

DETECT-Vorstudie

Praxiserhebungsbogen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

dieser Fragebogen soll uns – in Vorbereitung der eigentlichen DETECT-Hauptstudie im September – einige Basisinformationen über Ihre Praxis, Ihre Patienten sowie Ihre diagnostischen und therapeutischen Schwerpunkte geben. Von besonderem Interesse ist dabei der erste Teil, der uns helfen soll, den Ablauf der Studie besser auf Ihre speziellen Wünsche und Umstände abzustimmen.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Mit herzlichem Dank für Ihre Bereitschaft und in Vorfreude auf unsere gemeinsame Studie

Prof. Dr. H.-U. Wittchen und das DETECT-Team

Erklärung zum Datenschutz

Ihre Angaben behandeln wir natürlich vertraulich, die Daten werden bei der Eingabe anonymisiert! Haben Sie den Wunsch, dass auch die Mitarbeiter der Firma Pfizer, die Sie bei der Studie unterstützen, keine Einsicht nehmen können? Dann bitten wir Sie, den ausgefüllten Bogen in einem Umschlag verschlossen an den Außendienstmitarbeiter zu übergeben oder direkt an uns zu senden (Adresse: TU Dresden, Institut für Psychologie und Psychotherapie, DETECT-Projekt, Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden). Den Umschlag erhalten Sie bei den Außendienstmitarbeitern. Ihre praxisbezogenen und klinisch-therapeutischen Angaben werden verschlüsselt und anonymisiert ausgewertet. Ihre persönlichen Angaben sind somit keinem Dritten zugänglich. Die Auswertung dient ausschließlich der Beantwortung der wissenschaftlichen Projektziele bzw. der optimalen Planung der Hauptstudiendurchführung.

Fragen zur optimierten Durchführung der DETECT-Studie in Ihrer Praxis:

Die Beantwortung der folgenden Fragen soll uns helfen, die Durchführung der DETECT-Studie besser an Ihre persönlichen Bedürfnisse und Praxismöglichkeiten anzupassen und diejenigen Praxen und Ärzte auszuwählen, die Interesse haben, sich an der vertiefenden Nachuntersuchung zu beteiligen.

I. Die DETECT-Hauptstudie kann alternativ am 16. oder 18. September 2003 – entweder vormittags oder nachmittags – durchgeführt werden. Welchen der möglichen Termine bevorzugen Sie? (Mehrfachangaben möglich!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dienstag vormittags (ca. 7–13 Uhr) | <input type="checkbox"/> Donnerstag vormittags (ca. 7–13 Uhr) |
| <input type="checkbox"/> Dienstag nachmittags (ca. 13–18 Uhr) | <input type="checkbox"/> Donnerstag nachmittags (ca. 13–18 Uhr) |

II. Für die DETECT-Zusatzuntersuchung suchen wir bis zu 1.000 Studienärzte, die mit entsprechender Vergütung zusätzlich zur Fragebogenerhebung am Stichtag eine Nüchtern-Blutentnahme an etwa 10 Patienten durchführen und diese Patienten nach 12 Monaten nachuntersuchen. Sämtliche Kosten für Material, Versand und Auswertung werden von unserer Seite getragen. Die Ergebnisrückmeldung mit Risikoscore-Auswertungen erhalten Sie als Service innerhalb von max. 10 Tagen zurückgemeldet!

Wären Sie (unverbindlich) bereit, an dieser Zusatzstudie teilzunehmen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein (→ weiter zu A.1.) |
| <input type="checkbox"/> ja – aber ich brauche noch mehr Informationen | |

III. In der DETECT-Zusatzuntersuchung werden Ihnen von uns zum Zeitpunkt der Hauptstudie, wie auch nach 12 Monaten für die Nachuntersuchung Labormaterialien der Firma Saarstedt zur Verfügung gestellt. Wäre es Ihnen möglich, diese für die Untersuchung zu verwenden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, ich brauche Röhrchen der Firma |
| <input type="checkbox"/> vielleicht, aber ich möchte dies genauer abklären, bitte nehmen Sie Kontakt mit mir auf | |

IV. Die Patienten sollten außerdem idealerweise nüchtern untersucht werden. Aus diesem Grund wäre es notwendig, sich am Studientag vormittags zu beteiligen oder die Patienten nochmals nüchtern einzubestellen. Wäre es Ihnen möglich, unter dieser Bedingung teilzunehmen?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

V. Zur Optimierung der Laborauswertung wäre es wertvoll,

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Bauch- und Hüftumfang (Waist-Hip-Ratio) zu messen. Ist dies aus Ihrer Sicht realisierbar? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) zusätzlich eine Urinprobe zu nehmen. Ist dies realisierbar? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

A. Arzt- und Praxisinformationen

1. Alter

2. Geschlecht

männlich

weiblich

3. Ihre Praxis liegt in:

einer Großstadt
(>100.000 Einwohner)

einer Kleinstadt
(15.000 – 100.000 Einwohner)

einem ländlichen Gebiet
(< 15.000 Einwohner)

4. Ihre Fachrichtung ist:

Allgemeinarzt

Praktischer Arzt

Internist

andere

5. Führen Sie eine Schwerpunktbezeichnung? Wenn ja, welche?

keine (→ weiter zu 6.)

Kardiologie

Gastroenterologie

Hämatologie

Angiologie

Pneumologie

Endokrinologie

Rheumatologie

Nephrologe

andere

noch in Ausbildung als

6. Haben Sie sich im Sinne einer Schwerpunktpraxis spezialisiert?

nein (→ weiter zu 7.)

ja, und zwar für:

Diabetes

kardiovaskuläre Erkrankungen

andere? Welche:

7. Seit wie vielen Jahren sind Sie als niedergelassener Arzt tätig?

seit Jahren

8. Wie viele Jahre haben Sie nach Ihrer Approbation einschlägig (Innere Medizin, Kardiologie, Endokrinologie etc.) im Krankenhaus gearbeitet?

Insgesamt Jahre

9. Wie ist Ihre Einstellung zu Disease Management Programmen oder entsprechenden Modellversuchen für a) Diabetes und b) andere Indikationen (z.B. Brustkrebs, Asthma)?

	a) Diabetes	b) andere Indikationen, und zwar:
Ich habe bereits an Modellversuchen teilgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin definitiv entschlossen, mich zu beteiligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin interessiert, aber noch nicht ausreichend informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin am Thema DMP nicht interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin definitiv ablehnend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig (ca. 1 Mal im Monat) an anerkannten Qualitätssicherungsmaßnahmen teilgenommen?

nein (→ weiter zu 11.)

ja, und zwar:

Qualitätszirkel der KV oder Ärzteverbände

andere Arbeitsgruppen zur Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien

andere? Welche:

11. Orientieren Sie sich an Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Diabetes mellitus, Hypertonie, Lipidstoffwechselstörungen, KHK?

- nein (→ weiter zu 12.)
- ja, und zwar (Bitte geben Sie den Titel der Leitlinie oder die herausgebende Fachgesellschaft an):

1 3

2 4

12. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Weiterbildungen oder Seminare (je mind. 2 Stunden Dauer) zu den folgenden Themenschwerpunkten besucht?

- nicht an Weiterbildungen teilgenommen (→ weiter zu 13.)

Weiterbildungen insgesamt Anzahl der Veranstaltungen
zu den Themen 1–10 teilgenommen, davon: zu den einzelnen Themen

1. Schlaganfall, Transitorische ischämische Attacken (TIA), Karotisstenose	<input type="text"/>
2. Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (AVK)	<input type="text"/>
3. Koronare Herzkrankheit (KHK)/ Infarkt, Angina Pectoris	<input type="text"/>
4. Diabetes	<input type="text"/>
5. Hypertonie	<input type="text"/>
6. Lipidstoffwechsel	<input type="text"/>
7. Adipositas/ metabolisches Syndrom	<input type="text"/>
8. Depression und andere psychische Störungen	<input type="text"/>
9. Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="text"/>
10. andere	<input type="text"/>

13. In welchen der folgenden Indikations- und Beurteilungsaspekte sehen Sie für sich persönlich die Notwendigkeit einer Wissens- und Kompetenzerweiterung?

	Früherkennung, inkl. Risikofaktoren	Differential- diagnose	medikamentöse Therapie	nicht- medikamentöse Therapie
KHK/ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIA/ Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas/ metabolisches Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ psych. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Patienten

14. Wie viele Patienten sehen Sie persönlich durchschnittlich pro Tag und pro Woche?

_____ Patienten pro Tag

_____ Patienten pro Woche

Ich habe pro Patient im Mittel _____ Minuten Zeit.

Meine durchschnittliche Arbeitszeit (direkte patientenbezogene Aufgaben einschl. Hausbesuche) beträgt

_____ Stunden pro Woche.

15. Bitte schätzen Sie nun ein, wie viele Ihrer aktuellen Patienten/ Tag folgende Diagnosen/ Syndrome aufweisen (Bitte geben Sie dabei nicht nur Haupt-, sondern auch Mehrfachdiagnosen an).

Von meinen Patienten/ Tag haben:

_____ atherosklerotische Erkrankungen, davon haben:

_____ Schlaganfall, TIA, Karotisstenose

_____ KHK, Infarkt, Angina pectoris

_____ AVK

_____ Diabetes Typ 1

_____ Diabetes Typ 2

_____ Hypertonie

_____ Lipidstoffwechselstörungen

_____ Depression und andere psychische Störungen

C. Früherkennung

16. Zur Früherkennung von noch nicht manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, KHK und anderen atherosklerotischen Krankheiten) werden regelmäßige (zumeist jährliche) Maßnahmen diskutiert.

Welche der folgenden Maßnahmen setzen Sie routinemäßig (d.h. bei allen Patienten, mind. einmal jährlich und unabhängig vom Konsultationsanlass) ein? Wenn routinemäßig, geben Sie bitte an, ab welchem Alter.

	routinemäßig, ab Alter:	nur bei klinischem Hinweis
Blutdruckkontrolle	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Nüchtern-Blutzucker	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Glukosetoleranztest (OGTT)	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Blutbild	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Lipide Gesamt-Cholesterin	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
HDL	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
LDL	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Triglyzeride	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Serum	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Urin (Streifentest/ Sediment)	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
andere? Welche:	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Erfragen von		
Rauchstatus	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Gewicht/ Ernährung	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Bewegung/ sportliche Aktivität	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Familiäre Vorbelastung (z.B. KHK)	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
Stressbelastung	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>
andere? Welche:	<input type="checkbox"/> → _____	<input type="checkbox"/>

17. a) Sind Ihnen die folgenden Parameter/ Scores zur Risikostratifizierung von Patienten hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt?

b) Wenn ja, wie häufig setzen Sie diese ein?

	a) nicht bekannt	b) Wenn bekannt, wie häufig setzen Sie diese ein?		
		häufig	gelegentlich	nie
Homocystein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipoprotein (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-reaktives Protein (CRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Framingham-Score	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROCAM-Score	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYDRA-Index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Welche der folgenden präventiven, nicht-medikamentösen Angebote bieten Sie den Risikopatienten in Ihrer Praxis oder in Zusammenarbeit mit Kollegen an?

	ja, in meiner Praxis	nur in Zusammenarbeit mit anderen (Überweisung)
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsschulung/ -training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochdruckschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining/ Stressbewältigungskurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austeilen von Ratgebern und Patiententagebüchern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Diagnostik und Therapie

19. Mit welcher Häufigkeit setzen Sie die folgenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der Praxis ein? Beziehen Sie sich dabei auf Patienten mit Hypertonie, Diabetes bzw. KHK und anderen artherosklerotischen Erkrankungen.

	Häufigkeit pro Woche	nicht eingesetzt
Glukosetoleranztest (OGTT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroalbumin im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinschnelltest mit Teststreifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinstatus (pH, Aceton, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HbA _{1c}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin i. S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-Peptid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbild/ Enzyme (GOT/AST, GPT/ALT, γ -GT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipide Gesamt-Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triglyzeride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipoprotein (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homocystein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-reaktives Protein (CRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruckkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenaufzeichnungen (z.B. BZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung an Konsiliarärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. a) Welche der folgenden apparativen diagnostischen Maßnahmen sind in Ihrer Praxis zur Diagnostik von Herz-Kreislauf-Erkrankungen etabliert?
b) Wie häufig setzen Sie diese ggf. ein?**

	a) etabliert in Praxis		b) Häufigkeit pro Woche
Langzeitblutdruckmessung	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
EKG	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Belastungs-EKG	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Langzeit-EKG	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Doppler/ Duplex-Untersuchung	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Herzchokardiographie	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Röntgen (Thorax)	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
andere	ja <input type="checkbox"/>	→	_____

21. Welche Zielwerte streben Sie bei der Diabetes-Therapie an?

	unter 60 Jahren	ab 60 Jahren
HbA _{1c}	____, ____ %	____, ____ %
Nüchtern-Glukose	____, ____ mg/dl	____, ____ mg/dl
oder	_____ mmol/l	_____ mmol/l

Gibt es Patientengruppen, bei denen Sie speziell andere Zielwerte verfolgen?

nein (→ weiter zu 22.)

ja, und zwar (Zielgruppe)

Nüchtern-Glukose _____ mg/dl

oder _____ mmol/l

HbA_{1c} _____ %

22. Welche Blutdruck-Zielwerte (mmHg) streben Sie bei Patienten mit Hypertonie an?

	unter 60 Jahren		ab 60 Jahren	
	systol.	diastol.	systol.	diastol.
Hypertonie	____/____	____/____	____/____	____/____
Hypertonie und Diabetes	____/____	____/____	____/____	____/____
Hypertonie bei nachgewiesener atherosklerotischer Erkrankung	____/____	____/____	____/____	____/____
Hypertonie und Nephropathie	____/____	____/____	____/____	____/____

Gibt es Patientengruppen, bei denen Sie speziell andere Zielwerte verfolgen?

nein (→ weiter mit 23.)

ja, und zwar bei (Zielgruppe)

Blutdruck _____ / _____ mmHg
systol. diastol.

23. Welche Lipid-Zielwerte (mg/dl) streben Sie an bei Patienten mit ... ? Bitte geben Sie nur die Zielwerte an, die Sie tatsächlich häufig zur Therapieplanung heranziehen!

		unter 60 Jahren	ab 60 Jahren
Patienten mit manifesten atherosklerotischen Erkrankungen (KHK, Schlaganfall, AVK)	HDL	_____	_____
	LDL	_____	_____
	Gesamt-Cholesterin	_____	_____
	Triglyzeride	_____	_____
Patienten ohne manifeste atherosklerotische Erkrankungen, aber mit mehreren bekannten Risikofaktoren	HDL	_____	_____
	LDL	_____	_____
	Gesamt-Cholesterin	_____	_____
	Triglyzeride	_____	_____
Patienten mit Diabetes mellitus	HDL	_____	_____
	LDL	_____	_____
	Gesamt-Cholesterin	_____	_____
	Triglyzeride	_____	_____

Gibt es Patientengruppen, bei denen Sie speziell andere Zielwerte verfolgen?

nein (→ weiter mit 24.)

ja, und zwar (Zielgruppe)

HDL _____ mg/dl

LDL _____ mg/dl

Gesamt-Cholesterin _____ mg/dl

Triglyzeride _____ mg/dl

**24. a) Welche der folgenden nicht-medikamentösen Verfahren setzen Sie bei Patienten mit Hypertonie, Diabetes bzw. KHK und anderen atherosklerotischen Erkrankungen ein (Mehrfachnennungen möglich)?
b) In welchem Umfang bieten Sie diese an?**

	a) setze ich ein		b) Stunden/ Woche	
Ernährungsberatung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Ernährungsschulung/ -training	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Raucherentwöhnung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Diabetikerschulung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Hochdruckschulung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Entspannungstraining/ Stressbewältigungskurse	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Austeilen von Ratgebern und Patiententagebüchern	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
Psychotherapie	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
andere	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____

Bieten Sie bei dieser Patientengruppe Leistungen aus der IGeL-Liste an?

nein (→ weiter mit 25.)

ja und zwar durchschnittlichStunden/ Woche

Welche bevorzugt:

.....

.....

.....

.....

25. a) Welche der folgenden Medikamente setzen Sie bei Patienten mit Hypertonie ein?

- b) Bei welchem Anteil dieser Patienten?**
c) Welche Kombination bevorzugen Sie?

	a) setze ich ein		b) bei X % der Hypertoniker	
1 Diuretika	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
2 Kalziumantagonisten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
3 Beta-Blocker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
4 ACE-Hemmer	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
5 AT1-Rezeptorenblocker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
6 zentralwirksame Antihypertensiva	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
7 andere	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____

c) meine bevorzugte Kombination ist: Nr. _____ +

26. a) Welche der folgenden Medikamente setzen Sie bei Patienten mit Diabetes mellitus ein?

- b) Bei welchem Anteil dieser Patienten?**
c) Welche Kombination bevorzugen Sie?

	a) setze ich ein		b) bei X % der Diabetiker	
1 Insulin	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
2 Sulfonylharnstoffe	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
3 Metformin	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
4 Glukosidasehemmer	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
5 Glitazone	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
6 Glinide	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
7 andere	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____

c) meine bevorzugte Kombination ist: Nr. _____ +

27. a) Welche der folgenden Medikamente setzen Sie zur lipidsenkenden Therapie ein?

- b) Bei welchem Anteil dieser Patienten?**
c) Welche Kombination bevorzugen Sie?

	a) setze ich ein		b) bei X % dieser Patienten	
1 Statine (CSE Hemmer = HMG-CoA-Reduktasehemmer)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
2 enterale Cholesterinabsorptionshemmer	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
3 Fibrate	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
4 Anionenaustauscherharze	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
5 Nikotinsäurederivate	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____
6 andere	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	→	_____

c) meine bevorzugte Kombination ist: Nr. _____ +

28. a) Welche Medikamentengruppen setzen Sie zur Sekundärprophylaxe nach Infarkt ein?

- b) Welche Kombination bevorzugen Sie?**

	a) setze ich ein	
1 Betablocker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
2 Thrombozytenaggregationshemmer	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
3 Statine	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4 ACE-Hemmer	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5 AT-1 Rezeptorenblocker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6 andere	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

b) meine bevorzugte Kombination ist: _____ + _____ + _____ +

29. In welchem Ausmaß stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	voll	teilweise	gar nicht
Lipidstoffwechselstörungen spielen im Praxisalltag eine große Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine standardmäßige Testung der Lipidwerte halte ich für sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die standardmäßige Testung der Lipidwerte wird durch die eingeschränkte Abrechenbarkeit dieser Leistung verhindert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Untersuchung der Lipidwerte nehme ich nur bei Vorliegen von Risikofaktoren oder einer manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankung vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidstoffwechselstörungen lassen sich medikamentös gut beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lipid-Zielwerte der Fachgesellschaften sind in der Praxis schlecht zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der medikamentösen Behandlung von Lipidstoffwechselstörungen ist die Compliance ein großes Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidstoffwechselstörungen lassen sich nicht-medikamentös gut beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Ernährungsumstellung ist in der Patientencompliance das größte Problem zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht-medikamentöse Interventionen werden zu schlecht vergütet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wir bedanken uns herzlich
für Ihre Mitarbeit !**

Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
– DETECT-Projekt –

Chemnitzer Straße 46
01187 Dresden

