



Fragebogen zur Verwendung von Homöopathie

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage.

Sie helfen mit, objektive Erkenntnisse über die Verwendung von Homöopathie in der ambulanten Medizin zu gewinnen. Selbstverständlich werden sämtliche Antworten anonymisiert ausgewertet und die Publikationen der Ergebnisse wird keinerlei Rückschluss auf einzelne Teilnehmer zulassen.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Verwenden Sie bitte nur Kugelschreiber (keinen Bleistift).
- Kreuzen Sie die Kästchen deutlich an:
- Bei versehentlicher Falschwahl füllen Sie bitte das entsprechende Kästchen ganz aus und kreuzen Ihre Auswahl erneut an:

Erfahrung mit Homöopathika

1. Haben sie in den letzten 12 Monaten Homöopathika selbst rezeptiert oder selbst abgegeben?

Ja Nein

2. Haben sie in den letzten 12 Monaten Patienten zu homöopathischen Behandlungen bei jemand anders überwiesen?

Ja Nein → Haben Sie Frage 1 UND 2 mit NEIN beantwortet? Dann weiter mit Frage 9

3. Führen Sie Homöopathika in Ihrer Praxisapotheke?

Ja Nein

4. Stellen Sie selber Homöopathika her?

Ja Nein

5. Wieviel Prozent Ihrer Patienten haben von Ihnen mindestens einmal ein Homöopathikum verschrieben bekommen?

_____ %

6. In welcher Zubereitung verschreiben Sie Homöopathika überwiegend?

- Überwiegend Einzelmittel in potenziert Form
 Überwiegend Komplexmittel
 Für meine Nutzungsweise spielt die Differenzierung der Zubereitung keine Rolle

7. Wie gehen Sie bei der Arzneimittelfindung vor?

- Ich behandle überwiegend nach bewährten Indikationen
 Ich behandle überwiegend nach vorhergehender Anamnese, Hierarchisation der Symptome und Repertorisation
 Für meine Arzneimittelfindung spielen diese Methoden keine Rolle

8. Behandeln Sie unter Berücksichtigung von chronischen Krankheiten im homöopathischen Sinne (Miasmen)?

- Ja Nein Ich weiss nicht, was es mit Miasmen auf sich hat

9. Haben Sie Erfahrungen gemacht, bei denen Sie die Wirksamkeit von homöopathischen Behandlungen selbst beobachtet haben?

- Ja Nein

10. Wie erklären Sie sich die Wirkung von Homöopathie?

Mit...	Überhaupt nicht	Gering	Teils,teils	Hauptsächlich	Ausschliesslich
Ähnlichkeitsprinzip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis von Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kybernetisches Modell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaostheorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantenphysikalische Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placeboeffekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkung der Arzt-Patienten-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfüllung der Erwartung der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertragung und Gegenübertragung zwischen Patient und Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Erklärung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Beurteilung von Anwendungsgebieten

11. Welche Anwendungsgebiete von Homöopathie heissen Sie gut (unabhängig davon, ob Sie in diesen Situationen selber Homöopathika verschreiben würden)?

<u>Erstlinientherapie</u> anstelle schulmedizinischer Behandlung					
	Lehne ich vollständig ab	Lehne ich eher ab	Teils, teils	Heisse ich eher gut	Heisse ich vollständig gut
- prinzipiell in allen Fällen möglich, nach Ausschluss eines akut gefährlichen, schulmedizinisch abwendbaren Verlaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei schulmedizinisch nicht kausal behandelbaren, unspezifischen, funktionellen Symptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei selbstlimitierenden Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei schlechtem Nutzen-/Nebenwirkungsverhältnis schulmedizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anderer Fall: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Ergänzungstherapie</u> neben schulmedizinischer Behandlung					
	Lehne ich vollständig ab	Lehne ich eher ab	Teils, teils	Heisse ich eher gut	Heisse ich vollständig gut
- bei komplexen Leiden, deren Symptome durch die schulmedizinischen Behandlungen nur unzureichend behandelbar sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Verhinderung der Gestaltwandlung von Krankheit bei ihrer oberflächlichen Verdrängung durch eine schulmedizinische Lokalbehandlung (Metaschematismus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei selbstlimitierenden Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- um Nebenwirkungen der schulmedizinischen Behandlungen zu mindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- um die Selbstheilungskräfte bei Verletzungen zu stärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anderer Fall: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Welche Argumente sprechen in Ihren Augen für die Anwendung von Homöopathie?

Homöopathie...	Lehne ich vollständig ab	Lehne ich eher ab	Weder noch	Stimme ich eher zu	Stimme ich vollständig zu
...bietet in vielen Fällen vergleichbare oder bessere Wirkung als konventionelle Medikamente bei weniger Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bietet wirksame Behandlungen, wo schulmedizinische Konzepte an ihre Grenzen stossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bietet die Möglichkeit, die Erwartungen der Patienten nach Behandlung zu erfüllen, ohne sie unnötigen Nebenwirkungen auszusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bietet eine Möglichkeit, sich Placeboeffekte zu Nutzen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres Argument: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres Argument: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung der Studienlage

13. Denken Sie, es braucht noch mehr Forschung über Homöopathie?

Ja Nein

14. Wie beurteilen sie die aktuelle Studienlage zur Wirksamkeit von Homöopathie?

Die Wirksamkeit...

- ...wurde vollständig widerlegt
- ...wurde eher widerlegt
- ...ist unklar, die Studienlage widersprüchlich
- ...wurde eher bewiesen
- ...wurde vollständig bewiesen

Patienten

15. Von wieviel Prozent Ihrer Patienten werden Sie von selbst auf Homöopathika angesprochen?

_____ %

16. Bei wieviel Prozent Ihrer Patienten bestehen aus Ihrer Sicht schulmedizinisch nicht befriedigend therapierbare Leiden?

_____ %

Ihre Angaben

17. Geschlecht: weiblich männlich

18. Jahr Ihrer Geburt: 19_____

19. Wo sind Sie hauptsächlich tätig?

- Einzelpraxis
 Gruppenpraxis (mit mind. 1 weiteren Arzt/Ärztin)
 Poliklinik/Notfallstation im Spital
 stationär im Spital

20. Welche Facharzttitle tragen Sie?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Innere Medizin/
Innere Medizin/Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Onkologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Ophthalmologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie u. Venerologie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie u. Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Rheumatologie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie u. Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt |

21. Welche Aussage über den Fähigkeitsausweis Homöopathie trifft für Sie zu?

- Ich trage den Fähigkeitsausweis Homöopathie bereits
 Ich befinde mich in der Weiterbildung zum Erwerb des Fähigkeitsausweises Homöopathie
 Ich plane den Fähigkeitsausweis Homöopathie später zu erwerben
 Ich plane nicht den Fähigkeitsausweis Homöopathie zu erwerben

22. Wieviele Stunden arbeiten Sie pro Woche mit Patienten?

_____ Std./Woche

23. Wieviele Patienten behandeln Sie in einer typischen Arbeitswoche?

_____ Patienten

24. Per Ende 2017 endet in der Schweiz die Übergangsperiode, in der Homöopathika von der Grundversicherung vergütet werden können.

Würden Sie einer Verlängerung der Kostenübernahme zustimmen?

- Nein, ich bin vollständig dagegen
 Nein, ich bin eher dagegen
 Ich weiss es nicht
 Ja, ich stimme eher zu
 Ja, ich stimme vollständig zu

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!