



## Insomnien und deren Behandlung in der Hausarztpraxis

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

PD Dr. Falk Hoffmann

Universität Bremen, ZeS

Postfach 33 04 40

28334 Bremen

Telefon: 0421 218-58561, E-Mail: hoffmann@zes.uni-bremen.de



- 1 Ein- oder Durchschlafstörungen sowie frühzeitiges Erwachen (Insomnien) können für Betroffene mit erheblichen Beeinträchtigungen verbunden sein. Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu: „Bei Insomnien ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt der erste Ansprechpartner.“**

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu

Weiß nicht

- 2 Wie häufig setzen Sie bei Insomnien folgende Interventionen ein bzw. veranlassen diese?**

	nie	0	1	2	3	4	5	immer
a) Benzodiazepine.....	0	1	2	3	4	5	6	
b) Z-Drugs (Zolpidem, Zopiclon).....	0	1	2	3	4	5	6	
c) Niedrigpotente Neuroleptika.....	0	1	2	3	4	5	6	
d) Antihistaminika.....	0	1	2	3	4	5	6	
e) Sedierende Antidepressiva.....	0	1	2	3	4	5	6	
f) Beratung zur Schlafhygiene.....	0	1	2	3	4	5	6	
g) Entspannungstechniken.....	0	1	2	3	4	5	6	
h) Psychotherapie.....	0	1	2	3	4	5	6	

- 3 Grob geschätzt, wie lange müssen Ihre Patientinnen und Patienten (z.B. mit Insomnien) auf einen Ersttermin zur Psychotherapie warten?**

Etwa \_\_\_\_\_ Woche(n)

- 4 Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit von Benzodiazepinen in Bezug auf folgende Punkte?**

	sehr gering/ nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark
a) Verkürzung der Einschlafzeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Weniger nächtliches Erwachen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verlängerte Gesamtschlafdauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sich nach dem Aufwachen erholt fühlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Verbesserte Leistungsfähigkeit am Tag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5 Bitte bewerten Sie folgende unerwünschte Wirkungen von Benzodiazepinen nach ihrer Häufigkeit.**

	sehr selten/ nie	selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig/ immer
a) Toleranzentwicklung im Sinne eines Wirkverlusts.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Entzugerscheinungen nach dem Absetzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verlangen nach der Substanz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verwirrheitszustände.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Stürze.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6 Wie schätzen Sie insgesamt das Nutzen-Schaden-Verhältnis von Benzodiazepinen ein?**

	Nutzen überwiegt deutlich	Nutzen überwiegt	Nutzen und Schaden wiegen sich auf	Schaden überwiegt	Schaden überwiegt deutlich
a) Bei Jüngeren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bei Älteren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE WENDEN!

**7 Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit von Zolpidem und Zopiclon in Bezug auf folgende Punkte?**

	sehr gering/ nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark
a) Verkürzung der Einschlafzeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Weniger nächtliches Erwachen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verlängerte Gesamtschlafdauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sich nach dem Aufwachen erholt fühlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Verbesserte Leistungsfähigkeit am Tag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8 Bitte bewerten Sie folgende unerwünschte Wirkungen von Zolpidem und Zopiclon nach ihrer Häufigkeit.**

	sehr selten/ nie	selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig/ immer
a) Toleranzentwicklung im Sinne eines Wirkverlusts.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Entzugserscheinungen nach dem Absetzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verlangen nach der Substanz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verwirrheitszustände.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Stürze.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9 Wie schätzen Sie insgesamt das Nutzen-Schaden-Verhältnis von Zolpidem und Zopiclon ein?**

	Nutzen überwiegt deutlich	Nutzen überwiegt	Nutzen und Schaden wiegen sich auf	Schaden überwiegt	Schaden überwiegt deutlich
a) Bei Jüngeren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bei Älteren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10 Manchmal werden Schlafmittel (Benzodiazepine, Zolpidem und Zopiclon) auch für gesetzlich Versicherte auf Privatrezepten verordnet. Welche Relevanz haben folgende Gründe für das Ausstellen solcher Privatrezepte?**

	keine Relevanz						sehr hohe Relevanz
	0	1	2	3	4	5	6
a) Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wunschverordnung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nichterscheinen in Kassendaten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kritische Einstellung zur Verordnung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Entlastung des Praxisbudgets.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Was denken Sie, welche gesetzlich Versicherten erhalten für Schlafmittel häufiger Privatrezepte statt Kassenrezepte? Häufiger...**

a) <input type="checkbox"/> Jüngere	<input type="checkbox"/> Ältere	<input type="checkbox"/> kein Unterschied
b) <input type="checkbox"/> Frauen	<input type="checkbox"/> Männer	<input type="checkbox"/> kein Unterschied
c) <input type="checkbox"/> Patienten mit Langzeitgebrauch	<input type="checkbox"/> Patienten mit kürzerer Therapiedauer	<input type="checkbox"/> kein Unterschied
d) <input type="checkbox"/> Bei Therapiebeginn im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Bei Therapiebeginn im ambulanten Bereich	<input type="checkbox"/> kein Unterschied

**12 Abschließend haben wir noch einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person.**

a) Wie alt sind Sie? _____ Jahre	b) Ihr Geschlecht? <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	c) In welchem Bundesland arbeiten Sie? _____
d) Niedergelassen seit... _____ Jahr(en)	e) Art der Praxis <input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft
		<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

FALLS SIE UNS NOCH ETWAS MITTEILEN MÖCHTEN, FINDEN SIE HIER GELEGENHEIT DAZU (BITTE VERWENDEN SIE GEGEBENENFALLS EIN ZUSATZBLATT).