

# Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

Ihre Meinung zählt: Nehmen Sie an unserer Umfrage teil!

Liebe Patientinnen und Patienten,  
um die Qualität der Versorgung in der Schlaftherapie für Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen zu verbessern, möchten wir Ihre wertvolle Meinung einholen. Im Rahmen unserer Initiative „Hilfsmittel-Barometer Schlaf 2024“ möchten wir Ihre Erfahrungen und Einschätzungen rund um die aktuelle Versorgungssituation besser verstehen.

Ihre Teilnahme an dieser Umfrage ist uns besonders wichtig, denn nur so können wir herausfinden, wo es Potenzial für Verbesserungen gibt und wie die Versorgung in Zukunft noch besser auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt werden kann. Die Umfrage ist anonym und dauert ca. 15 Minuten. Auch Angehörige oder betreuende Personen sind eingeladen, den Fragebogen stellvertretend auszufüllen.

Mit den Ergebnissen möchten wir die Qualität und Wahrnehmung der Hilfsmittelversorgung in der Politik und der Öffentlichkeit stärken. Davon können Sie letztlich in Ihrem Therapiealltag profitieren.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme und Ihre Unterstützung!

**\* 1. Sind Sie Schlafapnoe-Patient in aktiver PAP-Therapie (Überdrucktherapie mit Maske und Schlafapnoegerät)?:**

- Ja
- Nein, aber ich fülle den Fragebogen stellvertretend für einen Patienten aus.
- Nein

Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer  
Schlaf 2024

Beendigung der Umfrage

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Umfrage.

Leider können wir Ihre Teilnahme nicht berücksichtigen, da Sie kein Patient in aktiver Schlaftherapie sind.

Wir danken Ihnen dennoch herzlich für Ihre Zeit und Ihr Engagement.

# Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

## I. Angaben zur Person:

\* 2. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- Weiblich
- Männlich
- Divers
- keine Angabe

\* 3. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- Unter 20 Jahre
- 20 - 40 Jahre
- 41 - 60 Jahre
- 61 - 70 Jahre
- Über 70 Jahre

\* 4. In welcher Region Deutschlands befindet sich Ihr Wohnort?

- Nord (Hamburg, Bremen, Schleswig Holstein, Niedersachsen)
- Süd (Baden-Württemberg, Bayern)
- Ost (Berlin, Brandenburg, Meckl.-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen)
- West (NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland, Hessen)

\* 5. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

- Gesetzliche Krankenkasse (GKV)
- Private Krankenversicherung (PKV) / Beihilfe

\* 6. Wie lange nutzen Sie das Schlafapnoegerät?

Weniger als 6 Monate

6 - 12 Monate

1 - 2 Jahre

2 - 5 Jahre

Mehr als 5 Jahre

# Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

## II. Therapieverlauf

Bitte geben Sie uns im Folgenden Informationen zum Versorgungsweg sowie eine Einschätzung über Ihre Zufriedenheit.

### \* 7. Wie ist der Verdacht auf Schlafapnoe entstanden?

- Routineuntersuchung beim Hausarzt
- Gezieltes Aufsuchen eines Facharztes aufgrund von Beschwerden (z.B. Schnarchen, Schlafprobleme, Tagesmüdigkeit)
- Nach einem Notfall (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall) / stationäre Behandlung
- Hinweis durch soziales Umfeld (z.B. Familie, Freunde)
- Informationen der Krankenkasse
- Sonstiges (bitte angeben)

### \* 8. Wie lange hat es gedauert bis Sie von der ersten Vermutung einer Schlafapnoe (Arztbesuch) die Therapie begonnen haben?

- Bis 3 Monate
- 3 - 6 Monate
- 6 - 12 Monate
- 12 - 24 Monate
- Länger als 24 Monate

\* 9. Worauf haben Sie am längsten gewartet?

- Arzttermin
- Termin zur Erstdiagnose (Polygraphie)
- Termin im Schlaflabor (Polysomnographie)
- Genehmigung der Therapie
- Versorgung (Einweisung)

\* 10. Wie lange mussten Sie auf die Untersuchung im Schlaflabor warten?

- Weniger als 1 Monat
- 1 - 3 Monate
- 3 - 6 Monate
- 6 - 12 Monate
- 12 - 24 Monate
- Länger als 24 Monate

\* 11. Was hat Ihre Entscheidung für die Therapie maßgeblich beeinflusst?

- Gespräch mit Arzt
- Gespräch mit anderen Betroffenen (z.B. Selbsthilfegruppe)
- Gespräch mit Familie und Bekannten
- Informationen aus Broschüren oder dem Internet
- Die technische Ausstattung
- Mein Leidensdruck
- Sonstiges (bitte angeben)

\* 12. Wie haben Sie das Schlaflabor gefunden, in dem Sie waren?

- Empfehlung vom Hausarzt
- Empfehlung durch den Facharzt
- Empfehlung der Krankenkasse
- Empfehlung durch Freunde/Bekannte
- Eigene Recherche
- Teilnahme an Veranstaltungen einer Selbsthilfegruppe
- Sonstiges (bitte angeben)

\* 13. Was schätzen Sie an Ihrer Therapie am meisten?  
Wählen Sie die wichtigsten 3 Aspekte.

- Den Effekt wieder erholsam schlafen zu können ohne Tagesmüdigkeit
- Medizinischer Nutzen der Therapie
- Qualität der medizinischen Betreuung
- Qualität in der Betreuung durch den Hilfsmittelversorger
- Möglichkeit eine klassische Therapie mit digitaler Therapiebegleitung zu kombinieren
- Möglichkeit eine Versorgung zu Hause in Anspruch zu nehmen
- Leistungen meiner Krankenkasse
- Sonstiges (bitte angeben)

13a) Wo sehen Sie bezüglich Ihrer Therapie Verbesserungspotenzial:

\* 14. Haben Sie schon einmal über einen Therapieabbruch nachgedacht?

Ja

Nein



# Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

## II. Therapieverlauf

Bitte geben Sie uns im Folgenden Informationen zum Versorgungsweg sowie eine Einschätzung über Ihre Zufriedenheit.

\* 14a. Was sind die Gründe, weshalb Sie über einen Therapieabbruch nachgedacht haben?

- Mangelnde medizinische Betreuung
- Keine zeitnahe Termine beim Schlafmediziner
- Mangelnde Betreuung durch den Hilfsmittelversorger
- Komplizierte Handhabung von Maske und Gerät
- Fehlende Barrierefreiheit (z.B. bei der Gerätenutzung)
- fehlende Mobilität (z.B. Reisen)
- Mangelnder Schlafkomfort durch Maske und Gerät
- Eine eingeschränkte Lebensqualität (z.B. mangelnde Mobilität, Schlafqualität)
- Fehlende, digitale Angebote (z.B. Gesundheits-App, Telemonitoring)
- Sonstiges (bitte angeben)

# Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

## II. Therapieverlauf

Bitte geben Sie uns im Folgenden Informationen zum Versorgungsweg sowie eine Einschätzung über Ihre Zufriedenheit.

\* 15. Was hätte Ihnen in der Anfangsphase der Therapie den Therapieeinstieg erleichtert? Bitte nennen Sie die wichtigsten **3** Aspekte.

- Ein proaktiver Anruf meines Hilfsmittelversorgers
- Möglichkeiten zur Rücksprache per Videoberatung
- Ein persönlicher Termin beim Arzt
- Ein zeitnaher Termin beim Schlafmediziner
- Mehr Informationen zum Status der Therapie (z.B. App, Display)
- Austausch mit anderen Patienten
- Eine Wiederholung der Therapieeinweisung wäre für mich gut gewesen.
- Sonstiges (bitte angeben)

Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer  
Schlaf 2024  
III. Versorgungsqualität

**A. Mediziner**

\* 16. Wie wurde der Verdacht auf Schlafapnoe identifiziert?

- Mein Hausarzt hat sofort eine Schlafapnoe vermutet und mich an einen Facharzt überwiesen.
- Erst der Facharzt (z.B. Pneumologe, HNO-Arzt) hat den Verdacht geäußert und die Diagnose gestellt.

\* 17. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung durch Ihren Facharzt im Allgemeinen?

\* 18. Wie bewerten Sie ihren Facharzt im Hinblick auf die folgenden Aspekte?

	1 - gar nicht zufrieden	2	3	4	5 - sehr zufrieden
Ausführliche Information über die Erkrankung und mögliche Folgeerkrankungen zu Therapiebeginn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausführliche Vorbereitung auf die kommende Therapie und Nutzung von Maske und Gerät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umfang der medizinischen Betreuung/Kontrolle während der Therapie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitnaher Termin beim Facharzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erreichbarkeit meines Facharztes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 19. Über welche der folgenden Punkte sind Sie von Ihrem Arzt aufgeklärt worden?

- die Erkrankung
- die Ursachen
- die möglichen Folgen für Ihre Gesundheit
- die Entstehung von Folge-Erkrankungen
- die Auswirkung auf den Schlaf und die Wachheit tagsüber
- die verschiedenen Therapiemöglichkeiten
- Ich kann mich nicht erinnern über einen der genannten Punkte aufgeklärt worden zu sein.

\* 20. Über welche alternativen Therapieverfahren wurden Sie informiert?

- Unterkieferprotrusionsschienen
- Zungenmuskelschrittmacher
- Operationen im Rachen
- Gewichtsabnahme
- Lagetherapie
- Medikamente
- Rachenmuskeltraining
- Ich kann mich nicht daran erinnern, über weitere Therapiemöglichkeiten informiert worden zu sein.
- Sonstiges (bitte angeben)

# Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

## B. Hilfsmittelversorger

Im Folgenden würden wir Sie gerne um Ihre Einschätzung rund um die Versorgung durch Ihren Hilfsmittelversorger bitten. Ein Hilfsmittelversorger stellt die ambulante Versorgung und Betreuung von Patienten sicher.

\* 21. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung durch Ihren Hilfsmittelversorger?

\* 22. Wie zufrieden sind Sie mit dem Hilfsmittelversorger im Hinblick auf die Therapie

	1 - gar nicht zufrieden	2	3	4	5 - sehr zufrieden
Ausführliche Einweisung in die Nutzung von Maske und Gerät zu Therapiebeginn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicequalität der Erstversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnelligkeit und Effizienz der Erstversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreichbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachkompetenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hochwertige Qualität von Gerät und Maske.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innovative und neuwertige Technologien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 23. Wo fand die Therapie-Einweisung statt?

- Beim Hausarzt
- Beim Facharzt
- In der Klinik
- In der ambulanten Praxis
- In der Filiale des Hilfsmittelversorger
- Zu Hause
- Sonstiges (bitte angeben)

\* 24. Wo wünschen Sie sich die Therapie-Einweisung?

- Beim Hausarzt
- Beim Facharzt
- In der Klinik
- In der ambulanten Praxis
- Zu Hause
- In der Filiale des Hilfsmittelversorger
- Sonstiges (bitte angeben)

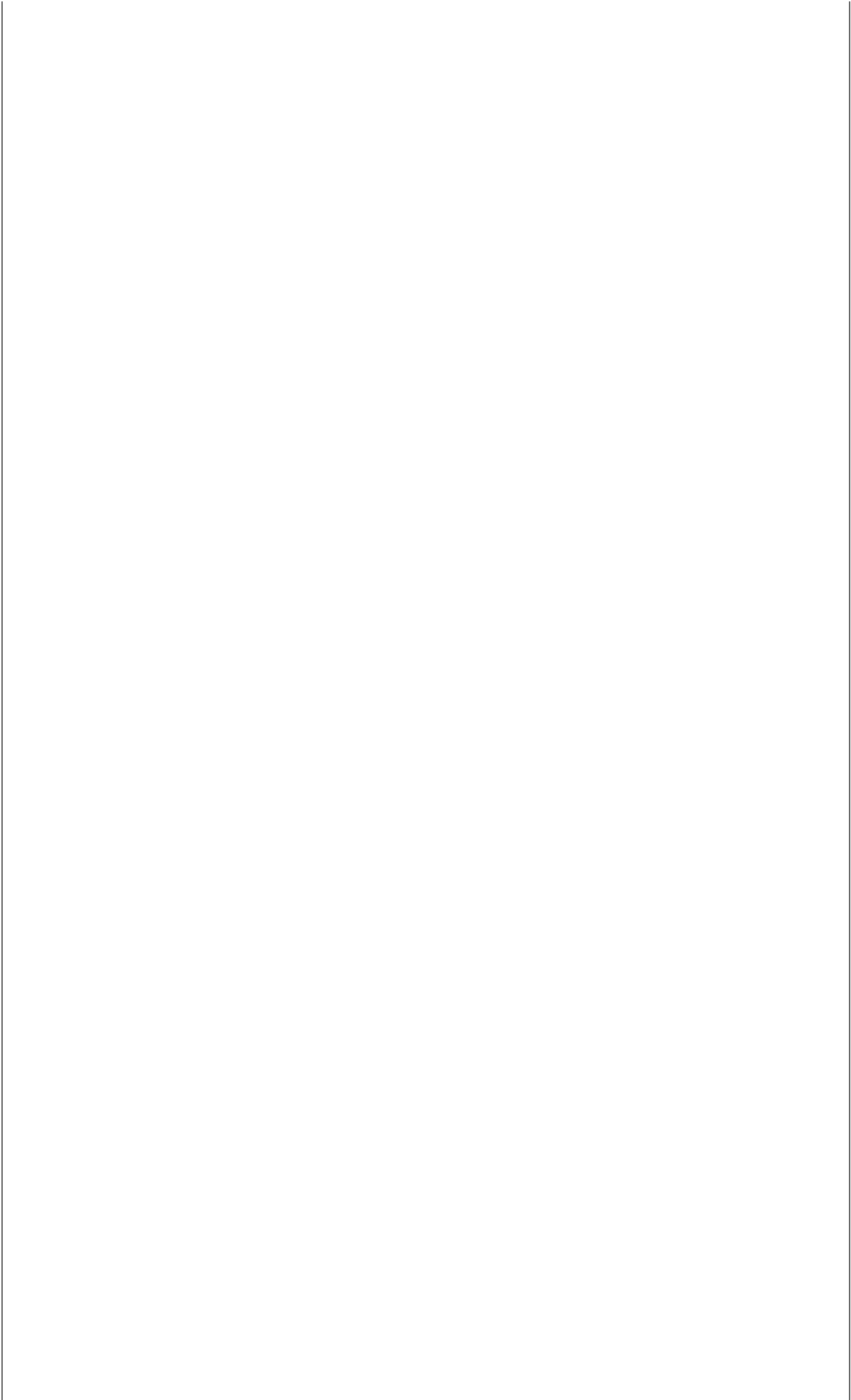
\* 25. Um den Therapieerfolg besser einschätzen zu können, bitten wir Sie um eine Einschätzung, welchen Aussagen Sie zustimmen können.

	1 - stimme gar nicht zu	2	3	4	5 - stimme sehr zu
Nach der Therapieeinweisung fühlte ich mich sicher im Umgang mit dem Therapieequipment (Gerät, Maske, Befeuchter, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde mir mehr Informationen vom Versorger wünschen (z.B. neue Produkte, Zubehör)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir mehr soziale Unterstützung (z.B. Kontakt zu Selbsthilfegruppen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir die Erprobung von Maske und Gerät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir eine kontinuierliche Therapiebegleitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir den Therapieerfolg besser einschätzen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Wunsch nach Therapiesicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 26. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Therapie-Equipment (Maske und Gerät)?

\* 27. Wären Sie bereit für Komfortprodukte, welche nicht von der Krankenkasse übernommen werden, (wie z.B. beheizbarer Schlauch, Reisezubehör) privat pro Jahr zu zahlen?

- Nein
- 50 - 100 EUR
- 100 - 200 EUR
- Über 200 EUR





# Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

## C. Krankenversicherungen

Im Folgenden würden wir gerne Ihre Einschätzung rund um die Betreuung durch ihre Krankenversicherung bitten:

\* 29. Inwiefern werden Sie aktiv von Ihrer Krankenversicherung in Ihrer Therapie unterstützt? Wählen Sie Zutreffendes aus:

- Unterstützung mit Zusatzleistungen (wie z.B. Reisezubehör)
- Informationsmaterial rund um die Therapie
- Zusätzliche Beratungsangebote
- Kursangebote
- Bonusangebote
- Präventionsprogramme bezüglich Schlafapnoe / Komorbiditäten
- Gesundheitsapps
- Keine Unterstützung
- Sonstiges (bitte angeben)

30. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung durch Ihre Krankenversicherung?

\* 31. Wie bewerten Sie die Zufriedenheit mit Ihrer Krankenkasse im Hinblick auf die folgenden Aspekte?

	1 - gar nicht zufrieden	2	3	4	5 - sehr zufrieden
Genehmigung von Gerät und Maske	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreichbarkeit meiner Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachkompetenz des Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit der Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsbereitschaft der Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zugang zu innovativen Technologien (z.B. Gesundheits-Apps, Telemonitoring)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer  
Schlaf 2024  
IV. Digitalisierung

\* 32. Nutzen Sie bereits Gesundheit-Apps?

Ja

Nein

Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer  
Schlaf 2024  
IV. Digitalisierung

\* 32a. Welche Gesundheits-App nutzen Sie?

- Apps, die auf die Messung und Überwachung von Gesundheitswerten spezialisiert sind
- Apps mit Ratschlägen zur Verbesserung der Gesundheit
- Apps zur Aufklärung von Laien zu medizinischen Informationen
- Apps mit medizinischen Informationen
- DiGAs (Digitale Gesundheitsanwendungen, erstattet)
- Smart-Watch
- Sonstiges (bitte angeben)

Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer  
Schlaf 2024  
IV. Digitalisierung

\* 33. Wie wichtig wäre Ihnen eine Digitale Begleitung der Therapie durch eine Gesundheits-App?

\* 34. Wie schätzen Sie den Mehrwert einer digitalen Therapiebegleitung ein?  
*Eine Digitale Therapiebegleitung...:*

	1 - stimme gar nicht zu	2	3	4	5 - stimme sehr zu
... bietet mir eine hohe Therapiesicherheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bietet mir eine bessere Fürsorge, da ich mich in meiner Therapie digital ‚begleitet fühle‘.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erhöht meine Lebensqualität.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ermöglicht mir mehr Unabhängigkeit/ein Gefühl der Mitbestimmung/‘etwas tun zu können‘.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zeigt mir den Therapiefortschritt an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erhöht meine Motivation, die Therapie fortzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... trägt zu einer verbesserten Versorgung bei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bietet mir bessere Kommunikation mit Arzt / Versorger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich benötige mehr Information um eine Einschätzung geben zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstiges (bitte angeben)

\* 35. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen mit einer Zustimmungsskala.

	1 - stimme gar nicht zu	2	3	4	5 - stimme sehr zu
Ich würde zur Unterstützung meiner Therapie telemedizinische Hilfe zur Überbrückung räumlicher und zeitlicher Distanz einsetzen wollen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir eine proaktive Betreuung (wie z.B. Anruf, Angebot von Coaching oder Besuch) auf Basis von telemonitorischer Begleitung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne subjektive Erfahrungen mit der Therapie teilen und ein Feedback für Verbesserungen erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne digitale Assistenten oder Videos nutzen, meine Therapie zu verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mir eine Beratung mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz vorstellen (z.B. Beratung mit Rundum-die-Uhr-Service)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde mir während der Therapie eine Überprüfung der Effektivität meiner Therapie wünschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das ausreichende Wissen Gesundheits-Apps zu nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu lernen wie man (neue) Apps nutzt, ist einfach für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Nutzung von Gesundheits-Apps verbessert meine Lebensqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wäre bereit für digitale Services zu zahlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche hinsichtlich Ihrer Versorgungssituation?

## Patientenumfrage Hilfsmittelversorgungs-Barometer Schlaf 2024

Sie haben die Umfrage erfolgreich abgeschlossen!  
Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,  
wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme an unserer  
Umfrage im Rahmen der aktiven Schlaftherapie. Ihre  
Rückmeldungen sind von großer Bedeutung für den Erfolg  
unserer Studie und helfen uns, die Therapie weiter zu  
verbessern.

Ergebnisse und weitere Informationen zur Studie werden  
demnächst unter folgendem Link, unter dem Stichwort  
"Publikationen" zum jeweiligen Projekt, veröffentlicht:  
[Hilfsmittelversorgung // SPECTARIS](#)

Für weitere Informationen oder bei Fragen stehen wir Ihnen  
gerne zur Verfügung.

Industrieverband SPECTARIS  
Werderscher Markt 15  
10117 Berlin