

Forschende Praktiker?

Falldokumentation in der homöopathischen Praxis

Von Ulrike Kessler



Zusammenfassung

In dieser kleinen qualitativen empirischen Studie wurden 12 erfahrene Praktiker nach ihrer Falldokumentation befragt. Es zeigte sich, dass die elektronische Patientenakte (EPA) in den homöopathischen Praxen der Befragten nicht zum Standard gehörte und dass kaum Interesse an der Nutzung der eigenen Dokumentation zur Verbesserung der Behandlungsqualität bestand. Gleichzeitig wurde deutlich, welchen großen Wert die Behandler auf die Beziehung zum Patienten legten, für die sie selbst Einschränkungen hinsichtlich Struktur und Validität ihrer Dokumentation hinnahmen. Es stellten sich daher auch Fragen, wie in der Homöopathie Theorien gebildet und überprüft werden.

Schlüsselwörter

Falldokumentation, empirisch, qualitativ, Forschung, Qualitätsmanagement.

Summary

During this small-scale, qualitative empiric study, twelve experienced practitioners were interviewed about their case documentation. The electronic patient record (EPR) turned out to not being standard in the practices of the respondents. Furthermore, respondents showed only marginal interest in using their case documentation for quality improvement and clinical audit. At the same time, it became apparent how much importance the respondents attached to the therapeutic relationship, at the expense of the structure and validity of the documentation. This left questions as to how theories in homeopathy are developed and re-assessed.

Keywords

Case documentation, empiric, qualitative, research, quality management.

Ein „ungeliebtes Kind“?

Die meisten historischen und zeitgenössischen homöopathischen Lehrbücher (z.B. [5, 8, 32, 40, 44, 48, 54, 55, 59, 64, 66]) diskutieren das Thema Falldokumentation nur am Rande und beschränken sich weitgehend darauf, Hahnemanns Anweisungen im *Organon* [27: §§ 83–104], zu kommentieren. Bezeichnenderweise findet sich auch in internationalen homöopathischen Wörterbüchern (z.B. [60, 67]) kein Eintrag unter diesem Stichwort.

In den letzten Jahren ist jedoch die Bedeutung systematischer, computergestützter Falldokumentation für die homöopathische Forschung, die Bildung homöopathischer Theorien und der *Materia medica* sowie deren Überprüfung zunehmend hervorgehoben worden ([2–4, 7, 15–18, 21, 23, 29, 30, 37–39, 41, 42, 46, 47, 52, 57, 61–63]). Degele [11, 12], und Janert [31] diskutierten darüber hinaus die Konsequenzen der Transformation der homöopathischen Praxis durch computergestützte Falldokumentation.

Nach wie vor scheint die Falldokumentation in der homöopathischen Praxis ein „ungeliebtes Kind“ [41] zu sein, hat doch beispielsweise der DZVhÄ 2009 unter der Moderation von Gerhard Bleul ein Konsenspapier zu Grundsätzen und Elementen der Falldokumentation vorgestellt [4], in dem 2 verschiedene Standards definiert werden: Ein „Minimalstandard“, bei dem die Dokumentation ausschließlich der vollständigen Rekonstruktion des Falls durch den Praxisinhaber dient, sowie ein „Qualitätsstandard“, der die Rekonstruktion des Falls durch andere, z.B. Kollegen oder Supervisoren, sowie die Auswertung für wissenschaftliche Zwecke und Publikationen erlaubt. Für den „Minimalstandard“ reicht eine Dokumentation auf Papier vollkommen aus, während der „Qualitätsstandard“ die Einführung der computergestützten Falldokumentation (Elektronische Patientenakte, EPA) notwendig macht (•• Abb. 1). Welcher dieser



Abb. 1 Qualitätsstandard ist die computergestützten Falldokumentation. © istockphoto; nachgestellte Situation

beiden Standards in der Praxis angewendet wird, bleibt dabei dem jeweiligen Praxisinhaber überlassen.

Um es mit Donald Schön [56] zu sagen, scheint das Thema Falldokumentation in der Homöopathie bislang weit entfernt von den „Niederungen der Alltagspraxis“ diskutiert worden zu sein. Und, so weit bekannt, ist noch nie empirisch untersucht worden, wie und wozu Homöopathinnen und Homöopathen ihre Fälle in der Praxis tatsächlich dokumentieren.

In der konventionellen Medizin hat sich EPA heute weitgehend durchgesetzt. In der entsprechenden Literatur (z.B. [22, 25, 26, 28, 43]) wird EPA nicht nur im Interesse des Patienten definiert, der Anspruch auf die bestmögliche Behandlung hat, sondern auch darauf hingewiesen, dass sie für die Kommunikation der beteiligten Gesundheitsberufe unentbehrlich ist. Gut dokumentierte Fälle aus der Praxis bilden eine wichtige Grundlage der Ausbildung, darüber hinaus sind sie unentbehrlich für Forschung, Publikationen und Theoriekonstruktion, weil sich der Zugriff auf die Daten am einfachsten gestaltet, wenn diese bereits in digitalisierter Form vorliegen.

Gleichzeitig werden jedoch auch gewichtige Probleme diskutiert, die mit der Einführung von EPA verbunden sind. Diese ist nämlich zeit- und kostenintensiv, weil nicht nur ein erheblicher Aufwand zur Einarbeitung entsteht, sondern auch die Vertraulichkeit durch robuste Sicherheitsvorkehrungen und Datenschutzmaßnahmen gesichert werden muss. Außerdem verändert sich der Ablauf in der Praxis, was sowohl für den Behandler selbst als auch für Patienten deutlich wahrnehmbar ist (Stichwort „Der schaut ja nur noch in den Computer...“). Schließlich ist die langfristige Datensicherung und -archivierung nach wie vor ein ungelöstes, technisches Problem.

Falldokumentation in der Alltagsrealität der homöopathischen Praxis: eine qualitative, empirische Studie

Während meines MSc-Studiums an der University of Central Lancashire (Großbritannien) habe ich im Rahmen des Moduls „Student Initiated Practice Development“ eine qualitative empirische Studie zum Thema „Falldokumentation in der Alltagsrealität homöopathischer Praxis“ durchgeführt. Dabei hat mich vor allem interessiert, welche Bedürfnisse und Anforderungen die befragten Praktiker an ihre eigene Falldokumentation stellen. Darüber hinaus wollte ich erkunden, in welchen Bereichen weiterer Forschungsbedarf besteht.

Grounded Theory als methodische Basis

Die Art und Weise, wie diese Untersuchung in Anlehnung an Grounded Theory (GT) durchgeführt wurde, soll im Folgenden kurz beschrieben werden. GT wurde in den 1960er Jahren von den amerikanischen Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss [24] vorgeschlagen. Heute ist dieses Verfahren in der qualitativen Forschung weit verbreitet ([9, 13, 45]). Wissenschaftstheoretisch geht GT davon aus, dass „Realität“ das Ergebnis eines komplexen Wahrnehmungsprozesses ist und daher nicht objektiv von einem Beobachter erfasst werden kann. Was ein Beobachter „sieht“, hängt nicht allein von dem „Gegenstand“ seiner Betrachtung ab, sondern ebenso vom Beobachter selbst. GT stellt sich damit in Gegensatz zu der z.B. heute nach wie vor in der konventionellen Medizin vorherrschenden positivistischen Auffassung, Beobachtung und wissenschaftliche Theoriebildung könne „objektiv“ und frei von eigenen Werturteilen erfolgen ([1, 14, 20, 53, 58]).

Forschende, die einen GT-Ansatz verfolgen, versuchen sich der beobachteten Realität eher durch Rekonstruktion anzunähern, indem sie untersuchen, wie die Befragten ihre Welt aus ihrer eigenen, individuellen Perspektive heraus erleben und wie sie Probleme lösen, mit denen sie konfrontiert sind ([10, 58]). Methodisch geschieht diese Rekonstruktion durch einen systematischen Kodierprozess. Dabei leiten die Forschenden ihre Aussagen Schritt für Schritt aus den Rohdaten ab (Transkripte von Interviews, Feldnotizen, Forschungstagebücher, Gegenstände, Dokumente und Ähnliches) [10].

Dieser Kodierprozess lehnt sich eng an menschliche Denkgewohnheiten an, wobei übrigens auch Ähnlichkeiten mit der homöopathischen Fallanalyse nicht zu übersehen sind. In GT-Studien werden diese Kodiervorgänge ganz systematisch durchgeführt, wobei jeder Schritt und alle erhobenen Daten sorgfältig dokumentiert werden. Man beginnt damit, dass man sich eine Forschungsfrage stellt und anschließend überlegt, mit welcher Art Roh-

daten man diese lösen kann. Die Analyse beginnt, anders als bei breit angelegten quantitativen Studien, bereits in einem sehr frühen Stadium der Datenerhebung. So hat man die Möglichkeit, Begriffe (Codes), die sich bei der Analyse zeigen (vergleichbar mit Themen, die bei einer homöopathischen Fallanalyse herausgearbeitet werden), weiter zu untersuchen, indem neue Rohdaten gesammelt und analysiert werden. Die erhaltenen Codes können noch weiter zu Theorien verdichtet werden, was aber i.d.R. nur bei ausführlicheren Studien als der hier vorliegenden möglich ist.

GT bietet damit ein Instrumentarium, um Daten in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen und Themen herauszuarbeiten, die in ihrer Reichhaltigkeit und Dichte dem beobachteten System nahe kommen. GT ist so dazu geeignet, neue Fragestellungen zu erkunden und wissenschaftliches Neuland zu betreten oder, um es mit Cohen [9] zu sagen, einen „Schritt über das Bekannte hinaus“ zu wagen.

Interviews

Ein großer Teil der Rohdaten für diese Studie wurde mit Hilfe von Interviews erhoben. Interviews können, was den Grad ihrer Strukturiertheit betrifft, auf einer Skala geordnet werden, die von stark strukturierten oder standardisierten Interviews bis hin zu völlig unstrukturierten oder informellen Interviews reicht [45]. Obwohl unstrukturierte Interviews die „dichtesten“ Informationen liefern [10], wurde aus Gründen der durch den zeitlichen Rahmen dieser Studie eng begrenzten Durchführbarkeit ein semi-strukturierter Interviewtyp gewählt.

Eine weitere Eigenschaft von GT-Studien ist, dass man mit nur wenigen Interviewpartnern arbeitet. Man verzichtet dabei nicht nur auf ein statistisch-repräsentatives Sample, sondern wählt sogar gezielt aus, wen man fragt. Die Teilnehmenden werden dabei weniger als Untersuchungsobjekte, sondern eher als Experten für ihre eigene Situation gesehen.

Emische Perspektive

Eine weitere Besonderheit der qualitativen Forschung ist die emische Perspektive, aus der heraus auch die Forschende ihre Perspektive der „vorurteilslosen Beobachterin“ verlässt und versucht, die Situation als „insider“ zu verstehen – ein Ansatz, der ursprünglich aus der Ethnologie kommt. Ein Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass man auf diese Weise an Informationen herankommt, die ein von außen kommender Beobachter oft gar nicht erheben könnte. Aus der Perspektive von innen heraus ist es möglich, viel gezielter zu fragen, u.a. weil man aus der emischen Perspektive heraus oft ganz genau weiß, wo der Schuh drückt.

emisch (engl.: emic)

Ein Kunstwort, mit dem eine sozialwissenschaftliche Perspektive bezeichnet wird, in der man versucht, die Besonderheiten eines kulturellen Gebildes „von innen heraus“ zu verstehen. Gegensatz: etisch (engl.: etic) ([9, 45]).

Dabei besteht natürlich die Gefahr, dass eigene Vorurteile nicht erkannt werden. Nur zu offensichtlich könnten Interviewpartnern eigene Wertungen, Ansichten und Gefühle in den Mund gelegt bzw. nur die Daten gesammelt und analysiert werden, die bereits vorgefasste Thesen bestätigen. Die Glaubwürdigkeit qualitativer Studien hängt daher entscheidend von der Sensibilität und Integrität der Forschenden ab [45]. In der Tat ist, gerade wenn man emische Kenntnisse mitbringt, die Versuchung groß, das Verfahren abzukürzen und zu voreiligen Schlüssen zu kommen. Wie Flyvbjerg [19] jedoch bemerkt, sind dieser Gefahr alle Forschenden ausgesetzt, weil letztlich niemand den Einfluss eigener Vorurteile („bias“) auf Forschungsergebnisse ausschließen kann.

Im Gegensatz zum quantitativen „mainstream“ gibt es in der qualitativen Forschung jedoch eine intensive Diskussion darüber, wie geforscht werden kann, ohne dass Vorurteile die Ergebnisse entwerten. Dabei wird eine reflexive Haltung der Forschenden als enorm wichtig angesehen, denn nur, wer sich der eigenen Wertungen bewusst ist, hat überhaupt eine Chance zu erkennen, ob und wie diese die eigene Tätigkeit beeinflussen [56].

Bei der Auswertung geht man daher stets so vor, dass alle Rohdaten und Befunde mehrfach überprüft werden. Man befragt beispielsweise die Interviewpartner noch einmal, wie bestimmte Aussagen gemeint waren, vergleicht die Aussagen mehrerer Interviews untereinander, fahndet gezielt nach Belegen für oder gegen eine Idee, und bezieht dabei Daten aus möglichst unterschiedlichen Quellen mit ein [10]. In größeren Studien arbeiten Forschende auch in Teams zusammen und überprüfen die Befunde gegenseitig auf ihre Glaubwürdigkeit [6].

Die Validität ist hingegen hoch, d.h. die Antwort auf die Frage, ob qualitative Studien auch beschreiben, was sie zu beschreiben vorgeben, fällt positiv aus, vorausgesetzt natürlich, dass es gelungen ist, genügend und vor allem aussagekräftiges Material zu sammeln [13].

Das Design dieser Studie

GT erschien unmittelbar als die passende Strategie für mein kleines Forschungsprojekt, lagen doch bislang offenbar noch keinerlei empirische Studien über Falldokumentation in der homöopathischen Praxis vor.



Abb. 2 Die Interviews für die Studie wurden telefonisch geführt.
© istockphoto; nachgestellte Situation

Meine Forschungsfrage lautete zunächst: Wie werden in der heutigen homöopathischen Alltagspraxis Fälle dokumentiert?

Als Erstes folgte eine Literaturrecherche in der nicht-homöopathischen Literatur, die bereits eine Präzisierung der Forschungsfrage erbrachte, nämlich die Frage nach dem Verwendungszweck der Dokumentation. Wozu wird dokumentiert? Wird die Dokumentation lediglich für legale/administrative sowie für Behandlungszwecke verwendet, oder auch zur Überprüfung der eigenen klinischen Ergebnisse und zur Qualitätsverbesserung? Und wie steht es mit der Dokumentation von Fällen für Ausbildungs-, Publikations- und Forschungszwecke?

Als Nächstes nutzte ich meine eigenen Kenntnisse aus mehr als 25 Praxisjahren und suchte 12 mir bekannte Homöopathinnen und Homöopathen (Ärzte und Praktiker) gezielt nach ihrer Praxiserfahrung und unterschiedlichen homöopathischen Ausrichtung aus, darunter 2 Personen, von denen ich wusste, dass sie sich bereits eingehend mit dem Thema beschäftigt hatten. Einer von ihnen hatte sogar ein Dokumentationsprogramm für die homöopathische Praxis entwickelt. Um die notwendige Vertraulichkeit für die Probanden zu gewährleisten, wurden ihre Daten anonymisiert.

Beim telefonischen Erstkontakt wurde kurz Sinn und Zweck der Studie erklärt, und bei Interesse an einer Teilnahme eine Einverständniserklärung abgegeben, die im Anschluss an das Interview unterschrieben an mich zurückging. Alle angesprochenen Personen willigten in eine Teilnahme ein. Die 12 Teilnehmenden wurden in einem Zeitraum von 6 Monaten (November 2008 bis April 2009) mithilfe von semi-strukturierten Interviews befragt. Die Interviews wurden dabei telefonisch geführt (•• Abb. 2). Sie dauerten etwa eine Stunde und wurden manuell dokumentiert.

Die Analyse der Rohdaten begann direkt nach dem ersten Interview. Was sich an Themen und Kategorien zeigte, wurde in der Literatur recherchiert und floss dann in die Befragung der Probanden mit ein. Mit fortschreitender Datensammlung und -analyse wurde der Interviewleitfaden immer weiter entwickelt und die Rohdaten anhand der Struktur des Interviewleitfadens gruppiert und miteinander verglichen. Zwar war der verfügbare Zeitrahmen für dieses Projekt (6 Monate) etwas zu kurz, um darüber hinaus noch weiter in die Tiefe zu gehen, doch ergaben sich einige interessante Erkenntnisse, wobei nach wie vor erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Ergebnisse und Diskussion

Wie wird dokumentiert?

Fünf der Befragten dokumentierten ausschließlich manuell, während sieben einen Teil ihrer Dokumentation manuell und einen anderen digital führten, beispielsweise indem sie Programme zur Abrechnung verwendeten, oder Fallanalysen und Repertorisationen innerhalb ihres bereits vorhandenen Repertorisationsprogramms speicherten. Lediglich die beiden Teilnehmer, die sich eingehend mit dem Thema beschäftigt hatten, verwendeten Software, die speziell zur homöopathischen Dokumentation entwickelt worden war. Keiner der Teilnehmenden verließ sich ausschließlich auf EPA.

Zu den Gründen, die die Teilnehmer für dieses Dokumentationsverhalten angaben, zählten einerseits fehlender Kommunikationsbedarf: Nur 3 der Befragten arbeiteten mit Personal, und obwohl die Hälfte der Befragten in Gruppenpraxen arbeiteten, gaben insgesamt 7 an, als einziger Zugang zu den Daten zu haben. Fünf Teilnehmende führten darüber hinaus an, den hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand zur Einführung von EPA zu fürchten – zwei meinten sogar, zu „faul“ bzw. nicht genügend „diszipliniert“ zu sein, um ihre bisherige Routine zu ändern. Nur einer der Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Befragung auf der Suche nach einem geeigneten Dokumentationsprogramm.

Die Patientenverwaltung von homöopathischen Reperitorisationsprogrammen wurde von vier Befragten als ausgesprochen unausgereift kritisiert. Aber auch die bislang verfügbare Dokumentationssoftware für Homöopathen scheint noch nicht ganz die Bedürfnisse und Erwartungen der Kundschaft zu treffen, gehörten doch zu den wichtigsten Kritikpunkten die umständliche Handhabung, hohe Kosten, Probleme bei der langfristigen Datensicherung, der Übertragung von Daten von einem Programm zum anderen sowie Probleme beim Datenschutz.

Vier Teilnehmende äußerten sich ausdrücklich kritisch zum Eintippen der Krankengeschichte im Beisein des Patienten, da dies das Gespräch mit den Patienten störe. Selbst die beiden Teilnehmer, die spezielle homöopathische Dokumentationssoftware verwendeten, dokumentierten die Anamnesen zunächst manuell und übertrugen ihre schriftlichen Notizen und Zusammenfassungen nach der Konsultation in ihr Programm. Hier wäre einerseits interessant, in einer weiteren Studie zu untersuchen, in wie weit Patienten das Eintippen in den Computer als störend empfinden. Andererseits ist dieser Befund ein

Hinweis darauf, wie viel Wert die für diese Studie befragten, erfahrenen Praktiker auf eine gute Beziehung zu ihren Patienten legten – übrigens ganz unabhängig von der jeweiligen homöopathischen „Schule“, die auch keinerlei Einfluss auf das Dokumentationsverhalten zu haben schien.

Generell fiel auf, wie viel Zeitaufwand und Sorgfalt die Teilnehmenden auf ihre Dokumentation verwendeten. Patientendaten und Diagnosen, relevante Befunde sowie die jeweiligen Behandlungsdaten wurden von allen sorgfältig dokumentiert. Für darüber hinaus gehende Dokumentation, etwa der Überlegungen zur Fallanalyse, oder auch für Zusammenfassungen, fehlte oft die Zeit, wie mehrere Teilnehmer betonten.

Leider waren in puncto Datenschutz einige Probleme zu verzeichnen, wie z.B. fehlender Passwörterchutz bei 5 der Teilnehmenden, oder das Einholen des schriftlichen Einverständnisses von Patienten bei lediglich 4, obwohl insgesamt 7 Teilnehmer Fälle aus ihrer Praxis für Unterrichts- oder Publikationszwecke verwendeten, und nur ein Teilnehmer informierte seine Patienten grundsätzlich, dass ihre Daten für Forschungszwecke



Abb. 3 Daten bis zum Horizont – Was und wie viel kann und soll wie dokumentiert werden?

verwendet werden könnten. Auch die Sicherheit der Daten stellte sich als problematisch heraus – ein Teilnehmer gab gar an, aufgrund eines Wechsels des Computersystems seine Patientenstatistik aus 10 Jahren heute nicht mehr gebrauchen zu können.

Validität und Glaubwürdigkeit der Dokumentation

Schon allein aufgrund der enormen Datenmengen, die während Patienteninterviews anfallen, ist es schwierig, diese so aufzuzeichnen, dass sie ein valides und glaubwürdiges und gleichzeitig hinreichend strukturiertes Bild ergeben (•• Abb. 3). Darüber hinaus sollte dieses, wie Leiner [43] richtigerweise fordert, von unnötigem „Datenrauschen“ befreit sein. Zu diesen schon hinreichend schwierigen Anforderungen kommt hinzu, dass die Daten, die in homöopathischen Fallaufnahmen aufzuzeichnen sind, oft qualitativer Natur sind und schon allein deshalb einen höheren Dokumentationsaufwand erfordern als quantitative Daten. In der soziologischen Forschung werden daher qualitative Interviews aufwändig audio- oder videodokumentiert und transkribiert, bevor die wesentlichen Informationen herausgefiltert werden [68].

Vor diesem Hintergrund ist es durchaus fraglich, ob es heutigen Dokumentationsansprüchen denn überhaupt noch genügt, wenn die Dokumentation abgebrochen wird, sobald der Behandler meint, das Mittel gefunden zu haben, wenn nur 3 der Befragten ihre eigenen Fragen notierten oder auch die Erzählung der Patienten manuell „so wörtlich wie möglich“ dokumentiert wird, wie es 10 von 12 Befragten angaben – der Ausdruck impliziert ja bereits, dass es bei manueller Dokumentation unmöglich ist, alle Informationen vollständig zu dokumentieren.

Eine interessante Forschungsfrage wäre es zu untersuchen, nach welchen Kriterien die Auswahl der Symptome bei der homöopathischen Falldokumentation geschieht, und ob diese Technik tatsächlich die Kriterien Validität und Glaubwürdigkeit erfüllt.

Wie werden die Daten der Falldokumentation aufbereitet?

Die Teilnehmenden gaben an, die Informationen während der Fallaufnahme in der Reihenfolge aufzunehmen, wie der Patient sie berichtete. Lediglich 5 fassten sie anschließend zusammen, und nur ein einziger von diesen versuchte die Information systematisch zu kodieren bzw. ihnen thematische Stichworte zuzuordnen. Die Übersichtlichkeit der Dokumentation erwies sich bei 7 als größeres Problem, dieangaben, ihre Notizen noch einmal komplett durchgehen zu müssen, um bestimmte Informationen zu finden.

Obwohl Interviewleitfaden bzw. Fragebögen auch eine Möglichkeit bieten, die Informationen zu strukturieren, lehnten 8 Teilnehmende deren Gebrauch rundherum ab, während immerhin 4 angaben, sie zu nutzen (je einer vor und während des Interviews, und zwei im Anschluss daran, um noch fehlende Informationen zu erheben).

Leider verwendete nur einer der beiden Teilnehmenden, die nach „Qualitätsstandard“ [4] dokumentierten, seine Dokumentation auch dafür, um seine eigenen klinischen Ergebnisse tatsächlich auch zu evaluieren.

Wie werden Symptome zur weiteren Verarbeitung ausgewählt?

Abgesehen davon, dass eine gewisse Auswahl, wie wir eben gesehen haben, bereits während der manuellen Dokumentation getroffen wurde, gaben zwei Teilnehmende an, vor allem die Symptome aufzuzeichnen, die sie als „auffallender, sonderlich, ungewöhnlich und eigenheitlich (charakteristisch)“ erkannten, und die „allgemeinern und unbestimmtern“ [27: § 153] Zeichen und Symptome wegzulassen. Zwar wird hier bewusst entschieden, welche Symptome aufgezeichnet werden und welche nicht, aber auch hier müsste weiter untersucht werden, in wie weit bei einem solchen Vorgehen der Empfänger selbst eine entscheidende, aber eben auch wiederum subjektive Rolle spielt.

Welche Rolle spielt die therapeutische Beziehung?

Da nur erfahrene Praktiker befragt wurden, verwundert nicht, dass keiner der Befragten Mühe bekundete, während des Interviews den Kontakt zum Patienten aufrecht zu erhalten, obwohl gleichzeitig mitgeschrieben wurde. Interessanterweise gaben lediglich 3 Teilnehmer an, ihre eigenen Fragen zu dokumentieren – noch ein Punkt, der es wert wäre, näher untersucht zu werden, spielt er doch unter anderem darauf an, dass Symptome, die vom Patienten spontan geäußert werden, in der Homöopathie

traditionell höher zu bewerten sind als solche, nach denen gefragt werden musste ([33, 64]).

Sehr auffallend war für mich jedoch, welch großen Wert die Teilnehmenden auf die therapeutische Beziehung zu legen schienen. Obwohl Homöopathen dazu neigen, ihre eigene Rolle im Heilungsprozess zu unterschätzen [35], bemühten sich die Teilnehmer dieser Studie enorm um ihre Patienten und versuchten ihnen das Gefühl zu geben, tatsächlich gehört zu werden – wie wir gesehen haben, selbst auf Kosten der Übersichtlichkeit und Vollständigkeit der Aufzeichnungen.

Selbsteinschätzung der eigenen Dokumentation

Die Zeit für die Organisation der Falldokumentation und deren Archivierung wurde von den Teilnehmenden durchschnittlich auf 3 Minuten pro Konsultation geschätzt – was wohl eher eine grobe Untertreibung (oder Wunschenken?) zu sein scheint, wenn man bedenkt, wie viel Zeit und Aufwand andernorts die medizinische Dokumentation betrieben wird.

Generell war die Zufriedenheit mit der eigenen Dokumentation recht hoch: nur zwei Teilnehmer hatten ernsthafte Bedenken, 6 waren einigermassen zufrieden, und 4 (darunter die beiden, die homöopathische Dokumentationssoftware verwendeten) sehr zufrieden. Gleichzeitig klagten zwei Teilnehmende darüber, dass benötigte Patientendaten oft nicht zur Hand waren, und 4, dass die handschriftlichen Aufzeichnungen unhandlich und aufwändig zu archivieren waren.

Überprüfung der eigenen klinischen Ergebnisse und Qualitätsmanagement

Leider waren die Teilnehmer an dieser Studie nur am Rande an einer Überprüfung ihrer eigenen klinischen Ergebnisse oder an Qualitätsmanagement interessiert. Obwohl 6 Teilnehmer angaben, ihre Fälle durchzugehen, um ihre Verschreibungspraxis zu überprüfen und zu verbessern, taten sie dies nur gelegentlich, und nur ein Teilnehmer nutzte dafür systematisch seine computergestützte Dokumentation.

Auch Messverfahren, die sich dazu eignen, den Behandlungsfortschritt quantitativ zu dokumentieren ([3, 34]), wurden nur von einer Minderheit der Befragten genutzt: 4 nutzten Visuelle Analog-Skalen, um die Intensität von Symptomen zu quantifizieren, und 3 berichteten über Erfahrungen mit dem MYMOP-Fragebogen (•• **Kasten**), aber fanden ihn entweder „zu eindimensional und zeitaufwändig“, vergaßen ihn einzusetzen, oder verwendeten ihn nur vorübergehend.

Weshalb die Teilnehmer an dieser Studie nicht stärker daran interessiert waren, ihre eigenen Behandlungsergebnisse zu evaluieren – sich zum Beispiel zu fragen, welche

MYMOP (Measure Yourself Medical Outcome Profile)

MYMOP ist ein individualisierter Fragebogen zur Einschätzung des Behandlungsergebnisses, der zusätzlich über ein Instrument zur Dokumentation der konventionellen Medikation verfügt [49, 50]. MYMOP ist darauf ausgerichtet, das Erreichen der Ziele der Behandlung quantitativ zu erfassen, die die Patienten selbst als die wichtigsten erachten. Beim Erstkontakt wird der Fragebogen während oder kurz nach der Konsultation ausgefüllt. Die Patienten wählen ein bis zwei Beschwerden aus, für die sie konkret Hilfe suchen, sowie eine Alltagsaktivität, bei der sie sich durch diese Beschwerden eingeschränkt fühlen oder die sie deshalb nicht mehr durchführen können. Die Angaben der Patienten werden in deren eigenen Worten in den Fragebogen eingetragen, und die Intensität der Beschwerden in der Woche davor auf einer Skala von 1–7 bewertet, und zwar von den Patienten selbst. Abschließend wird auch die Lebensqualität auf der Skala bewertet, sowie die Dosierung der eingenommenen Medikamente notiert. Auf den Fragebögen für die Folgekonsultationen bleibt der Wortlaut der Symptome unverändert.

MYMOP wurde mehrfach durch Studien mit Patienten in komplementärmedizinischer und orthodoxer Behandlung erprobt. Das Instrument ist validiert und wurde inzwischen auch in einer großen Zahl von Evaluationsstudien verwendet.

Der Fragebogen und eine ausführliche Anleitung ist kostenlos im Internet erhältlich [51]. Eine (allerdings noch nicht validierte) deutsche Übersetzung können Sie – ebenfalls kostenlos – von der Internetseite der Autorin herunterladen [36].

Mittel sie verwenden und welche Verschreibungen erfolgreich sind –, ist eine interessante, aber nicht einfach zu beantwortende Frage, die unbedingt weiter erforscht werden sollte. Einer der Gründe wird wohl auch der enorme zeitliche Aufwand sein, der damit verbunden ist, manuell dokumentierte Patientendaten aus 10, 20 oder mehr Praxisjahren retrospektiv auszuwerten.

Wie aufwändig es nämlich ist, handschriftliche Falldokumentationen auszuwerten, sieht man daran, wie lange es historisch gebraucht hat, um mit der Auswertung der Fälle von Hahnemann und Bönninghausen auch nur zu beginnen. Wer nicht so lange auf eine systematische Auswertung der eigenen Aufzeichnungen warten

Interviewleitfaden

1. Wie praktizieren Sie?
 1. Einzelpraxis, mit/ohne Angestellte
 2. Gruppenpraxis, mit/ohne Angestellte
 1. Zusammen mit anderen Homöopathen
 2. Mit anderen komplementärmedizinischen Praktikern
 3. Mit Schulmedizinern
2. Welche homöopathische Richtung/Schule bevorzugen Sie?
3. Wie dokumentieren Sie Patienten-Gespräche (Erst- und Folgeanamnesen)
 1. Handschriftlich
 2. Eintippen in den Computer
4. In welcher Form führen Sie die Aufzeichnungen?
 1. Karteikarten
 2. Elektronisch
5. Welche Daten dokumentieren Sie?
 1. Patientendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum) J/N
 2. Behandlungsdaten J/N
 3. Homöopathisches Mittel, Hersteller, Potenz, Einnahme wann/wie J/N
 4. Beschwerden J/N
 5. Familienanamnese J/N
 6. Klinische Diagnose J/N
 7. Klinische/Labor-Befunde J/N
 8. Allopathische Medikation J/N
 9. Allgemeines Befinden/Lebensqualität J/N
6. Verwenden Sie Fragebögen, um Ihre Fälle zu dokumentieren? J/N
 1. Geben Sie diese vor dem Gespräch ab? J/N
 2. Füllen Sie ihn zusammen mit dem Patienten während des Gespräches aus? J/N
 3. Geben Sie ihn nach dem Gespräch ab? J/N
7. Wie dokumentieren Sie ihre Fallanalyse?
8. Wie dokumentieren Sie den Behandlungsverlauf?
9. Wie finden Sie Informationen in Ihren Aufzeichnungen wieder?
10. Für welche Zwecke verwenden Sie Ihre Falldokumentation?
 1. Um den Behandlungsverlauf zu dokumentieren J/N
 2. Um Ihre Verschreibungstechnik zu verbessern J/N
 3. Qualitätsmanagement J/N
 4. Veröffentlichungen und Unterrichtszwecke J/N
 5. Klinische Verifizierung von Symptomen J/N
 6. Teilnahme an klinischen Studien J/N
 7. Andere Zwecke...
11. Verwenden Sie quantitative Messmethoden (Triangulierung)? J/N
 1. Klinische/Laborparameter, konventionelle Medikation vor/während/nach Behandlung
 2. Standardisierte Fragebögen
 3. Nicht-standardisierte Skalen
 4. Andere ...
12. Vertraulichkeit, Datenschutz, Gesetzliche Anforderungen, Datensicherheit
 1. Wer hat Zugang zur Falldokumentation?
 2. Wie gewährleisten Sie Vertraulichkeit?
 3. Wie gewährleisten Sie Datensicherheit?
13. Wie viel Zeit benötigen Sie (durchschnittlich) für
 1. Erstinterview
 2. Folgeinterviews
 3. Fallanalyse
 4. Falldokumentation
14. Stellen Sie die Zeit, die Sie für Fallanalysen/Falldokumentation aufwenden, in Rechnung?
15. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Falldokumentation? Gibt es etwas, das Sie gerne ändern möchten?
16. Möchten Sie den Verlauf dieses Gespräches kommentieren? Haben Sie bestimmte Gesichtspunkte bei der Befragung vermisst?

möchte, sollte sich beizeiten (am besten schon von Anfang an) überlegen, mit entsprechender Software zu arbeiten. Doch scheinen die verfügbaren homöopathischen Dokumentationsprogramme noch nicht wirklich ausgereift zu sein, so dass auch hier noch einiger Handlungsbedarf besteht. Allerdings wird es schwierig sein, die Entwickler dazu zu motivieren, ihre Produkte zu optimieren, wenn sich nur eine kleine Minderheit der Praktiker ernsthaft für die Qualität der Behandlung in ihrer eigenen Praxis interessiert.

Forschende Praktiker?

Man darf sich durchaus ernsthaft fragen, wie eigentlich Theorien in der Homöopathie gebildet und evaluiert werden, wenn wir die Möglichkeiten der EPA nicht nutzen. Empirische Studien zur Theoriebildung und Theorieevaluation haben in der Homöopathie nach wie vor Seltenheitswert. Statt dessen gibt es immer wieder Ideen, die in die homöopathische Diskussion hineingeworfen werden, von denen völlig unklar ist, wie sie sich klinisch bewähren

und wie sie zum theoretischen Ansatz der Homöopathie passen.

Einige Praktiker versuchen daher, entweder einem ahistorischen „Zurück zu Hahnemann“ nachzuleben oder auf Seminaren die neueste Methode nach XY zu erlernen. Die Brauchbarkeit dieser oder jener Theorien kann jedoch nur beurteilen, wer sich die Zeit nimmt, diese in der eigenen Praxis auch zu überprüfen.

Obwohl die Ergebnisse dieser Studie nicht repräsentativ sind, wage ich meine Zweifel daran anzumelden, ob Theorien in der Homöopathie wirklich anhand gut dokumentierter Fälle aufgestellt werden oder ob nicht immer noch stark auf vermeintlich höheres Wissen von Experten gebaut wird, denen zugestanden wird, dass sie ihre Theorien deduktiv von a priori-Annahmen ableiten, die nicht im Einzelnen belegt werden müssen [65]. Trotz einiger interessanter Ansätze, z.B. von Frei [21] und Methner [41], die anhand der Auswertung eigener Praxisfälle einige dieser Expertentheorien infrage stellten, wäre es doch letztlich in unser aller Interesse, wenn noch mehr homöopathisch Praktizierende sich eine forschende Grundhaltung zu eigen machen und diese Theorien selbst anhand der eigenen Fälle systematisch und kritisch evaluieren würden – um auf diese Weise nachvollziehbare, auf gut

dokumentierten Fällen beruhende Prinzipien für die homöopathische Behandlung aufzustellen.

Online zu finden unter:

<http://dx.doi.org//10.1055/s-0030-1257690>

Ulrike Kessler, MSc Hom

Leimenstrasse 42
4051 Basel
Schweiz
E-Mail: info@ulrikekessler.ch



Die Autorin kam nach ihrem Chemie-studium aufgrund eigener Krankheits-erfahrung mit der Homöopathie in Berührung. Sie praktiziert seit 1985, zunächst als Heilpraktikerin in Deutschland, seit 2002 in Basel als kantonal approbierte Homöopathin. Nach Jahren intensiver Lehrtätigkeit und berufspolitischen Engagements folgte ein Master-Studium in Homöopathie (MSc Hom) an der University of Central Lancashire, U.K., das sie 2011 mit einer Arbeit über Qualität homöopathischer Ausbildung abschloss. Ihre Erfahrungen gibt sie auch als Supervisorin weiter, hinzu kommen zahlreiche Übersetzungen und Veröffentlichungen sowie Seminare und Vorträge im In- und Ausland.

•• Literatur

[1] **Arnold R, Siebert H.** Die Verschränkung der Blicke. Konstruktivistische Erwachsenenbildung im Dialog. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren; 2006.

[2] **Baas C.** The challenges of clinical case reporting. Delphi Project Conference, London, 2 April 2003. Homeopathy 2003 (92): 229–231.

[3] **Bleul G.** Aufzeichnung, Dokumentation und Anamnese-Fragebögen. In Bleul G (Hrsg.): Weiterbildung Homöopathie, Band B: Fallaufnahme und Symptomenlehre. Stuttgart: Sonntag; 2008: 47–56.

[4] **Bleul G.** Grundsätze und Elemente der Falldokumentation. AHZ 2009; 254: 28–31.

[5] **Bönninghausen Cv.** Das Krankenjournal. AHZ 1863; 67: 114–116, 121–123, 129–131, 140–141, 147–149, 163–165.

[6] **Breuer F.** Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.

[7] **Castro M.** More research and „realistic“ cases needed. Society of Homeopaths Newsletter; 2008: 23.

[8] **Close S.** The Genius of Homeopathy. Lectures and Essays on Homeopathic Philo-

sophy, with Word Index. 2. Aufl. Philadelphia: Boericke and Tafel; 1924.

[9] **Cohen L, Manion L, Morrison K.** Research Methods in Education. 6. Aufl. London: Routledge; 2007.

[10] **Corbin J, Strauss A.** Basics of Qualitative Research. 3. Aufl., Los Angeles: Sage; 2008.

[11] **Degele N.** Die Computerisierung homöopathischen Wissens, oder: Wie würde Hahnemann heute repertorisieren? 1996. www.doktor-quak.de/pdf/dipl_degele_computer.pdf (Abruf 22. Juli 2011).

[12] **Degele N.** Hahnemann, Repertorisieren und der Computer. ZKH 1998; 42: 229–238.

[13] **Denzin N, Lincoln Y.** Handbook of Qualitative Research. 3. Aufl. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.

[14] **Devisch I, Murray S.** „We hold these truths to be self-evident“: Deconstructing „evidence-based“ medical practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2009; 15: 950–954.

[15] **Dhawale ML.** Principles and Practice of Homoeopathy. Vol. 1, Homeopathic Philosophy and Repertorization. Bombay: Karatak; 1967.

[16] **Dhawale ML.** ICR Operational Manual and Standardized Case Record. 2003. www.mldtrust.org/pub_operationalmanual.html

(Abruf 22. Juli 2011).

[17] **Dinges M.** Hahnemanns Falldokumentation in historischer Perspektive. Naturheilverfahren 2010; 63 (11): 1356–1362.

[18] **Florange U.** Wissenschaftliche Falldokumentation in der Homöopathie: Das Konzept der Niedersächsischen Akademie für Homöopathie und Naturheilverfahren, Celle. AHZ 1990; 235: 140–146.

[19] **Flyvbjerg B.** Five misunderstandings about case-study research. Qualitative Inquiry 2006; 12(2): 219–245.

[20] **Foerster H.** Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In Watzlawick P (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. München: Piper; 2008: 39–60.

[21] **Frei H.** Die Rangordnungen der Symptome von Hahnemann, Bönninghausen, Hering und Kent, evaluiert anhand von 175 Kasuistiken. ZKH 1999; 43: 143–155.

[22] **Friedman D, Gebhart K, Crandall L.** Change Management: an Integral Component of Clinical Transformation. 20003. <http://mthink.com/content/change-management-integral-component-clinical-transformation> (Abruf 22. Juli 2011).

- [23] **Genneper T.** Verifikationen, Fälsifikationen, klinische Symptome. ZKH 2009; 42: 28–33.
- [24] **Glaser B, Strauss A.** The Discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine; 1967.
- [25] **Greenhalgh T.** Primary Health Care: Theory and Practice. London: BMJ Books; 2007.
- [26] **Haas P.** Medizinische Informationssysteme und elektronische Krankenakten. Berlin: Springer; 2004.
- [27] **Hahnemann S.** Organon der Heilkunst. Schmidt J (Hrsg.). München: Urban & Fischer; 2003.
- [28] **van der Hoeven J, Lohman B, Verdegem R.** Emulation for digital preservation in practice. The International Journal of Digital Curation 2007; 2: 123–132.
- [29] **Huber H.** Datensammlung in der homöopathischen Praxis. AHZ 2008; 253: 132–138.
- [30] **Illing K.** Datenverarbeitung in der homöopathischen Medizin. AHZ 1985; 230: 147–152.
- [31] **Janert R.** Kurzer Überblick über computergestütztes Arbeiten in der homöopathischen Praxis. AHZ 2009; 254: 18–20.
- [32] **Kent JT.** Lectures on Homeopathic Philosophy. Lancaster: Examiner printing house, 1900.
- [33] **Kent JT.** What the Doctor Needs to Know in Order to Make a Successful Prescription. Nachdruck der Aufl. von 1900. New Delhi: B. Jain, 2003.
- [34] **Kessler U.** Outcome assessment methods in homeopathic research, theory and practice. Müllheim: University of Central Lancashire, 2008.
- [35] **Kessler U.** Potenzial freisetzen. Homöopathie und die therapeutische Beziehung. AHZ 2009; 254 (5): 14–20.
- [36] **Kessler U.** Downloads: Praxis für Homöopathie. 2011. www.ulrikekessler.ch/downloads.html (Abruf 18. Juli 2011).
- [37] **Klinkenberg CR.** Die Kasuistik als Weg zur Verifikation. ZKH 2009; 53: 22–27.
- [38] **Klinkenberg CR.** Sieben Kriterien für Verifikationen. ZKH 2009; 53: 16–21.
- [39] **Klunker W.** Die Verwendung des Computers in der homöopathischen Praxis, Lehre und Forschung. ZKH 1983; 27: 143–149.
- [40] **Köhler G.** Lehrbuch der Homöopathie. Vol. I, Grundlagen und Anwendung. Stuttgart: Hippokrates; 1982.
- [41] **König P, Nemeth P.** Ein (noch) ungeliebtes Kind: Dokumentation in der homöopathischen Praxis. AHZ 1998; 243: 58–67.
- [42] **Koster D.** Practical everyday science – data collection in routine care. AHZ 2005; 250.
- [43] **Leiner F, Gaus W, Haux R.** Medical Data Management: a Practical Guide. 3. Aufl. Berlin: Springer; 2003.
- [44] **Lucae C.** Grundbegriffe der Homöopathie. Ein Wegweiser für Einsteiger. 2. Aufl. Essen: KVC; 2004.
- [45] **Merriam S.** Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation. Revised and expanded from Qualitative Research and Case Study Applications in Education. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
- [46] **Methner R.** Miasmen zwischen Wahn und Realität. ZKH 2007; 51: 100–109.
- [47] **Möller H.** Homöopathie im Computerzeitalter. ZKH 1990; 34: 51–53.
- [48] **Owen D.** Principles and Practice of Homeopathy. The Therapeutic and Healing Process. Oxford: Churchill Livingstone; 2007.
- [49] **Paterson C.** Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health survey. British Medical Journal, 1996; 312: 1016–1020.
- [50] **Paterson C.** Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure MYMOP2 compared with the SF36 health survey. British Medical Journal, 1998; 316: 312–316.
- [51] **Paterson C.** MYMOP – Intro. 2011. <http://sites.pcmd.ac.uk/mymop/> (Abruf 18. Juli 2011).
- [52] **Rezzani C.** Winchip: computerised homeopathic investigation program: a data collection tool to help the doctor in daily practice to prove and improve homeopathy. British Homoeopathic Journal 2000; 89 (Suppl 1): S41.
- [53] **Richter R.** Soziologische Paradigmen. Wien: WUV Universitätsverlag; 2001.
- [54] **Roberts HA.** The Principles and Art of Cure by Homeopathy. London: Homeopathic Publishing Company; 1936.
- [55] **Roy M.** The Principles of Homeopathic Philosophy. A Self-directed Learning Text. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
- [56] **Schön D.** The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books; 1983.
- [57] **Steinsbekk A.** Data Collection in Homeopathic Practice. A Proposal for an International Standard. 1999. <http://www.homeopathyeurope.org/downloads/datacoll-homprac.pdf?view?searchterm=Steinsbekk> (Abruf 22. Juli 2011).
- [58] **Strübing J.** Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
- [59] **Swayne J.** Homeopathic Method. Implications for Clinical Practice and Medical Science. New York: Churchill Livingstone; 1998.
- [60] **Swayne J.** International Dictionary of Homeopathy. Prepared in Collaboration with the Faculty of Homeopathy and the Homeopathic Trust. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
- [61] **Teut M, Dahler J, Lucae C, Koch U.** Kursbuch Homöopathie. München: Urban & Fischer; 2008.
- [62] **Thompson T, Owen D, Swayne J.** The case for cases: Publishing high-quality case reports in homeopathy. Homeopathy 2002; 91: 1–2.
- [63] **Thompson T.** Can the caged bird sing? Reflections on the application of qualitative research methods to case study design in homeopathic medicine. BMC Medical Research Methodology 2004; 4: 4.
- [64] **Vithoulkas G.** The Science of Homeopathy. New York: Grove Press; 1980.
- [65] **Wischnier M.** Evidenz statt Scholastik. AHZ 2001; 246: 3–8.
- [66] **Wright-Hubbard EW.** A Brief Study Course in Homeopathy. Naudé A (Hrsg.). St. Louis: Formur; 1977.
- [67] **Yasgur J.** Homeopathic Dictionary. 4. Aufl. Greenville: Van Hoy; 1998.
- [68] **Ziebland S, McPherson A.** Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). Medical Education 2006; 40: 405–414.