="radio"/> weil bekannt ist, dass Sie Diabetes haben      | <input type="radio"/> weil bekannt ist, dass Sie erblich bedingt erhöhte Werte haben   |
| <input type="radio"/> weil bekannt ist, dass Sie zu hohe Werte haben | <input type="radio"/> Sonstiges: .....   |
9. Kennen Sie Ihren Gesamtcholesterinwert?  ja  nein
- 9a. Wenn Sie ihn kennen, wie hoch ist Ihr Gesamtcholesterinwert ungefähr? ..... (Angaben in mg/dl)
- 9b. Wann wurde Ihr Gesamtcholesterin das letzte Mal gemessen?  im Laufe des letzten Jahres  vor über einem Jahr
10. Kennen Sie Ihren LDL-Cholesterin-Wert („schlechtes“ Cholesterin)?  ja  nein
- 10a. Wenn Sie ihn kennen, wie hoch ist Ihr LDL-Cholesterin-Wert ungefähr? ..... (Angaben in mg/dl)
- 10b. Wann wurde Ihr LDL-Cholesterin das letzte Mal gemessen?  im Laufe des letzten Jahres  vor über einem Jahr
11. Kennen Sie Ihren HDL-Cholesterin-Wert („gutes“ Cholesterin)?  ja  nein
- 11a. Wenn Sie ihn kennen, wie hoch ist Ihr HDL-Cholesterin-Wert? ..... (Angaben in mg/dl)
- 11b. Wann wurde Ihr HDL-Wert das letzte Mal gemessen?  im Laufe des letzten Jahres  vor über einem Jahr
12. Kennen Sie Ihren LP(a)-Wert?  ja  nein
- 12a. Wenn Sie ihn kennen, wie hoch ist Ihr LP(a)-Wert? ..... (Angaben in mg/dl)
- 12b. Wann wurde Ihr LP(a)-Wert das letzte Mal gemessen?  im Laufe des letzten Jahres  vor über einem Jahr
13. Kennen Sie Ihren Triglycerid-Wert?  ja  nein
- 13a. Wenn Sie ihn kennen, wie hoch ist Ihr Triglycerid-Wert? ..... (Angaben in mg/dl)
- 13b. Wann wurde Ihr Triglycerid-Wert das letzte Mal gemessen?  im Laufe des letzten Jahres  vor über einem Jahr
14. Leiden Sie an der Erkrankung Diabetes?  ja  nein
- 14a. Wenn Sie an Diabetes leiden, seit wann? ..... (Monat/Jahr)

15. Wenn Sie Diabetes haben, kennen Sie Ihren HbA<sub>1c</sub>-Wert?  ja  nein  weiß nicht
- 15a. Wenn Sie ihn kennen, wie hoch ist Ihr HbA<sub>1c</sub>-Wert?  unter 7  7–8  8–9  9–10  über 10
- 15b. Wann wurde Ihr HbA<sub>1c</sub>-Wert das letzte Mal gemessen?  
 im letzten Monat  vor 1–3 Monaten  vor über 3 Monaten
- 
16. Leiden Sie an Bluthochdruck?  ja  nein  weiß nicht
- 16a. Wenn ja, wann wurde der Blutdruck das letzte Mal gemessen?  
 im letzten Monat  vor 1–3 Monaten  vor über 3 Monaten
- 
17. Wie ernähren Sie sich?  gesund  unauffällig  ungesund
- 
18. Rauchen Sie?  ja  nein
- 18a. Wenn Sie rauchen, wie viel rauchen Sie bzw. seit wann rauchen Sie? ..... Zigaretten pro Tag seit ..... Jahren
- 
19. Machen Sie regelmäßig Bewegung?  ja  nein
- 19a. Wie viele Stunden pro Woche machen Sie Bewegung, die Sie zum Schwitzen bringt? ..... Stunden pro Woche
- 
20. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit ein zu hohes Cholesterin diagnostiziert?  ja  nein
- 
21. Wer hat die Diagnose von HYPERCHOLESTERINÄMIE gestellt?  
 Hausarzt/Allgemeinmediziner  Facharzt in Ordination  Facharzt im Krankenhaus  Krankenhaus-Ambulanz
- 
22. Welche Formen der Therapie führen Sie im Moment durch bzw. welchen Therapieformen haben Sie sich bei zu hohem Cholesterin bzw. HYPERCHOLESTERINÄMIE bereits unterzogen?  
 Bewegung  Ernährung  Gewichtsreduktion  medikamentöse Therapie
- 
23. Wie geht es Ihnen mit dem erhöhten Cholesterin (Allgemeinzustand)?  
 sehr gut  eher gut  eher schlecht  sehr schlecht
- 
24. Nehmen Sie blutfettsenkende bzw. cholesterinsenkende Medikamente?  ja  nein
- 24a. Wenn ja, wie lange nehmen Sie diese Medikamente schon?  seit ..... Jahren  seit ..... Monaten  weiß nicht
- 24b. Wie viel mg nehmen Sie von diesem Medikament täglich? .....
- 
25. Wo wird Ihre HYPERCHOLESTERINÄMIE medizinisch betreut?  
 Hausarzt/Allgemeinmediziner  Facharzt in Ordination  Facharzt im Krankenhaus  Krankenhaus-Ambulanz
- 
26. Sind Sie mit der derzeitigen medizinischen Behandlung der HYPERCHOLESTERINÄMIE zufrieden?  ja  nein
- 26a. Wenn nein, warum sind Sie nicht zufrieden? .....
- 
27. Haben Sie schon einmal von der familiären/primären HYPERCHOLESTERINÄMIE gehört?  ja  nein
- 
28. Leiden Sie selbst an einer familiären HYPERCHOLESTERINÄMIE?  ja  nein  weiß nicht
- 
29. Wurde nach der Diagnose der HYPERCHOLESTERINÄMIE durch den Arzt überprüft, ob es sich um eine familiäre (genetische) oder um eine sekundäre HYPERCHOLESTERINÄMIE handelt?  ja  nein  weiß nicht
- 
30. Hatte jemand von Ihren Eltern oder Geschwistern bereits einen Herzinfarkt oder eine Gefäßverengung (z. B. Bypass-Operation, Verengung der Herzkranzgefäße) in jungen Jahren (Männer <55, Frauen <65 Jahre)?  ja  nein
- 
31. Wurde bei einer Person aus Ihrer Verwandtschaft ein hoher Cholesterinwert oder HYPERCHOLESTERINÄMIE diagnostiziert?  ja  nein
- 
32. Wurden bei einer Person aus Ihrer Familie erblich bedingte erhöhte Cholesterinwerte diagnostiziert?  ja  nein
- 
33. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?  ja  nein
- 
34. Leiden Sie an einer Verengung der Herzkranzgefäße (Bypass, Stents)?  ja  nein
- 
35. Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall („Schlagerl“)?  ja  nein
- 
36. Leiden Sie an einer anderen Erkrankung der Arterien/Schlagadern (Schaufenstererkrankung, PAVK, Ausweitung der Bauchschlagader/Aorta etc.)?  ja  nein

## BEREICH GESELLSCHAFT UND ÖFFENTLICHKEIT

|   | sehr wichtig             | eher wichtig             | eher unwichtig           | unwichtig                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Wie wichtig ist für Sie die Angabe von Kohlenhydraten, gesättigten Fetten in Betriebsküchen, Gasthäusern, Restaurants etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. 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"/> |
| 39. Wie wichtig ist für Sie Öffentlichkeitsarbeit zum Thema erhöhtes Cholesterin?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Wie wichtig sind für Sie Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Welche anderen wichtigen Wünsche und Anforderungen haben Sie, nach denen in diesem Block nicht gefragt wurde?               |                          |                          |                          |                          |

## BEREICH MEDIZIN UND GESUNDHEIT

|   | sehr wichtig             | eher wichtig             | eher unwichtig           | unwichtig                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 42. Wie wichtig sind Ihnen Vorsorgemaßnahmen gegen erhöhtes Cholesterin?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Allgemeinmediziner?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Fachärzte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Apotheker?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Wie wichtig ist für Sie die gute Zusammenarbeit zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Wie wichtig sind für Sie gut informierte Diätassistenten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Wie wichtig ist für Sie ein ausführliches Gespräch mit dem Arzt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. 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"/> |
| 50. Wie wichtig sind Ihnen kurze Wartezeiten bei den Ärzten (Facharzt, Hausarzt, Ambulanz)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Welche anderen Wünsche und Anforderungen haben Sie, nach denen in diesem Block nicht gefragt wurde?                             |                          |                          |                          |                          |

## BEREICH PATIENTENINFORMATION

Wie wichtig sind Ihnen:

|   | sehr wichtig             | eher wichtig             | eher unwichtig           | unwichtig                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 52. Ausführliche Informationen über den Verlauf eines erhöhten Cholesterins                                   | <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 über sportliche Möglichkeiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Ausführliche Informationen zum Thema Vorsorge   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Ausführliche Informationen über Risikofaktoren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Ausführliche Informationen über mögliche Spätfolgen bzw. Folgeerkrankungen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Ausführliche Informationen über Ansprüche aufgrund amtlich bestätigter Behinderung oder Berufsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Ausführliche Informationen über Krankenstände und deren Folgen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Welche Informationen sind Ihnen noch wichtig?   |                          |                          |                          |                          |

61. Woher beziehen Sie Ihre Informationen?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzte              | <input type="checkbox"/> Arzthelfer                         | <input type="checkbox"/> Ambulanzhelfer | <input type="checkbox"/> Apotheker              |
| <input type="checkbox"/> Diätologen         | <input type="checkbox"/> Diplomiertes Krankenpflegepersonal | <input type="checkbox"/> Internet       | <input type="checkbox"/> Informationsbroschüren |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen | <input type="checkbox"/> Schulungen/Vorträge                | <input type="checkbox"/> Fernsehen      | <input type="checkbox"/> Radio                  |
| <input type="checkbox"/> Zeitungen          | <input type="checkbox"/> Sonstige: .....                    |   |   |

## STATISTISCHE FRAGEN

62. Geschlecht:  männlich  weiblich
63. Alter: ..... Jahre
64. Körpergröße: ..... cm
65. Gewicht: ..... kg
66. Kennen Sie Ihren Bauchumfang?  ja  nein
- 66a. Wenn ja, wie groß ist Ihr Bauchumfang ungefähr? ..... cm
67. Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung ist?  
 Pflichtschule  Lehre  Matura  akademischer Abschluss
68. 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
69. Wie viele erwachsene Personen leben in Ihrem Haushalt?  1  2  3  4  5  mehr als 5
70. In welchem **BUNDESLAND** wohnen Sie? .....
71. Ihr Familienstand ist?  ledig  Partnerschaft  verheiratet  geschieden  verwitwet
72. Haben Sie Kinder?  ja  nein
73. Sind Sie pflegebedürftig?  ja  nein
- 73a. Wenn ja, bekommen Sie Pflegegeld?  ja  nein
- 73b. Wenn ja, welche Pflegestufe haben Sie? .....
74. Sind Sie berufstätig?  ja  nein
75. Weiß Ihr Arbeitgeber von Ihrer Erkrankung HYPERCHOLESTERINÄMIE?  ja  nein
76. Sind Sie pensioniert?  ja  nein
77. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung in Früh- und/oder Invaliditätspension?  ja  nein
78. Sind Sie noch in Ausbildung?  ja  nein



### BITTE SCHICKEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN FRAGEBOGEN AN

Österreichischer Patientenbericht, c/o PERI Consulting GmbH, z. Hd. Markus Stickler,  
 Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, (T) +43/1/908 11 46-49, (F) +43/1/402 13 41-18

**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 Amgen GmbH. Der Österreichische Patientenbericht Hypercholesterinämie wird in Kooperation folgender Institutionen durchgeführt: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt; AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; FHchol Austria – Patientenorganisation für Familiäre Hypercholesterinämie; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Österreichische Adipositas Gesellschaft; Österreichische Apothekerkammer; Österreichische Ärztekammer; Österreichische Diabetesgesellschaft; Österreichische Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel; Österreichische Kardiologische Gesellschaft; Österreichischer Herzfonds; Österreichischer Herzverband; Pensionsversicherungsanstalt; Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft; Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau; Wiener Gebietskrankenkasse



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. © Februar 2015, PERI CONSULTING GmbH