

Honig bei Heuschnupfen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

seit Jahren bewegt die Frage, ob sich Honig günstig auf Heuschnupfen (allergische Rhinokonjunktivitis) auswirkt, die Gemüter. Aussagekräftige Untersuchungen zu diesem Thema liegen nicht vor. Als eine Initiative von Imkern sollen Fälle gesammelt werden, bei denen Honig mit dem Ziel einer Beschwerdebesserung bei Heuschnupfen eingesetzt wurde. Die Fälle sollen dann ausgewertet werden, um ggf. zukünftig bessere Aussagen zur „Honigtherapie“ machen zu können. Wenn Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte zurück an

Prof. Dr. Karsten Münstedt,
Universitätsklinikum Marburg und Giessen
Klinikstrasse 32
35385 Gießen
oder faxen Sie diesen vollständig an die Nummer (0641) 9945139.

Name (freiwillige Angabe für Rückfragen):	Datum:
Geburtsdatum:	Adresse (freiwillige Angabe für Rückfragen):

1. Seit wann leiden Sie unter Heuschnupfen? _____

2. Wurde untersucht, auf welche Stoffe Sie bei Heuschnupfen allergisch reagieren?
 nein ja

Wenn ja, gegen welche?

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

3. Leiden Sie auch unter Neurodermitis? nein ja

Honig-Rhinokonjunktivitis-Fragebogen

4. Leiden Sie auch unter anderen Allergien? nein ja

Wenn ja, gegen welche?

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

5. Welche (Sorten-)Bezeichnung trägt der Honig, den Sie für die Behandlung des Heuschnupfens verwenden?

6. In welchem Monat wird er geerntet? _____

7. Wie weit wohnen Sie vom Imker, der den Honig erntet, entfernt? _____ km

8. Seit wann wenden Sie Honig gegen Heuschnupfen an?

_____ Jahre

9. Wie dosieren Sie den Honig? (z.B. 3 x 1 Essl. Honig pro Tag; g/Tag)

10. Nehmen Sie den Honig während des ganzen Jahres? nein ja
falls Sie nein angekreuzt haben, bitte beschreiben Sie, wann Sie mit der Honigtherapie beginnen und wann Sie diese beenden

Beginn: _____ Ende: _____

11. Wie viel Honig verbrauchen **Sie persönlich** für die Behandlung des Heuschnupfens? _____ kg/Jahr

12. Wie viel Honig verbrauchen Sie persönlich unabhängig vom Heuschnupfen? _____ kg/Jahr

13. Wie häufig benötigten Sie **vor der Honigtherapie** Medikamente zur Behandlung des Heuschnupfens?

gar nicht manchmal täglich mehrfach täglich

14. Wie häufig benötigen Sie jetzt Medikamente zur Behandlung des Heuschnupfens?

gar nicht mehr seltener als früher genauso häufig wie früher häufiger

15. Wie wirkt anderer Honig auf die Symptome bei Heuschnupfen?

gar nicht schwächer besser

16. Für wie sinnvoll halten Sie die Behandlung von Heuschnupfen durch Honig?

sehr sinnvoll sinnvoll etwas sinnvoll kaum sinnvoll nicht sinnvoll

Honig-Rhinokonjunktivitis-Fragebogen

Rhinokonjunktivitis-Lebensqualitätsfragebogen nach Juniper (2001)

Tätigkeiten

Wir würden gerne wissen, wie Ihre Nasen- und Augenbeschwerden Ihr Leben beeinträchtigen. Wir interessieren uns besonders für Tätigkeiten, die Sie ausüben, aber bei denen Ihre Nasen- oder Augenbeschwerden Sie beeinträchtigen. Sie können beeinträchtigt sein, weil Sie diese Dinge seltener, weniger gut oder mit weniger Spaß tun. Sie sollten die jeweiligen Tätigkeiten häufig ausüben, und die Tätigkeiten sollten für Ihren Alltag wichtig sein.

Es folgt eine Liste typischer Alltagstätigkeiten. Manche Patienten mit Nasen- oder Augenbeschwerden sind in der Ausübung dieser Tätigkeiten beeinträchtigt. Die Liste soll Ihnen helfen, die 3 wichtigsten Tätigkeiten zu benennen, in denen Sie durch Ihre Nasen und Augenbeschwerden beeinträchtigt waren. Denken Sie aber bitte an die Zeit zurück, **bevor Sie den Heuschnupfen mit Honig** behandelt haben und beantworten Sie die folgenden Fragen.

1. FAHRRAD FAHREN	16. SINGEN
2. LESEN	17. REGELMÄSSIG ETWAS MIT ANDEREN UNTERNEHMEN
3. EINKAUFEN	18. SEXUELLE BEZIEHUNGEN HABEN
4. REPARATURARBEITEN AM HAUS ODER IN DER WOHNUNG	19. TENNIS
5. HAUSARBEIT	20. REDEN
6. GARTENARBEIT	21. ESSEN
7. FERNSEHEN	22. STAUBSAUGEN
8. FITNESSTRAINING	23. FREUNDE UND VERWANDTE BESUCHEN
9. FUSSBALL	24. SPAZIEREN GEHEN
10. EINEN COMPUTER BENUTZEN	25. DEN HUND AUSFÜHREN
11. RASEN MÄHEN	26. TÄTIGKEITEN IM FREIEN
12. MIT HAUSTIEREN SPIELEN	27. AUSÜBUNG DER TÄTIGKEITEN AM ARBEITSPLATZ
13. MIT KINDERN ODER ENKELKINDERN SPIELEN	28. IM FREIEN SITZEN
14. SPORT TREIBEN	29. MIT KINDERN ZUM SPIELEN INS FREIE GEHEN
15. AUTO FAHREN	

Bitte schreiben Sie die 3 wichtigsten Tätigkeiten in die freien Zeilen und kreuzen Sie dann das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie sehr Sie vor Beginn der Einnahme von Honig **durch Ihre Nasen- oder Augenbeschwerden** in den jeweiligen Tätigkeiten **beeinträchtigt** waren.

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
1. _____							
2. _____							
3. _____							

Honig-Rhinokonjunktivitis-Fragebogen

SCHLAF: Wie sehr waren Sie damals infolge der Nasen- und Augenbeschwerden in Ihrem Schlaf **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
4. Einschlaf-schwierigkeiten							
5. Aufwachen während der Nacht							
6. Mangel an gutem Schlaf							

ALLGEMEINE BESCHWERDEN: Wie sehr waren Sie damals infolge der Nasen- und Augenbeschwerden durch die folgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
7. Abgeschlagenheit							
8. Durst							
9. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit							
10. Müdigkeit							
11. Konzentrations-schwierigkeiten							
12. Kopfschmerzen							
13. Erschöpfung							

PRAKTISCHE PROBLEME: Wie sehr waren Sie damals durch die nachfolgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
14. Taschentücher mit sich tragen zu müssen							
15. Nase und Augen reiben zu müssen							
16. Ständig die Nase putzen zu müssen							

Honig-Rhinokonjunktivitis-Fragebogen

NASE: Wie sehr waren Sie damals durch die nachfolgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
17. Verstopfte Nase							
18. Laufende Nase							
19. Niesen							
20. Schleim, der von der Nase hinten in den Rachen läuft							

AUGEN: Wie sehr waren Sie damals durch die nachfolgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
21. Juckende Augen							
22. Tränende Augen							
23. Entzündete Augen							
24. Geschwollene Augen							

BEFINDLICHKEIT: Wie oft waren Sie damals wegen Ihrer Nasen- und Augenbeschwerden **beeinträchtigt**:

	Nie 0	Fast nie 1	Selten 2	Hin und wieder 3	Sehr oft 4	Meistens 5	Die ganze Zeit 6
25. frustriert?							
26. ungeduldig oder unruhig?							
27. reizbar?							
28. verlegen?							

Honig-Rhinokonjunktivitis-Fragebogen

Teil 3: Beschreiben Sie jetzt Ihre aktuelle Situation unter der Anwendung von Honig und beantworten Sie die folgende Fragen.

Bitte schreiben Sie die 3 wichtigsten Tätigkeiten in die freien Zeilen und kreuzen Sie dann das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen durch Ihre Nasen-oder Augenbeschwerden** in den jeweiligen Tätigkeiten **beeinträchtigt** waren.

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
1. _____							
2. _____							
3. _____							

SCHLAF: Wie sehr waren Sie in den letzten 7 Tagen infolge der Nasen- und Augenbeschwerden in Ihrem Schlaf **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
4. Einschlaf-schwierigkeiten							
5. Aufwachen während der Nacht							
6. Mangel an gutem Schlaf							

ALLGEMEINE BESCHWERDEN: Wie sehr waren Sie in den letzten 7 Tagen infolge der Nasen- und Augenbeschwerden durch die folgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
7. Abgeschlagenheit							
8. Durst							
9. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit							
10. Müdigkeit							
11. Konzentrations-schwierigkeiten							
12. Kopfschmerzen							
13. Erschöpfung							

Honig-Rhinokonjunktivitis-Fragebogen

PRAKTISCHE PROBLEME: Wie sehr waren Sie in den letzten 7 Tagen durch die nachfolgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
14. Taschentücher mit sich tragen zu müssen							
15. Nase und Augen reiben zu müssen							
16. Ständig die Nase putzen zu müssen							

NASE: Wie sehr waren Sie in den letzten 7 Tagen durch die nachfolgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
17. Verstopfte Nase							
18. Laufende Nase							
19. Niesen							
20. Schleim, der von der Nase hinten in den Rachen läuft							

AUGEN: Wie sehr waren Sie in den letzten 7 Tagen durch die nachfolgenden Beschwerden **beeinträchtigt**?

	Gar nicht 0	Kaum 1	Etwas 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5	Extrem 6
21. Juckende Augen							
22. Tränende Augen							
23. Entzündete Augen							
24. Geschwollene Augen							

BEFINDLICHKEIT: Wie oft waren Sie in den letzten 7 Tagen wegen Ihrer Nasen- und Augenbeschwerden **beeinträchtigt**:

	Nie 0	Fast nie 1	Selten 2	Hin und wieder 3	Sehr oft 4	Meistens 5	Die ganze Zeit 6
25. frustriert?							
26. ungeduldig oder unruhig?							
27. reizbar?							
28. verlegen?							

Honig-Rhinokonjunktivitis-Fragebogen

Bitte prüfen Sie, dass Sie alle Fragen beantwortet haben. Nur vollständig ausgefüllte Bögen ermöglichen eine genaue Auswertung.

Wenn Sie Anmerkungen zu dieser Studie, Anregungen, Kommentare oder ergänzende Informationen zu Ihrer Krankheit haben, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie diese unten kurz mitteilen würden. Verwenden Sie ggf. ein gesondertes Blatt.

Der Rhinokonjunktivitis-Lebensqualitätsfragebogen nach Juniper ist urheberrechtlich geschützt. Die Verwendung im Rahmen dieser Studie erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Frau Prof. Juniper.