

Qualitätsstandard einer homöopathischen Falldokumentation in der Praxis

Konsens des DZVhÄ, BKHD und VKHD – Juli 2011

Vorbemerkung

Der vorliegende Qualitätsstandard zur Dokumentation der Behandlung in der homöopathischen Praxis soll dazu beitragen, die Homöopathie als Therapieform zu professionalisieren, Forschung und Lehre zu fördern und Publikationen stichhaltig und nachvollziehbar zu machen. Da die Dokumentation homöopathischer Fälle ein großes Spektrum z.T. unterschiedlich arbeitender Therapeuten abdecken muss, wurde ein Positionspapier entwickelt, das als Vorlage für die Praxisdokumentation dienen soll. Der Dokumentationsstandard wurde so konzipiert, dass die Patientendaten vom Therapeuten möglichst vollständig erhoben werden,

- um eine hohe juristische Sicherheit zu gewährleisten,
- sie für den Therapeuten bei Folgeterminen schnell erfassbar zu machen,
- sie für die Forschung/Lehre/Publikationen nachvollziehbar und nutzbar zu machen.

Bei konsequenter Anwendung hat der Therapeut somit auch nach Jahren die Möglichkeit, seine Daten für Forschung/Lehre/Publikationen nutzen, auch wenn er diesen Anspruch anfangs nicht hatte.

Ziele

Ziele der Falldokumentation sind

- die bestmögliche Rekonstruktion der Fälle für den Praxisinhaber/die Praxisinhaberin (Qualitätssicherung),
- die Nachvollziehbarkeit des Falles für andere (z.B. in der Lehre),
- darüber hinaus die Beantwortung bestimmter Fragen der Forschung (z.B. Verifikation von Prüfsymptomen, Ergänzung der Materia medica, Begründung der Registrierung von Arzneimitteln).

Jede homöopathische Fallaufzeichnung kann als eine Fallstudie verstanden werden, die strukturiert und nach festgelegten qualitativen und auch quantitativen Kriterien abgebildet werden kann, um sie hinsichtlich gezielter Fragestellungen auswerten zu können. Zugleich sollen die Standards zur Falldokumentation zu einer qualitativen Verbesserung der Arbeit in der Praxis anregen.

Letztlich wird der Umfang der Dokumentation von jedem Therapeuten und jeder Therapeutin auf Basis der individuellen Notwendigkeiten und Rahmenbedingungen selbst bestimmt. Die hier veröffentlichten Kriterien sind daher als Empfehlungen und als Anregung für das Qualitätsmanagement zu verstehen. Punkte, zu denen im Einzelfall keine relevanten Aussagen erhoben werden können, sind zu überspringen.

Entstehung

Die folgenden **Elemente der Falldokumentation: Qualitätsstandard Praxis** entstanden aus der Zusammenführung von

◆ **Grundsätze und Elemente der Falldokumentation [1]**

¹ Die **Grundsätze und Elemente der Falldokumentation** sind der Konsens aus drei Konferenzen des DZVhÄ und des InHom in den Jahren 2002 (Basel), 2004 (Köthen) und 2008 (Köthen), publiziert in: Grundsätze und Elemente der Falldokumentation. AHZ 2009; 254 (2): 28-31. Vergleiche dazu auch: Aktuell. AHZ 2009; 254 (3): 4-6.

◆ Positionspapier des BKHD zur Falldokumentation [2]

Die Arbeit vieler Gruppen und Einzelpersonen aus den vergangenen Jahren, die sich der Qualität der Falldokumentation gewidmet haben, floss darin ein. Stellvertretend sei hier die Gruppe „ClifiCol“ des ECH erwähnt.

Zweckbestimmungen einer Falldokumentation

Folgende Situationen/Fragestellungen wurden bei der Erstellung dieses Dokumentationsstandards berücksichtigt:

1. Eigene Praxis: Minimalstandard

Mit der Falldokumentation erfüllt die Therapeuten grundlegende Anforderungen der Sorgfaltspflicht und des Patientenschutzes. Für diesen Zweck ist es ausreichend, die gesetzlichen Anforderungen und die Vorgaben der Berufsordnungen zu erfüllen. Eine grundlegende Falldokumentation dient aber auch der Orientierung bei Folgeterminen. Der Minimalstandard für die eigene Praxis ist die einfachste Form der Dokumentation und dient ausschließlich der vollständigen Rekonstruktion des Falles durch den Praxisinhaber/die Praxisinhaberin. Es handelt sich um Basisinformationen, die auch unter Zeitdruck dokumentiert werden können.

2. Eigene Praxis: Qualitätsstandard

Der hier vorgelegte Qualitätsstandard soll, insbesondere durch eine exaktere Verlaufsdokumentation, weiteren Anforderungen genügen. Die Übersicht in komplexen chronischen Fällen wird verbessert und damit potentiell auch die Behandlungsergebnisse. Dieser Standard erleichtert aber auch die Fallrekonstruktion durch andere (v.a. Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, aber auch Supervisoren), und ermöglicht eine eventuelle spätere Auswertung für wissenschaftliche Zwecke oder Publikationen.

3. Präsentation von Fällen in der Lehre

Die Präsentation von didaktischen Fällen zu Unterrichtszwecken (Lehre) geschieht mündlich, schriftlich oder durch Wiedergabe elektronischer Medien in einem Kreis von Weiter- oder Fortbildungsteilnehmern.

4. Supervision im Rahmen der Weiterbildung

Für die Supervision im Rahmen der Weiterbildung sind bestimmte Elemente eines Falles obligatorisch zu dokumentieren, damit der Fall für den Supervisor nachvollziehbar ist und für den an der Weiterbildung teilnehmenden Autor ein Lerneffekt erzielt wird.

5. Publikation von Fallberichten

Wird ein Fallbericht publiziert, sind ebenfalls besondere Anforderungen an den Autor/die Autorin zu stellen. Sie sollen als „Hinweise für Autoren von Kasuistiken“ in den Fachzeitschriften bekannt gemacht werden.

6. Forschung

Für Forschungsvorhaben müssen die Anforderungen an die Kasuistik im Sinne der wissenschaftlichen Fragestellung definiert werden. In einer Konsensuskonferenz wurde ein allgemeiner Kriterienkatalog benannt, nach dem eine wissenschaftliche prospektive

² **Konsensuspapier BKHD** – Konferenz Deligierte der Vereine CVB (Monika Eichner-Liewers), DGKH (Roger Rissel), DGMH (Sybille Freund) und Homöopathie-Forum (Daphne Dieter) 01.05.2010.

oder retrospektive Beurteilung möglich ist. Anstatt indikationsspezifischer Outcome-Parameter wird allgemein die Beschwerdeintensität aus Sicht des Patienten auf der numerischen Ratingskala von 0 (nicht vorhanden) bis 10 (maximale Intensität) empfohlen.

Der hier vorgeschlagene Dokumentationsstandard beinhaltet den Qualitätsstandard Praxis und die Sammlung von Kasuistiken für Forschungszwecke. Für andere Zwecke kann der Standard entsprechend adaptiert werden.

Datenschutz

Sobald Fälle außerhalb der Praxen gesammelt werden, sind datenschutzrechtliche Anforderungen zu beachten, die über die rechtlichen Auflagen in der einzelnen Praxis hinausgehen.

- Der Zweck der Dokumentation und Sammlung von Fällen ist konkret zu benennen.
- Die sammelnde Stelle ist konkret zu benennen.
- In der sammelnden Stelle ist die Sicherheit der Kasuistiken gegen unbefugten Zugang sicherzustellen.
- Befasste Mitarbeiter müssen auf Verschwiegenheit verpflichtet werden.
- Die Kasuistiken müssen in den Praxen anonymisiert werden. – Zulässig ist die Vergabe einer praxisinternen Fallnummer. In der sammelnden Stelle darf eine Reidentifikation nicht möglich sein.
- Bei der Abfassung der Fälle ist darauf zu achten, dass Informationen (wie Beruf und Lebensumstände) soweit verallgemeinert werden, dass eine Reidentifikation ausgeschlossen ist.
- Für die Datensammlung muss das dokumentierte Einverständnis von Patient und Therapeuten vorliegen. In dieser Erklärung muss der Zweck der Sammlung und die sammelnde Stelle eindeutig beschrieben sein.

Weitere Bearbeitung

Dieser Qualitätsstandard soll weiter entwickelt werden; die Diskussion darüber findet in Abstimmung mit den beteiligten Gesellschaften in der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) statt. Die Autoren bitten um entsprechende Hinweise zur Weiterentwicklung, insbesondere auch zur Identifikation weiterer möglicher Indikatoren für die Verlaufsbeurteilung, zum Vergleich unterschiedlicher Verschreibungstechniken, zur Identifikation und Ausschluss möglicher Bias-Faktoren.

Quellen

[1] Aktuell. AHZ 2009; 254 (3): 4-6.

[2] Grundsätze und Elemente der Falldokumentation. AHZ 2009; 254 (2): 28-31.

[3] Gerhard Bleul. Grundsätze und Elemente der Falldokumentation. ICE 8. InHom 2009

[4] Konsensuspapier BKHD

Autoren:

Arbeitsgruppe von DZVhÄ, BKHD und VKHD:

Gerhard Bleul, Carl Classen, Dr. Sybille Freund, Curt Kösters

Anlage 1 – Schema Falldokumentation

- 1) Die Datenerfassung umfasst folgende Bereiche:
- 2) Patientendaten
- 3) Medizinische Vorgeschichte
- 4) Homöopathische Anamnese Körperliche Befunde
- 5) Fallanalyse
- 6) Verordnung
- 7) Verlaufskontrollen

Optionale Angaben sind entsprechend gekennzeichnet.

Elemente der Falldokumentation: Qualitätsstandard Praxis

Ziele: Vollständige Dokumentation der Praxistätigkeit mit dem Patienten nach den Regeln der guten homöopathischen Praxis, auch als Grundlage für die Einzelfallkasuistik zum Zweck der Forschung und der Verifikation von Arzneimittelwirkungen

1. Pat.-ID	1.1 [Nur Praxisintern: Name, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum] 1.2 [Nur Praxisintern: ggf. Versicherungs- und Rechnungsdaten] 1.3 für anonymisierte Fallsammlung: praxisinterne Pat.ID sowie i.d.R. Geburtsjahr
2. ID des Therapeuten	2.1 [optional: Name, Adresse], Tätigkeitsgebiet, Therapeuten-ID für Fallsammlung
3. Fall-ID	3.1 alle Daten der Behandlung
4. Anamnesebericht	4.1 Spontanbericht, gelenkter Bericht (Nachfragen, welche entsprechend gekennzeichnet werden), Beobachtungen 4.2 sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome 4.3 Sozialanamnese, Berufstätigkeit 4.4 [optional: umfassende wörtliche Mitschrift]
5. frühere Krankheiten, medizinische Vorgeschichte	5.1 alle (einschl. Impfungen, Operationen, Infektionskrankheiten, Schwangerschaften, Geburten), besonders sofern relevant für die Arzneiwahl
6. Familienanamnese	6.1 alle familiären Krankheiten, besonders sofern relevant für die Behandlung
7. Konstitution (optional)	7.1 Körperbau, körperliche Merkmale, Eigenschaften ohne Krankheitswert
8. Befund	8.1 relevante körperliche Befunde, relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik, Größe und Gewicht, evtl. Fotografien, Archivierung der Fremdbefunde
9. Fallanalyse (Symptome)	9.1 wesentliche Klagen des Patienten (Hauptbeschwerden), charakteristische Symptome [Definition: den Einzelfall bezeichnende, von anderen ähnlichen Krankheitsfällen unterscheidende Symptome (nach Hahnemann auffallende, sonderliche, ungewöhnliche, eigenheitliche Symptome, ORG § 153)] 9.2 wahlanzeigende Symptome, weitere deutliche Symptome, Ätiologie (falls relevant), verlaufsrelevante Symptome, alle ärztlichen Beobachtungen
10. Diagnose	10.1 Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) 10.2 [optional: Beschwerdeintensität der Nebenbeschwerden] 10.3 [optional weitere Outcome-Parameter], 10.4 erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags), ICD-10-Codes der Diagnosen
11. Arznei	11.1 Begründung der Arzneimittelwahl, Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich), Arzneiname, Hersteller, Potenz, Applikationsform, Einnahmeverfahren
12. Begleittherapie	12.1 weitere Verordnungen und Empfehlungen, andere Arzneimittel, weitere Verfahren, weitere beteiligte Behandler/Therapeuten, Selbstbehandlung
13. Therapievereinbarung	13.1 Ist eine homöopathische Behandlung möglich bzw. begleitend möglich? 13.2 Festlegung der Behandlungsziele, Entscheidung ob eine alleinige oder begleitende homöopathische Therapie möglich ist, weitere oder regelmäßige Diagnostik, Kontrolltermin(e)/Wiedervorstellung
14. Verlauf	14.1 jede Folgekonsultation (telefonisch oder persönlich), 14.2 Veränderung aller Symptome der Hauptbeschwerde, 14.3 Veränderung relevanter sonstiger Symptome (evtl. Skala), 14.4 neue Symptome, Wiederkehr alter Symptome (ggf. in modifizierter Form)

	<p>14.5 neue Therapiewahl mit Begründung,</p> <p>14.6 bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative Arzneimittelsymptome),</p> <p>14.7 besondere Beobachtungen während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel),</p> <p>14.8 Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10)</p> <p>14.9 [optional: Einschätzung von Bias-Faktoren, z.B. die Abgrenzung von Effekten anderer Therapien oder vom Spontanverlauf]</p> <p>14.10 [optional: Intensität der Nebenbeschwerden]</p> <p>14.11 [optional weitere Outcome-Parameter, Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel. Nachbeobachtungszeit nach Therapieende]</p>
15. Stichworte	<p>15.1 z.B. Unterdrückung, Heringsche Regel, Zwischenmittel, Nosode usw</p> <p>15.2 [optional: Zusätzliche Beobachtungen im Behandlungsverlauf, Kommentare].</p>

Einverständniserklärung – Therapeut / Therapeutin

1. Mir ist bekannt, dass die eingereichte Falldokumentation personenbezogene Daten enthält, die dem Datenschutz gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) unterliegen.
2. Mir ist bekannt, dass die Falldokumentation für die Forschungs- und Dokumentationszwecke
 - Erforschung und Ergänzung der Materia Medica (Verifikation von Prüfsymptomen, Ergänzung der Materia Medica)
 - Erforschung von Fallverläufen
 - Unterlagen für die behördliche Registrierung von Arzneimitteln

verwendet werden soll.

Gesammelt werden die Daten von der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom), die Aufbewahrung erfolgt in der Europäischen Bibliothek für Homöopathie (EBH) in Köthen/Anhalt. Die Daten werden dort unter Verschluss gehalten und sind nur für die benannten Zwecke zugänglich. Die befassten Mitarbeiter sind auf Verschwiegenheit verpflichtet.

3. Die Kasuistik wurde von mir durch Vergabe einer praxisinternen Fallnummer anonymisiert. Informationen (wie Beruf und Lebensumstände) wurden soweit verallgemeinert, dass eine Identifikation ausgeschlossen ist.
4. Das schriftlich dokumentierte Einverständnis des Patienten liegt mir vor.
5. Hiermit willige ich in

- die Verwendung des dokumentierten Falles für die beschriebenen Forschungs- und Dokumentationszwecke.
- die Verwendung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Falldokumentation für Forschungs- und Dokumentationszwecke
 - auf meinen Wunsch anonymisiert (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)
 - sonst unter Nennung meines Namens (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

ein.

6. Soweit mein Berufsverband Fortbildungspunkte für eingereichte Fälle vergibt, wünsche ich eine entsprechende Mitteilung an meinen Berufsverband.

[Ort], den [Datum] _____

Zusätzlich willige ich in die Veröffentlichung der Kasuistik ein. Das schriftlich dokumentierte Einverständnis des Patienten liegt mir vor

[Ort], den [Datum] _____

Anhang 3

Einverständniserklärung – Patient / Patientin

(zum Verbleib bei den Patienten-Unterlagen der Praxis)

1. Mir ist bekannt, dass die Falldokumentation personenbezogene Daten enthält, die dem Datenschutz gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) unterliegen.
2. Ich habe den Inhalt der eingereichten Falldokumentation zur Kenntnis genommen und bestätige deren Richtigkeit.
3. Die vollständige Falldokumentation enthält ggf. einen zusätzlichen Kommentar. Dieser enthält z.B. allgemeine Angaben über besondere Charakteristika des Behandlungsverlaufs, darf jedoch keine Angaben enthalten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen.
4. Mir ist bekannt, dass die Falldokumentation für die Forschungs- und Dokumentationszwecke
 - Erforschung und Ergänzung der Materia Medica (Verifikation von Prüfsymptomen, Ergänzung der Materia Medica)
 - Erforschung von Fallverläufen
 - Unterlagen für die behördliche Registrierung von Arzneimittelnverwendet werden soll.

Gesammelt werden die Daten von der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) - Wallstraße 48 - 06366 Köthen (Anhalt) - Fax: +49 (0)3496 - 30 33 597 - E-Mail: info@wisshom.de – Website: www.wisshom.de.

Die Aufbewahrung erfolgt in der Europäischen Bibliothek für Homöopathie (EBH) in Köthen/Anhalt. Die Daten werden dort unter Verschluss gehalten und sind nur für die benannten Zwecke zugänglich. Die befassten Mitarbeiter sind auf Verschwiegenheit verpflichtet.

5. Hiermit willige ich in die Verwendung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Falldokumentation für Forschungs- und Dokumentationszwecke in anonymisierter Form ein.

[Ort], den [Datum] _____

Zusätzlich willige ich in die Veröffentlichung der Kasuistik ein.

[Ort], den [Datum] _____

8)