

## ÖSTERREICHISCHE PATIENTENUMFRAGE **SCHMERZ**

Österreichische SchmerzpatientInnen und Selbsthilfegruppen haben in Kooperation mit dem Gesundheitssystem die österreichische Patientenumfrage Schmerz gestaltet.

**ALS SPEZIALIST/IN IHRER ERKRANKUNG SIND IHRE BEDÜRFNISSE UND INTERESSEN WICHTIG.**

**IHRE STIMME ZÄHLT!**

**BETEILIGEN SIE SICH AN DER ÖSTERREICHISCHEN PATIENTENUMFRAGE SCHMERZ, UM MIT BETROFFENEN FÜR BETROFFENE VERBESSERUNGEN ZU ERZIELEN!**

Ihre Angaben und Daten werden vertraulich behandelt. Die Auswertung der Patientenumfrage erfolgt anonymisiert. Die Ergebnisse der Patientenumfrage sind das Fundament der angestrebten Verbesserungen für SchmerzpatientInnen.

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:**

Mag. Angelika Krauss-Rirsch, MAS (Mediation) MEDITIA Information - Kommunikation - Interaktion Rauhensteingasse 7/44, 1010 Wien E-Mail: <a href="mailto:akr@meditia.at">akr@meditia.at</a>
---

Für weitere Informationen und Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.





Wir ersuchen Sie zur besseren Auswertbarkeit Ihre individuellen Antworten in Blockschrift zu halten und:

- ⇒ falls Sie mehr Platz für Ihre individuellen Antworten, Anliegen und Anregungen benötigen, diese der Umfrage gesondert beizulegen.
- ⇒ Fragen, die Sie nicht beantworten möchten durchzustreichen **X**.
- ⇒ Fragen, die Sie nicht beantworten können mit **0** zu markieren.

**VIelen DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

---

### KRANKENGESCHICHTE:

---

1. Welche Körperteile oder Körperregionen sind bei Ihnen betroffen, wenn Sie Schmerzen haben?

Betroffener Körperteil bzw. Körperregion: .....

2. Seit wann leiden Sie unter Schmerzen? (Monat/Jahr)

3. Wie oft leiden Sie unter Schmerzen?

ständig /  regelmäßig wiederkehrend

täglich /  wöchentlich /  oder .....

4. Haben Sie  immer /  oft /  selten Schmerzen?

Wie bewerten Sie Ihre stärksten Schmerzen auf einer Skala von 1-10

(1 leichte Schmerzen, 10 starke Schmerzen)?

1 /  2 /  3 /  4 /  5 /  6 /  7 /  8 /  9 /  10

Wie bewerten Sie Ihre schwächsten Schmerzen auf einer Skala von 1-10

(1 leichte Schmerzen, 10 starke Schmerzen)?

1 /  2 /  3 /  4 /  5 /  6 /  7 /  8 /  9 /  10

5. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tages / Nacht-Zeiten besonders stark?

nein / Wenn ja, zu welchen Zeiten?  morgens - mittags /  mittags - nachmittags /

nachmittags - abends /  abends - nachts /  nachts

Wie geht es Ihnen derzeit?  sehr gut /  gut /  schlecht /  sehr schlecht

6. Wodurch/Wie sind Ihre Schmerzen entstanden?

Ist mir nicht bekannt.

Nach einer Behandlung. Wenn ja, nach welcher Behandlung?

.....  
 Als Folge meiner Erkrankung. Wenn ja, als Folge welcher Erkrankung?

.....  
 Nach einem Unfall  ohne Operation /  mit Operation. Wenn ja, nach welchem Unfall?

.....  
 Nach einer Operation. Wenn ja, nach welcher Operation?

.....  
 Andere Ursache: .....

7. Leiden Sie aufgrund Ihrer Schmerzen unter Schlafstörungen?

nie /  ständig /  immer wiederkehrend:

täglich /  wöchentlich /  oder .....



---

**VERSORGUNG:**

---

8. Wer behandelt Ihre Schmerzen?  
 niemand /  Hausarzt  
 Facharzt. Wenn ja, welche Facharztgruppe(n)? .....  
 Schmerzambulanz. Wenn ja, welche Schmerzambulanz(en)?.....
- 
9. Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen durchgeführt?  
 Röntgen  Laborwerte  Computertomografie  Magnetresonanztherapie  Ultraschall  
 Andere, welche .....
- 
10. Wann begann Ihre erste Schmerzbehandlung? (Monat/ Jahr)  
  
Wann begann Ihre aktuelle Schmerzbehandlung? (Monat/ Jahr)
- 
11. Wie viele ÄrztInnen haben Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits konsultiert?  
 1 /  2 /  3 /  4 /  5 /  6 /  7 /  8 /  9 /  10 /  mehr als 10 ...
- 
12. Welche überwiegenden Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?  
 sehr gute /  gute /  schlechte /  sehr schlechte
- 
13. Wie oft sind Sie wegen Ihrer Schmerzen in ärztlicher Behandlung?  
 täglich /  wöchentlich /  monatlich /  vierteljährlich /  halbjährlich /  jährlich /  
 oder: /  Ich bin nicht in Behandlung.
- 
14. Wie gut fühlen Sie sich therapiert?  
 sehr gut /  gut /  schlecht /  sehr schlecht
- 
15. Wenn Sie Schmerzen haben, wen suchen Sie am häufigsten auf?  
 Apotheke /  Hausarzt /  Niemanden  
 Facharzt. Wenn ja, welche Facharztgruppe(n)? .....  
 Krankenhaus /  Schmerzzentrum
- 
16. a) Falls Sie Schlafstörungen haben, welche Facharztgruppe(n) hat/haben bei Ihnen die Schlafstörung diagnostiziert/therapiert?  
 praktischer Arzt  
 Facharzt: Wenn ja, welche Facharztgruppe(n)? .....  
  
 Krankenhaus, Abteilung:.....  
 keine Diagnose / Therapie  
b) Nehmen Sie Medikamente gegen Schlafstörungen?  ja /  nein  
c) Helfen diese Medikamente ausreichend?  ja /  nein
- 

**THERAPIE:**

---

17. Wie viele Schmerz-Medikamente nehmen Sie pro Tag?  
 Ich nehme keine Schmerzmedikamente aus folgenden Gründen:  
  
.....  
  
 eines /  zwei /  mehr als zwei: Wie viele unterschiedliche Schmerzmedikamente? .....
- 
18. Nehmen Sie derzeit Kombinationsmedikamente ein?  
 nein /  ja. Wenn ja  ein Medikament /  zwei Medikamente /  
 3 und mehr Medikamente. Wenn ja, wie viele Kombinationsmedikamente? .....
-



- 
19. Wann nehmen Sie Ihr(e) Schmerz-Medikament(e)?  
O morgens / O abends / O mittags / O abends / O oder ...  
O morgens und abends / O morgens und mittags / O mittags und abends /  
O morgens, mittags, abends /  
O oder .....
- 
20. Leiden Sie trotz Einnahme von Schmerzmedikamenten unter Schmerzen?  
O ja. Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?  
.....  
O nein. Wenn nein, welche Medikamente nehmen Sie ein?  
.....
- 
21. Nehmen Sie ein Antidepressivum gegen Ihre Schmerzen?  
O nein / O ja. Wenn ja, welches?  
.....  
Ich nehme ein Antidepressivum und  
O bin schmerzfrei. / O meine Schmerzen haben sich verringert. /  
O meine Schmerzen haben sich kaum verringert. / O meine Schmerzen sind gleich geblieben.  
O meine Schmerzen haben sich verstärkt.
- 
22. Nehmen Sie ein Schmerzmedikament und ein Antidepressivum ein?  
O nein / O ja. Wenn ja, verbessert die Kombination Schmerzmedikament und Antidepressivum  
Ihren Schmerzzustand? O sehr stark / O stark / O kaum / O gar nicht
- 
23. Wurden Ihnen schon einmal Opiate (z.B. Morphin) verschrieben?  
O nein / O ja. Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?  
O sehr gute / O gute / O schlechte / O sehr schlechte  
Wenn Sie schlechte oder sehr schlechte Erfahrungen gemacht haben, welche?  
.....  
Wie hat Ihr Umfeld reagiert? O positiv O neutral O negativ
- 
24. Wurden Ihnen zur Behandlung Ihrer Schmerzen andere Therapien (z. B. physikalische Therapie)  
verordnet?  
O nein O ja. Wenn ja, welche?  
O Ultraschall O Strombehandlung O Massagen O Krankengymnastik O Moorpackungen  
O Andere .....
- 
25. Wie oft nehmen Sie diese in Anspruch?  
Ultraschall: O mehrmals wöchentlich O mehrmals monatlich O halbjährlich O jährlich  
Strombehandlung: O mehrmals wöchentlich O mehrmals monatlich O halbjährlich O jährlich  
Massagen: O mehrmals wöchentlich O mehrmals monatlich O halbjährlich O jährlich  
Krankengymnastik: O mehrmals wöchentlich O mehrmals monatlich O halbjährlich O jährlich  
Moorpackungen: O mehrmals wöchentlich O mehrmals monatlich O halbjährlich O jährlich  
Andere: ..... O mehrmals wöchentlich O mehrmals monatlich O halbjährlich O jährlich
- 
26. Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Ihrer Schmerzen stationär (länger als 1 Tag) im  
Krankenhaus?  
O 1-5 mal / O 5-10 mal / O mehr als 10-mal .....
-



---

**THERAPIEAKZEPTANZ:**

---

27. Teilen Sie ihrem Arzt mit, wenn eine von ihm angewandte Therapie nicht ausreichend wirkt?  
 ja  
 nein. Wenn nein, warum nicht? .....
- 
28. Nehmen Sie psychologische und / oder psychotherapeutische Hilfe aufgrund Ihrer Schmerzen in Anspruch?  
 ja /  nein /  warum? .....
- 
29. Haben Sie psychologische und / oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen?  
 nein /  ja, ich habe psychologische und / oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen, die Therapie jedoch abgebrochen. Wenn ja, warum?  
.....
- 
30. Wenn Sie wählen könnten, welche Schmerzmedikament-Einnahme würden Sie bevorzugen?  
 2 x täglich (bei 12 Stunden Wirkung) /  1 x täglich (bei 24 Stunden Wirkung)  
 alle 2 Tage (bei 48 Stunden Wirkung) /  alle 3 Tage (bei 72 Stunden Wirkung) /  oder .....
- 
31. Erhöhen Sie selbständig die Dosis des(r) Schmerzmedikament(e)s, sollte in der vorgeschriebenen Dosis keine Besserung eintreten?  
 ja /  nein warum? .....
- 
32. Reduzieren Sie die Dosis des(r) Schmerzmedikament(e)s selbstständig?  
 ja /  nein warum? .....
- 
33. Wenn Sie ein Schmerzmedikament verordnet bekommen, setzen sie dieses Medikament selbständig ab?  
 ja /  nein warum? .....
- 
34. Wenn sie mit einem Schmerzmedikament, das Ihnen Ihr Arzt verschrieben hat, zufrieden sind, würden sie dieses bei einer nächsten Schmerzsituation wieder einnehmen?  ja /  nein
- 
35. Spielt die Darreichungsform d.h. Tablette, Kapsel, Zäpfchen, Pflaster etc. für Sie eine Rolle?  nein /  ja. Wenn ja, warum?  
.....  
Wenn ja, welche Darreichungsform bevorzugen Sie?  Tablette /  Kapsel /  Zäpfchen /  Pflaster /  Tropfen /  oder  
.....
- 
36. Kaufen Sie sich öfter bei Schmerzen Schmerzmittel ohne Rezept in der Apotheke?  
 nein /  ja. Wenn ja, warum?  
.....
- 
37. Wenn Sie mit einem Schmerzmedikament (ohne Rezept aus der Apotheke) zufrieden sind, würden Sie dieses bei einer nächsten Schmerzsituation wieder einnehmen?  
 ja /  nein
- 
38. Würden Sie ein Antidepressivum gegen Ihre Schmerzen einnehmen, wenn Ihr(e) Arzt/Ärztin des Vertrauens Sie überzeugen würde, dass einige Antidepressiva schmerzlindernd und schlafnormalisierend wirken?  ja /  vielleicht /  kaum /  nein /  Ich weiß es nicht.
-



---

**INFORMATION UND KOMMUNKATION:**

---

39. Wurden Sie über die Ursache Ihrer Schmerzen aufgeklärt?  
O nein / O ja. Wenn ja, O sehr gut / O gut / O kaum  
Wollen Sie über die Ursache Ihrer Schmerzen aufgeklärt werden? O ja / O nein (kein Interesse)
- 
40. Werden Sie von Ihrem behandelnden Arzt über (eine) optimal(e) Schmerztherapie(n) aufgeklärt?  
O nein / O ja. Wenn ja, O sehr gut / O gut / O kaum  
Wollen Sie über (eine) optimale Schmerztherapie(n) aufgeklärt werden?  
O ja / O nein (kein Interesse)
- 
41. Werden Sie von Ihrem Arzt über mögliche Nebenwirkungen des (von) Schmerzmittel(s) aufgeklärt?  
O nein / O ja. Wenn ja, O sehr gut / O gut / O kaum  
Wollen Sie über mögliche Nebenwirkungen des (von) Schmerzmittel(s) aufgeklärt werden?  
O ja / O nein (kein Interesse)
- 
42. Wo würden sie weiterführende Informationen bei Schmerzen suchen?  
O Arzt / O Apotheke / O Zeitschrift / O Internet / O Selbsthilfegruppen / O oder .....
- .....
- 
43. Wie gut sind Sie über Schmerztherapien informiert? O sehr gut / O gut / O wenig / O nicht  
44. Wie gut sind Sie über Schmerzmedikamente informiert? O sehr gut / O gut / O wenig / O nicht  
45. Wie gut sind Sie über Antidepressiva informiert? O sehr gut / O gut / O wenig / O nicht  
46. Wie gut sind Sie über Opiate (wie z.B. Morphin) informiert? O sehr gut / O gut / O wenig / O nicht  
47. Wie gut sind Sie über Kombinationstherapien informiert? O sehr gut / O gut / O wenig / O nicht
- 
48. Wissen Sie, ob Antidepressiva auch schmerzstillend wirken können?  
O nein / O ja  
O Wenn ja, welche? .....
- .....
- 
49. Wissen Sie welche Medikamente gegen Ihre Schmerzen wirksam sind?  
O nein / O ja  
O Wenn ja, welche? .....
- 
50. Ist Ihnen bekannt, dass viele größere Krankenhäuser eine Schmerzambulanz haben?  
O nein / O ja  
O Wenn ja, welche? .....
- 
51. Sind Ihnen auch noch andere Therapiemöglichkeiten gegen Ihre Schmerzen bekannt?  
O nein / O ja  
O Wenn ja, welche .....
- 

**PATIENTENBEDÜRFNISSE:**

---

52. Was vermissen Sie bei Ihrer Schmerztherapie am meisten?
- .....
-



---

53. Was ist für Sie bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten wünschenswert?

.....

---

54. Haben Sie Vorstellungen darüber, wie Ihnen persönlich geholfen werden kann?

nein /  ja

Wenn ja, wie .....

.....

---

55. Wie stark ist Ihr Bedürfnis nach mehr Information?

sehr stark /  stark /  gering /  Ich habe kein Bedürfnis nach Information.

Falls Sie Informationen benötigen, welche?

schulmedizinische Therapien /  Kombinationstherapien /

komplementärmedizinische (z. B. Homöopathie, traditionell chinesische Medizin etc.) Therapien

Psychologische- und psychotherapeutische Behandlung

andere .....

---

56. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Verbesserung der Informationen über Diagnose(n) und Therapie(n) von Schmerzen für:

**SchmerzpatientInnen:**  sehr wichtig /  wichtig /  weniger wichtig /  nicht wichtig

**Angehörige:**  sehr wichtig /  wichtig /  weniger wichtig /  nicht wichtig

**Öffentlichkeit:**  sehr wichtig /  wichtig /  weniger wichtig /  nicht wichtig

**Behörden:**  sehr wichtig /  wichtig /  weniger wichtig /  nicht wichtig

**sozialen Einrichtungen:**  sehr wichtig /  wichtig /  weniger wichtig /  nicht wichtig

Wenn wichtig bis sehr wichtig, worüber soll informiert werden?

.....

Was erwarten Sie sich davon? .....

---

57. Welche Verbesserungen für SchmerzpatientInnen sind für Sie  wünschenswert /  notwendig?

.....

.....

---

58. Fühlen Sie sich von Nicht-Betroffenen akzeptiert und ernst genommen?

ja /  nein

---

59. Nehmen Ihre Schmerzen Einfluss auf Ihre Lebenssituation?  nein  ja

Wenn ja, auf welchen Lebensbereich?  Familie und Beziehungen  Arbeit  Freunde, soziale Kontakte

---

60. Welche Interessen, Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen haben Sie, nach denen nicht gefragt wurde?

.....

.....



---

**SCHMERZAMBULANZEN:**

---

61. Waren Sie schon einmal in einer Schmerzambulanz?

- nein /  ja. Wenn ja, wo? .....
- Welche Erfahrungen haben Sie dort gemacht?
- sehr gute /  gute /  schlechte /  sehr schlechte

---

62. Welche Verbesserungen sind für Sie in Schmerzambulanzen  wünschenswert /  notwendig?

.....

.....

---

**SELBSTHILFE:**

---

63. Haben Sie Kontakt mit Selbsthilfegruppen?

- ja. Wenn ja, welche Erfahrungen haben sie gemacht?
- sehr gute /  gute /  schlechte /  schlechte
- nein. Wenn nein, warum nicht?
- Ich habe kein Interesse. /  Ich habe keine Kontaktinformationen /  oder .....

.....

---

**STATISTIK:**

---

64. Alter: Wie alt sind Sie?

- unter 20 /  21-30 /  31-40 /  41-50 /  51-60 /  61-70 /  71-80 /  über 80

---

65. Geschlecht: Ich bin  männlich /  weiblich

---

66. In welchem Bundesland wohnen Sie?

- Burgenland /  Oberösterreich /  Niederösterreich /  Kärnten /  Steiermark /  Wien /
- Salzburg /  Tirol /  Vorarlberg

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT AM PATIENTENTENPARTIZIPATIONSVERFAHREN SCHMERZ!**

---





Impressum:

Mag. Angelika Krauss-Rirsch, MAS  
MEDITIA  
Information, Kommunikation und Interaktion  
Rauhensteingasse 7/44, 1010 Wien  
Mobil: +43 664 50000 22  
Tel.: +43 1 533 20 28  
Mail: [Angelika\\_Krauss-Rirsch@meditia.at](mailto:Angelika_Krauss-Rirsch@meditia.at)  
Web : [www.meditia.at](http://www.meditia.at)

Ingeborg Obermayer, MAS, MBA  
FOCUS PATIENT Ltd.  
Melkergasse 23-25/1  
2500 Baden  
Tel.: +43 676 9716313  
FAX: +43 2252206474  
Mail: [ingeborg.obermayer@focuspatient.com](mailto:ingeborg.obermayer@focuspatient.com)  
Web: [www.focuspatient.at](http://www.focuspatient.at)

in Kooperation mit



ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



und mit freundlicher Unterstützung von

**ratiopharm**

**ESSE**  
PHARMACEUTICALS  
HANDELS GMBH