

Umfrage zum Thema Falldokumentation

Von Rainer Schäferkordt und Susanne Hoffmann

●● Zusammenfassung

Unter den Mitgliedern der 3 großen homöopathischen Berufsverbände wurde eine Umfrage zum Thema Falldokumentation durchgeführt. Schwerpunkt der Erhebung waren das aktuelle Dokumentationsverhalten sowie die Einstellung der Behandler zu einer elektronischen Dokumentation und zur wissenschaftlichen Auswertung von Patientenfällen. Die Umfrage ist Bestandteil des Falldokumentationsprojekts von WissHom.

●● Schlüsselwörter

Falldokumentation, Umfrage, Dokumentationsstandard, elektronische Patientenakte, Forschung.

●● Summary

Among the members of the 3 german major homeopathic professional organizations, a survey was conducted on case documentation. Focus of the survey was the latest documentation behavior and the attitude of the handlers towards an electronic documentation and the scientific evaluation of patient cases. The survey is part of the case documentation project of WissHom.

●● Keywords

Case documentation, survey, documentation standard, electronic health record, research

Hintergrund

Einerseits ist es unbestritten, dass die hohen Ansprüche an die Qualität von anamnestischen Informationen eine außerordentlich präzise Dokumentation notwendig machen und dass Hahnemann hier zu seiner Zeit Maßstäbe setzte. Andererseits scheint innerhalb der von hohen Individualisierungsidealen geprägte Homöopathenschaft die Ablehnung von Standards und die Haltung, dass technische Hilfsmittel im direkten Patientenkontakt als störend empfunden werden, weit verbreitet.

Auch wenn das Thema in den letzten Jahrzehnten in der Literatur vereinzelt diskutiert wurde [13, 6, 16, 3, 12, 15, 7, 11], sind empirische Untersuchungen hierzu äußerst rar. Eine qualitative Befragung von 12 erfahrenen Homöopathen kam zu dem Schluss, dass der Einsatz moderner Dokumentationssysteme kaum stattfindet [8]; die Entwicklung der medizinischen Dokumentation der letzten 20 Jahre scheint die Homöopathie weitgehend ausgeklammert zu haben.

Innerhalb der Sektion Qualitätsförderung der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie e.V. (WissHom) beschäftigt sich das Projekt Falldokumentation mit der Frage, inwieweit die Dokumentation der homöopathischen Behandlung zur Qualität und Weiterentwicklung der Homöopathie beitragen kann. Vor diesem Hintergrund wurde innerhalb der letzten 10 Jahre zunächst unter InHom, dann WissHom ein Dokumentationsstandard entwickelt [2], der 2012 als Konsens der 3 großen homöopathischen Berufsverbände DZVhÄ, BKHD und VKHD verabschiedet

wurde. Die Etablierung eines solchen Standards ist u.a. auch Voraussetzung für den Aufbau einer Falldatenbank innerhalb von WissHom. Durch die Sammlung anonymisierter und unselektierter Falldaten sollen sich mittelfristig neben einer klinischen Verifikation der Materia medica [19, 20, 4, 5, 10, 18] verschiedene Fragestellungen einer empirischen Homöopathieforschung beantworten lassen [20, 9, 22]. Der Aufbau einer solchen Datenbank erscheint nur unter der Voraussetzung einer elektronisch gestützten Dokumentation realistisch.

Fragestellung

Im Rahmen des Projekts Falldokumentation der WissHom wurde eine Umfrage unter den Mitgliedern von DZVhÄ, VKHD und BKHD durchgeführt mit dem Ziel, das aktuelle Dokumentationsverhalten von homöopathischen Behandlern sowie deren Einstellung und Erwartungen bzgl. einer computergestützten Dokumentation zu erheben. Außerdem sollte die Bereitschaft, Falldaten wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung zu stellen, eruiert werden. Daneben war es auch ein Ziel der Umfrage, eine Sensibilisierung für das Thema zu erreichen.

Methodik

Die Befragung fand im September 2012 statt. Nach einer Pilottestung des Fragebogens, der 20 Fragen umfasste, wurde per E-Mail eine Einladung an alle Mitglieder der genannten Verbände geschickt. Auf diesem Weg wurden 3262 Mitglieder des DZVhÄ, 1267 Mitglieder des VKHD (Verband klassischer Homöopathen

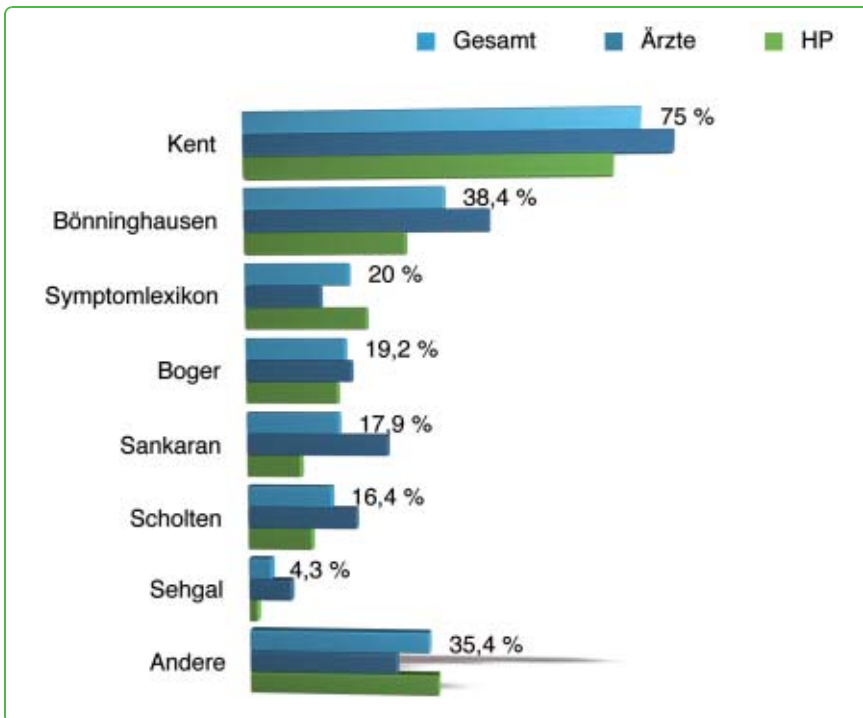


Abb. 1 Angewandte Methoden. (Mehrfachnennungen möglich.)

Deutschlands e.V.) und ca. 2000 Mitglieder des BKHD (Bund klassischer Homöopathen Deutschlands e.V.) angesprochen. Da Doppelmitgliedschaften nicht ausgeschlossen sind, ist die Gesamtzahl der Adressaten nicht genau zu ermitteln. Der Fragebogen wurde über das Internet-Portal „online-umfragen.de“ zur Verfügung gestellt, in das sich die Teilnehmer durch den per E-Mail versandten Link einloggen konnten.

Die Fragen unterteilten sich in folgende Themenbereiche:

1. Personenbezogene Basisdaten: Beruf (Arzt/Heilpraktiker), Fachrichtung, homöopathische Qualifikation, Geschlecht, Alter, Wohnregion.
2. Art der aktuell praktizierten Dokumentation.
3. Zufriedenheit mit der aktuellen Dokumentation.
4. Probleme mit der Dokumentation.
5. Computernutzung zur Dokumentation.
6. Erwartung an ein gutes Dokumentationssystem.
7. Forschung / Wissenschaft.

Als Fragetyp wurde überwiegend Multiple Choice mit Mehrfachantworten gewählt, außerdem fünfstufige Ratingskalen sowie eine Auswahlmatrix. Zusätzlich gab es zu den meisten Fragen die Möglichkeit, Frei-

text als Kommentar anzugeben. Die Auswertung erfolgt deskriptiv und explorativ. Als Zusammenhangsmaß wurde Likelihood Ratio (LR; entspricht mathematisch dem relativen Risiko) gewählt, Gruppenunterschiede wurden mit dem t-Test für unverbundene Stichproben berechnet. Als Software wurde hierzu PSPP Version 0.8.0 eingesetzt.

Ergebnisse

1. Stichprobe

Von insgesamt ca. 6500 Befragten (s.o.) füllten 599 den Fragebogen ganz oder teilweise aus; dies entspricht einem Rücklauf von ca. 9,1%.

255 Teilnehmer (42,6%) gehören zur Berufsgruppe der Ärzte und 355 (57,4%) zur Gruppe der Heilpraktiker (HP). 449 (75%) sind weiblich. Die Altersverteilung entspricht der Normalverteilung (Mittelwert 50,5, SD 8,4). Unter den ärztlichen Fachgruppen sind die Allgemeinmediziner, wie zu erwarten, die stärkste Gruppe (50,2%). 85,5% der Ärzte führen das Homöopathie-Diplom, 75,0% der HP besitzen eine spezifische homöopathische Qualifikation.

Die von den Befragten angewandten Methoden der Fallanalyse sind in

●● Abb. 1 dargestellt. Differenziert man diese Angaben nach Berufsgruppen, ergeben sich signifikante Unterschiede für die Methoden Bönninghausen (Ärzte 48,2%, HP 34,9%), Sankaran (28,1% vs. 11,8%), Sehgal (8,4% vs. 1,6%), Scholten (21,7% vs. 14,0%) sowie Symptomlexikon (14,9% vs. 26,4%). Durchschnittlich 2,4 (± 1,16) unterschiedliche Methoden werden eingesetzt, von den Ärzten etwas mehr als von den HPs (2,56 vs. 2,27), wobei 24,9% mit nur 1 Methode arbeiten, 28,7% mit 2 und 23,2% mit 3 Methoden. Nur 2 der Befragten setzen 7 unterschiedliche Methoden ein.

Zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden folgende Methoden genannt: Vithoulkas (19 Nennungen), Vijayakar (13), Gienow (11), Hahnenmann (8), Laborde (7), Mangialavori (5).

2. Aktuelle Dokumentation

Die Teilnehmer wurden gefragt, wie sie derzeit Patientendaten, Anamnese, Folgekonsultationen, Behandlung, Behandlungsergebnis sowie Abrechnungsdaten dokumentieren. Von 10,4% der Teilnehmer wird angegeben, dass sie ausschließlich Papier für all diese Zwecke nutzen, und nur 2,2% der Befragten nutzen hierzu ausschließlich einen Computer, während die überwiegende Zahl (87,4%) verschiedene Medien nutzt. Zur Dokumentation der Anamnese wird von 82,8% u.a. Papier genutzt (ausschließlich: 32,2%), die Fallverläufe werden von 79,1% u.a. auf Papier dokumentiert (ausschließlich: 37,6%). Die Praxisverwaltungs- oder Abrechnungssoftware wird von 14,5% zur Dokumentation der Anamnese und von 19,2% zur Dokumentation des Verlaufs genutzt; ausschließlich setzen darauf nur 2,5% bzw. 3,7%. Ein großer Teil der Befragten setzt auch eine Repertorisationssoftware zur Dokumentation ein (Anamnese: 38,7%, Verlauf: 35,7%), wobei nur sehr wenige ganz auf dieses Werkzeug setzen (1,2% bzw. 1,5%). Eine spezifisch homöopathische Dokumentationssoftware wird zur Anamnese von 12,0% und zur Verlaufsdocumentation von 11,7% eingesetzt. Auch hier setzen nur sehr wenige vollständig auf dieses Instrument (1,0% bzw. 1,8%). Fragebögen werden in der Anamnese von 21,4% der Befragten eingesetzt, im Verlauf deutlich seltener (5,0%) (●● Tab. 1).

Die Berufsgruppe unterscheiden sich in diesem Bereich lediglich hinsichtlich der Nutzung von Praxisverwaltungssystemen (7,8% der Ärzte nehmen die Verlaufsdokumentation im Praxisverwaltungssystem vor vs. 0,6% der HP).

Zur Frage, wann die Dokumentation vorgenommen wird, geben 39,7% der Befragten an, ausschließlich während der Konsultation zu dokumentieren. 14,2% dokumentieren ausschließlich außerhalb der Konsultation und 46,1% der Befragten dokumentieren während und nach der Konsultation. Eine Differenzierung der verschiedenen Dokumentationsarten nach dem Dokumentationszeitpunkt zeigt keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Neben Form und Zeitpunkt der Dokumentation wurde auch nach den Inhalten gefragt: Was wird anlässlich der Anamnese sowie im Verlauf dokumentiert? Die Ergebnisse sind ●● Abb. 2 zu entnehmen. Eine Differenzierung der Dokumentationsinhalte nach methodischer Ausrichtung der Behandler zeigt ●● Tab. 2.

Auf die Frage, welche Aufgaben die Dokumentation in erster Linie erfüllen sollte, antworteten 94,2% aller Befragten. Die Ergebnisse sind in ●● Abb. 3 dargestellt.

3. Zufriedenheit und Probleme mit der Dokumentation

Generell ist die Zufriedenheit mit der eigenen Dokumentation hoch. Am zufriedensten sind die Behandler, die eine homöopathiespezifische Dokumentationssoftware nutzen, während Nutzer einer reinen Papierdokumentation sowie der Mischdokumentation am wenigsten zufrieden sind (●● Tab. 3).

Die größten Probleme in der Dokumentation werden in der Geschwindigkeit (wie schnell auf bestimmte Informationen zugegriffen werden kann) sowie in der Übersichtlichkeit gesehen.

Die meisten Probleme mit der Geschwindigkeit haben die Behandler, die in einer Praxisverwaltungssoftware dokumentieren (50,0%), gefolgt von denen, die eine Mischdokumentation betreiben (42,2%) sowie den Nutzern der reinen Papierdokumentation (40,2%).

Probleme mit der Übersichtlichkeit kommen am häufigsten bei der Mischdokumentation (49,3%) sowie bei der reinen Papierdokumentation (43,9%) vor.

Tab. 1 Dokumentationsform von Anamnese und Verlaufskonsultationen; n = 599. Mehrfachantworten möglich; inkl = diese Dokumentationsform wird neben anderen genutzt, exkl = diese Dokumentationsform wird ausschließlich genutzt; alle Angaben in Prozent.

Dokumentationsart	Anamnese		Konsultationen	
	inkl	exkl	inkl	exkl
Papierakten	82,8	32,2	79,1	37,6
Praxisverwaltungs- oder Abrechnungssoftware	14,5	2,5	19,2	3,7
homöopathische Dokumentationssoftware	12	1	11,69	1,8
Repertorisationssoftware (Patientenverwaltung)	38,7	1,2	35,7	1,5
Fragebögen	21,4	0,7	5	
quantitative Instrumente wie numerische Ratingskala	3,3		4,3	
Audio- / Video-Aufnahmen	7,4		5	
andere	5,8	0,8	5	1,2
keine Angabe	3,7	5,2		

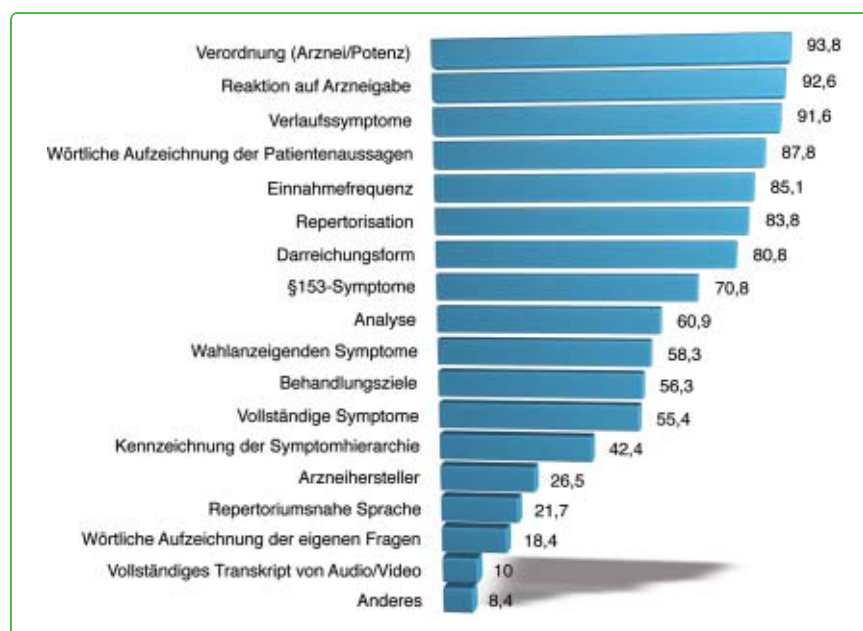


Abb. 2 Was wird dokumentiert? (Angaben in Prozent.)

83,3% der Behandler, die ausschließlich eine homöopathiespezifische Dokumentationssoftware nutzen (n = 6), geben keine Probleme mit der Dokumentation an. Auch bei denen, die ausschließlich eine Repertorisationssoftware zur Dokumentation nutzen (n = 6), ist dieser Anteil mit 67% hoch.

Im Freitext wurden zusätzlich folgende Probleme mit der Dokumentation genannt: Übersichtlichkeit (46 Nennungen), Zeitaufwand zu groß (18), Struktur (17), Integration der Analysesoftware in Praxis-

datenbank (10), Nachvollziehbarkeit nach längerer Zeit (6), Tippen dauert zu lange (6), fehlende Systematik (5).

5. Computernutzung zur Dokumentation

Gefragt wurde nach der Einstellung zu einer computergestützten Dokumentation, nach Erfahrungen, Vorbehalten und Erwartungen. 89,6% der Befragten setzen schon jetzt in irgendeiner Weise einen Computer zur Dokumentation ein. Trotzdem berichten 65,9% Bedenken oder Prob-

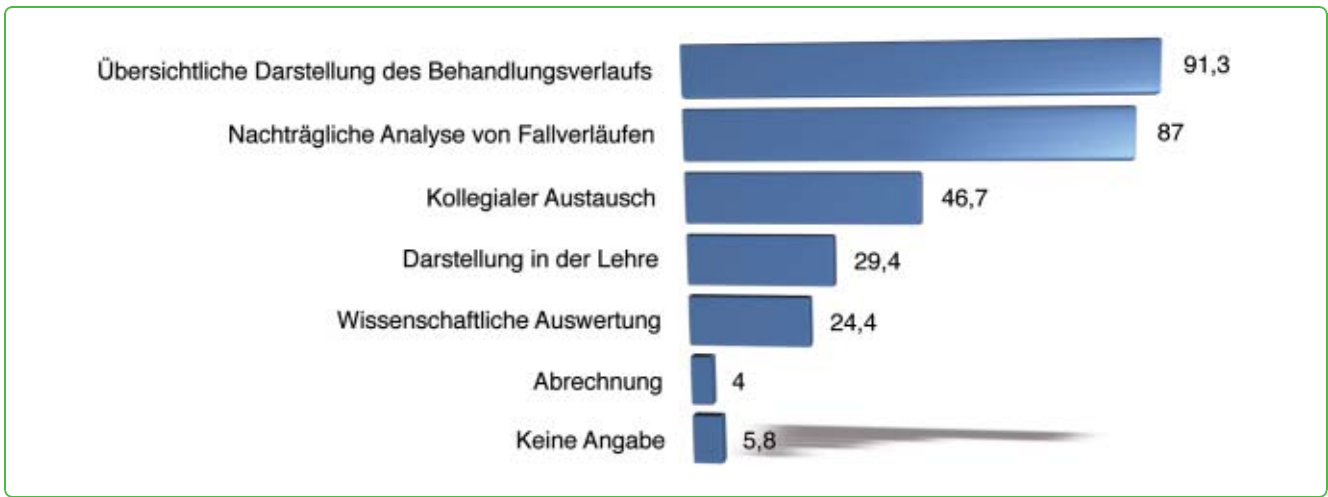


Abb. 3 Welche Aufgaben sollte eine Dokumentation erfüllen? (Angaben in Prozent.)

Tab. 2 Dokumentationsschwerpunkte nach Methoden.
LR = Likelihood Ratio; p = Irrtumswahrscheinlichkeit.

Methode	n		LR	p
Kent	449	Wahlsymptome	8,74	<0,01
		§153-Symptome	6,31	0,01
		Audio/Video-Transkript	5,12	0,02
Bönninghausen	230	Fragebögen	9,54	<0,01
		Verlaufssymptome	5,73	0,02
		vollständige Symptome	5,32	0,02
Symptomlexikon	120	Therapieziele	6,59	0,01
		Fragebögen	5,51	0,02
		eigenes Schema	5,06	0,02
		Repertoriumssprache	4,42	0,04
Boger	115	Therapieziele	9,27	<0,01
		Wahlsymptome	9,16	<0,01
		§153-Symptome	6,25	0,01
		eigenes Schema	4,45	0,03
		Arzneihersteller	4,21	0,04
		Hierarchisierung	4,09	0,04
Sensation/Sankaran	107	Therapieziele	6,14	0,01
		Arzneireaktion	5,45	0,02
		eigenes Schema	4,29	0,04
		Übersichtlichkeit	3,72	0,05
Scholten	98	Analyse	4,25	0,04
		vollständige Symptome	4,06	0,04
Sehgal	26	Fragebögen	4,18	0,04

leme diesbezüglich. 21,7% können sich nicht vorstellen, die Dokumentation der homöopathischen Behandlung am PC durchzuführen, weil das Tippen länger dauert als das Schreiben per Hand. 12,4% sehen keine Vorteile und 5,0% sagen, dass eine elektronische Dokumentation nicht zur Homöopathie passe. 12,2% können sich vorstellen, verstärkt den PC zur

Dokumentation zu nutzen, fürchten aber eine Beeinflussung ihrer Arbeitsweise, während 11,4% Bedenken bzgl. der Datensicherheit („Haltbarkeit“ der Daten) haben. 11,2% geben an, noch nicht die richtige Software gefunden zu haben, und 4,8% haben Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes. 34,1% der Befragten haben keine Bedenken.

Computer als Störfaktor

Inwieweit wird der Computer im Patientenkontakt als Störfaktor wahrgenommen? 58,8% der Befragten äußern die Befürchtung, der Patient könne den Eindruck gewinnen, der Behandler beschäftige sich mehr mit dem PC als mit ihm (dem Patienten). 58,6% stimmen der Aussage zu, dass die uneingeschränkte Zuwendung zum Patienten ein wichtiger Bestandteil der Homöopathie sei. 14,5% meinen, der Patient könne misstrauisch werden, weil er nicht sieht oder auch weil er sieht, was der Behandler am PC macht. 20,5% nehmen die Geräusche des PC als störend wahr und 15,7% die Größe von Computer oder Monitor. Lediglich 17,0% der Befragten geben an, dass ein Computer den Kontakt zum Patienten nicht stört.

Eine Differenzierung nach Alter und Berufsgruppe ergibt, dass diejenigen, die sich von der Größe oder den Geräuschen eines PC gestört fühlen, signifikant jünger sind als diejenigen, die dies nicht stört (Differenz der Mittelwerte in Altersjahren = 3,34; p < 0,01), während weniger HPs als Ärzte angeben, ein PC störe generell nicht (LR = 7,01; p = 0,01).

Homöopathiespezifische Software

13,0% der Befragten geben an, eine spezifisch homöopathische Software zur Dokumentation von Anamnese oder Verlauf einzusetzen, und 41,4% geben an, die Patientenverwaltung ihrer Repertoriumsoftware hierzu zu nutzen. Eine genauere Spezifizierung der Nutzung der Repertoriumsoftware ergibt allerdings, dass nur 6,0% tatsächlich die Patientenverwaltung

des Repertoriums nutzen und 62,3% lediglich patientenbezogene Repertorisierungen speichern. Befragt danach, warum keine homöopathiespezifische Software eingesetzt wird, sind die am häufigsten angegebenen Gründe: „mit Papierakten zufrieden“ (26,0%), „Nutzung des PCs stört die Konsultation“ (24,4%), „Papier ist individueller“ (23,9%), „ich habe mich noch nicht damit beschäftigt“ (14,2%), „ich besitze eine solche Software nicht“ (11,0%). Probleme mit der homöopathischen Software selbst (zu kompliziert, zu zeitaufwendig, nicht angepasst, fehlende Schnittstelle) wurden nur von 2,2–5,8% der Befragten angegeben.

Erwartungen an ein gutes Dokumentationssystem

Danach befragt, welche Bedingungen eine gute Dokumentationssoftware erfüllen sollte, nennen 55,8% der Befragten eine übersichtliche Darstellung des Behandlungsverlaufs. Für 50,4% ist die Dokumentation schon während des Patientenkontakts wichtig und 50,8% geben an, dass der zeitliche Aufwand nicht höher sein dürfte als bisher. 27,7% wünschen sich, dass eine solche Software zur Erhöhung der Verordnungssicherheit beiträgt und 26,9% wünschen sich eine Möglichkeit zur wissenschaftlichen Auswertung. Nur 5,3% sagen, dass sie unter keinen Umständen eine solche Software einsetzen würden.

Weitere im Freitext genannte Erwartungen an ein gutes Dokumentationssystem betreffen v.a. die Kosten sowie die technischen Möglichkeiten zur Vereinfachung der Dokumentation (Sprach- und Handschrifterkennung).

7. Falldokumentation als Forschungsinstrument

43,2% der Befragten wären grundsätzlich bereit, anonymisierte Fälle wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung zu stellen. Als Grund hierfür wurde am häufigsten angegeben: Beitrag zur Akzeptanz der Homöopathie (12 Nennungen), Erfahrungsaustausch (5), um aus Fehlern zu lernen (4), Weiterentwicklung der Homöopathie (4), Erbringung eines Wirkungsnachweises (2).

10,0% der Befragten würden ihre Fälle nicht für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung stellen. Die am häufigsten ge-

Tab. 3 Zufriedenheit und Probleme mit der aktuellen Dokumentationsform.

Die Frage bot als Antwortmöglichkeit eine Likert-Skala mit 5 „Smileys“, die in die Werte 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) transformiert wurden. Bei den Problemen waren Mehrfachnennungen möglich; die Dokumentationsart umfasst die Bereiche Anamnese und Verlauf.

Dokumentationsart	n	Zufriedenheit	Probleme
Mischdokumentation	367	2,2	keine Probleme: 31,9% Übersichtlichkeit: 49,3% Geschwindigkeit: 42,2% Archivierung: 11,4% Kommunikation: 6,3% Datenschutz: 3,5%
ausschließlich Papierdokumentation	172	2,2	keine Probleme: 38,4% Übersichtlichkeit: 43,9% Geschwindigkeit: 40,2% Archivierung: 12,2% Kommunikation: 5,5% Datenschutz: 1,8%
ausschließlich Praxisverwaltungssoftware	14	2	keine Probleme: 21,4% Geschwindigkeit: 50,0% Übersichtlichkeit: 28,6% Kommunikation: 14,4% Archivierung: 7,1%
ausschließlich Repertorisationssoftware	6	1,8	keine Probleme: 66,7% Übersichtlichkeit: 16,7% Geschwindigkeit: 16,7%
ausschließlich homöopathiespezifische Dokumentationssoftware	6	1,7	keine Probleme: 83,3% andere Probleme: 16,7%

nannten Gründe hierfür sind: der Zeitaufwand, eigene Fälle aufzubereiten (16 Nennungen), Arbeitsaufwand/Fälle erst aus dem Handschriftlichen übertragen zu müssen (12), Unsicherheit bzgl. der eigenen Fälle (7).

40,4% der Befragten sind diesbezüglich unentschlossen (keine Angabe: 6,3%).

Weder Berufs- und Altersgruppen noch die Geschlechter unterscheiden sich signifikant in diesem Punkt. Eine Differenzierung nach methodischer Ausrichtung zeigt lediglich für die Boger-Gruppe eine leicht erhöhte Forschungsbereitschaft (LR = 3,34; p = 0,07). Auch die Art der Dokumentation lässt keinen Rückschluss auf das Forschungsinteresse zu. Ein Zusammenhang zeigt sich aber mit den Inhalten der Dokumentation: Die Aufzeichnung von Verlaufs- und wahlanzeigenden Symptomen, der Fallanalyse, der Repertorisierung, des Arzneierstellers sowie die Verwendung einer repertoriumsnahen Sprache korrelieren signifikant mit der Bereitschaft zur Auswertung der eigenen Fälle (LR = 4,61–8,28; p = 0,3–0,001).

Diskussion

Die Rücklaufquote von 9,1% entspricht in etwa dem, was in einer thematisch selektierten Stichprobe zu erwarten ist. Das Interesse an diesem Thema kann als durchschnittlich gewertet werden. Der Rücklauf in der Berufsgruppe der Ärzte war etwas geringer als unter den Heilpraktikern. Die Mitgliederstruktur des DZVhÄ wird leicht verzerrt abgebildet: Die Teilnehmer der Umfrage zeigen einen etwas höheren Anteil in der Gruppe der 40–50-Jährigen und einen etwas niedrigeren bei den über 60-Jährigen als unter den Mitgliedern des DZVhÄ. Der Frauenanteil ist niedriger als unter den Mitgliedern (61% vs. 72%); auch ist der Anteil an Diplom-Inhabern deutlich größer als im ZV-Durchschnitt (58%). Von den beiden anderen Berufsverbänden existieren keine Vergleichsdaten.

Dokumentationsinhalt Schaut man zunächst darauf, **was** in der homöopathischen Behandlung dokumentiert wird, so fällt auf, dass die sog. §153-Symptome, die in der Regel als das „Herzstück“ der Homöopathie angesehen werden, ledig-

lich von ca. 70% der Befragten notiert werden. Von deutlich größerer Wichtigkeit scheint die wörtliche Dokumentation von Patientenaussagen zu sein. Bei nur einem Viertel findet die Subjektivität und Dynamik des Anamnesegesprächs einen Niederschlag in der Dokumentation (Items „wörtliche Aufzeichnung der eigenen Fragen“ sowie „vollständiges Transkript“ unter Berücksichtigung der Mehrfachnennungen).

Dokumentationssprache Die Dokumentation in einer repertoriumsnahen Sprache, die fast ebenso häufig angegeben wurde, bildet die andere Seite dieses Spektrums: Hier steht die Erfassung objektiver- und abgleichbarer Daten im Vordergrund, was sich auch in der erhöhten Forschungsaffinität dieser Gruppe ausdrückt. Dass diese beiden Gruppen statistisch jedoch nicht abgrenzbar sind, zeugt von einer polypragmatischen Haltung in der homöopathischen Dokumentation: Die Aufzeichnung in der Sprache des Patienten und der des Repertoriums schließen sich nicht unbedingt aus. Inwieweit dieser polypragmatische Ansatz sich auf die Behandlung auswirkt und von den Therapeuten reflektiert wird, muss offen bleiben.

Sowohl in der Anamnese als auch in den Folgekonsultationen fällt der hohe Anteil derer auf, die Verlaufssymptome dokumentieren. Dies bestätigt den schulübergreifend hohen Stellenwert der Verlaufsbeurteilung innerhalb der Homöopathie. Wahlanzeigende Symptome werden hingegen nur von knapp 60% der Befragten dokumentiert, ein Faktor, der besonders die retrospektive Nachvollziehbarkeit von Fällen erschwert, was auch von den Befragten selbst geäußert wird. Dass mehr als 6% die Arzneiverordnung nicht notieren, irritiert etwas; abgesehen von einer wahrscheinlich eher kleinen Zahl Mnemoniker unter den Homöopathen ist hier vielleicht auch von einer gewissen „Dunkelziffer“, also einer fehlerhaften Beantwortung der Frage, auszugehen. Relativ niedrig ist der Anteil derer, die den Arzneiersteller dokumentieren, was daran liegen mag, dass darin weniger ein Nutzen für die eigentliche Behandlung als mehr für eine wissenschaftliche Auswertung gesehen wird.

Homöopathische Schule Die Differenzierung der Dokumentationsschwerpunkte nach homöopathischer Schule spiegelt in vielen Punkten den jeweiligen methodischen Ansatz wieder. ●● Tab. 2 könnte als eine Art empirische „Leitsymptomsammlung“ der Schulen gelesen werden, wobei die LR-Werte die „Wertigkeit“ der „Symptome“ angeben³¹²³. In dieser Lesart zeigt die Methode nach Boger die meisten und die nach Sehgal die wenigsten „Dokumentations-Charakteristika“.

Dokumentationsweise Bezüglich der aktuellen Dokumentationsweise fällt auf, dass zwar in nahezu 90% der Praxen ein Computer zu Dokumentationszwecken eingesetzt, die Dokumentation der eigentlichen homöopathischen Behandlung hiervon jedoch weitgehend ausgespart wird: In ca. 80% kommt sowohl in der Anamnese als auch im Verlauf noch Papier zum Einsatz, damit deutlich häufiger als in der durchschnittlichen Arztpraxis [14]. Das Konzept der „elektronischen Patientenakte (ePA) ist bisher in nur wenigen homöopathischen Praxen in nennenswertem Umfang realisiert. Die Gründe hierfür liegen einerseits in der bekannten – vermeintlichen – Unvereinbarkeit von Homöopathie und Computern, die bereits frühere Untersuchungen entdeckten [8]: Der Computer wird als Störfaktor generell und besonders im Behandler-Patienten-Kontakt wahrgenommen, die Individualität einer homöopathischen Behandlung lasse sich nur auf Papier abbilden.

Interessanterweise empfinden die jüngeren Homöopathen diesen Störfaktor stärker als die älteren. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die jüngere Generation zwar technikaffiner ist, die Praktizierung der Homöopathie jedoch ein eher „natürlich“ orientiertes Gegengewicht darstellen soll, während die älteren diesbezüglich pragmatischer sind und stärker im Praxisalltag stehen. Interessant wäre, inwieweit die Vermutung, dass Patienten sich durch den Einsatz eines Computers gestört fühlen, von diesen auch bestätigt wird, zumal der Computer mittlerweile alle Lebensbereiche „unterwandert“ hat. Daneben spielen auch rein praktische Hürden eine Rolle („Tippen dauert länger als das Schreiben mit der Hand“). Die Unterschiedslosigkeit der Dokumentationsarten im Hinblick auf den Dokumentationszeit-

punkt bestätigt diese Befürchtung jedoch nicht.

Zufriedenheit mit der vorhandenen Dokumentationsform Ein weiterer Grund für die konservative Dokumentationsform mag allerdings auch die fehlende Änderungsmotivation sein: Die Zufriedenheit mit der derzeitigen Dokumentation ist, über alle Dokumentationsformen hinweg, insgesamt hoch. Zwar geben 40–50% derer, die mit Papier arbeiten, Probleme mit der Übersichtlichkeit und Zugriffsgeschwindigkeit ihrer Dokumentation an. Eine konventionelle Praxisverwaltungssoftware scheint jedoch nicht unbedingt eine Lösung für diese Probleme zu sein: In der Gruppe, die ausschließlich eine solche Software einsetzt, bestehen die meisten Probleme interessanterweise auch in der Zugriffsgeschwindigkeit. Mit Abstand am wenigsten Probleme haben die Nutzer eine homöopathiespezifischen oder Repertoriumssoftware. Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind die Daten der letzten 3 Gruppen allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig. Andererseits wird die Patientenverwaltung der Repertoriumssoftware nur von wenigen der Befragten zur Dokumentation der eigentlichen Behandlung genutzt, obwohl diese fast überall vorhanden ist. Die Gründe dafür liegen aber weniger in der Software selbst, als in der Ablehnung einer elektronischen Dokumentation.

Homöopathische Forschung Der hohe Anteil derjenigen, die bereit wären, anonymisierte Falldaten wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung zu stellen, ist erfreulich. Ein etwa ebenso hoher Teil der Befragten ist diesbezüglich noch unentschlossen; die Gründe hierfür wurden leider nicht erhoben. Die Gründe für eine ablehnende Haltung lassen sich vor allem unter die Themen „Arbeitsaufwand“ und „Unsicherheit bzgl. der Qualität der Fälle“ subsumieren, was sich z.B. mit Bass [1] deckt; nur vereinzelte Aussagen bezogen sich auf eine generelle Ablehnung homöopathischer Forschung. Dass diese Bereitschaft mit dem Umfang und der Qualität der eigenen Dokumentation korreliert, erscheint schlüssig; dass die Boger-Gruppe einen höheren Anteil an „Forschungswilligen“ aufweist, ist zumindest dahingehend plausibel, dass es zu dieser Methode eine

dezidierte „Boger-Forschung“ gibt, wenn auch vor allem historisch ausgerichtet (z.B. [21]).

Schlussfolgerung

Die Dokumentation der homöopathischen Behandlung ist ein wichtiges Element sowohl unter Qualitätsgesichtspunkten als auch für eine empirisch ausgerichtete „intrinsische“ Forschung, die die Validierung und Weiterentwicklung der Homöopathie zum Gegenstand hat. In der Umfrage wurde deutlich, dass seitens der Behandler ein großes Interesse an dieser Forschung besteht und eine hohe Bereitschaft zur Mitarbeit, aber auch Vorbehalte bzgl. einer „Technisierung“ der Homöopathie. Diese Bedenken sollten auch aus der Patientenperspektive erforscht werden. Behandler sollten ermutigt werden, ihre Dokumentation so zu führen, dass sie den verschiedenen Ansprüchen gerecht wird. Auch wenn Kritik an existierenden Dokumentationssystemen geäußert wird, so scheinen Schwierigkeiten weniger technischer als organisatorischer Art zu sein. Zudem scheint es lohnenswert, näher zu bestimmen, welche Elemente der Dokumentation für welche Zielsetzungen entscheidend sind, um den Aufwand der Dokumentation in Grenzen zu halten.

Danksagung Unser Dank gilt allen Teilnehmern der Umfrage, den Pilottestern sowie dem freien Softwareprojekt PSPP (Statistiksoftware).

Weitere Informationen und Materialien zum Thema Falldokumentation und zum WissHom-Forschungsprojekt sind zu finden unter www.falldokumentation.de.

●● Anmerkungen

1 Rutten et al. [17] schlagen vor, solche LR-Werte in Repertoriumswertigkeiten umzurechnen, wobei ein Wert zwischen 1,5 und 3 einem einwertigen, zwischen 3 und 6 einem zweiwertigen und über 6 einem dreiwertigen Eintrag entspricht.

●● Literatur

[1] **Baas C.** The pitfalls of clinical case research: lessons from the Delphi Project. *Homeopathy* 2004; 93(1): 21–26

- [2] **Bleul G.** Grundsätze und Elemente der Falldokumentation: Konsensus aus drei Konferenzen des DZVhÄ und InHom. 2010. Im Internet: www.falldokumentation.de; Stand: 14.05.2014
- [3] **Degele N.** Hahnemann, Repertorisieren und der Computer. *ZKH* 1998; 42: 229–238
- [4] **ECH.** Clinical Verification of Symptom Pictures of Homeopathic Medicines. Im Internet: www.homeopathyeuropa.org/publications/guidelines; Stand: 14.05.2014
- [5] **ECH.** Data Collection in Homeopathic Practice. Im Internet: www.homeopathyeuropa.org/publications/guidelines; Stand: 14.05.2014
- [6] **Huber H.** Datensammlung in der homöopathischen Praxis. *AHZ* 2008; 253: 132–138
- [7] **Illing K.** Datenverarbeitung in der homöopathischen Medizin. *AHZ* 1985; 230: 147–152
- [8] **Kessler U.** Forschende Praktiker? *ZKH* 2011; 55 (4): 191–200
- [9] **Kessler U, Schäferkordt R.** Viele Tropfen ergeben einen Ozean. *Homöopathie Konkret* 2012; 3: 95–98
- [10] **Klinkenberg CR.** Die Kasuistik als Weg zur Verifikation. Vortrag ICE 8. Im Internet: www.falldokumentation.de; Stand: 14.05.2014
- [11] **Klunker W.** Die Verwendung des Computers in der homöopathischen Praxis, Lehre und Forschung. *ZKH* 1983; 27: 143–149
- [12] **König P, Nemeth P.** Ein (noch) ungeliebtes Kind: Dokumentation in der homöopathischen Praxis. *AHZ* 1998; 243: 58–67
- [13] **Kösters C.** Falldokumentation als Teil eines homöopathischen Dokumentationssystems. Vortrag ICE 8, 2008. Im Internet: www.falldokumentation.de; Stand: 14.05.2014
- [14] **Krüger-Brand H.** IT-Anwenderstudie: Potenziale noch ausbaufähig. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(26)
- [15] **Möller H.** Homöopathie im Computerzeitalter. *ZKH* 1990; 34: 51–53
- [16] **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
- [17] **Rutten ALB, Stolper CF, Lugten RFG.** Repertory and likelihood ratio: time for structural changes. *Homeopathy* 2004; 93(3): 120–124
- [18] **Schäferkordt R.** Klinische Verifikation der Materia medica unter Anwendung des Bayes'schen Theorems. *AHZ* 2014; 259(3): 24–28

- [19] **van Wassenhoven M.** Scientific Framework of Homeopathy – Evidence Based Homeopathy 2013. Im Internet: www.lmhi.org; Stand: 14.05.2014
- [20] **van Wassenhoven M:** Third Edition of LMHI Guidelines on Clinical Verification of Homeopathic Symptoms. Im Internet: www.lmhi.org; Stand: 14.05.2014
- [21] **Winter N, Ahlbrecht J.** Die Homöopathie C.M. Bogers, Band 1. Leer: Grundlagen & Praxis; 2004
- [22] **Wischnier M.** Homöopathie und Medizinteorie. *ZKH* 2011; 55(4): 172–182



Dr. med. Rainer Schäferkordt

Fritz-Reuter-Str. 23
19258 Boizenburg
E-Mail: info@falldokumentation.de

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, niedergelassen in Kassenpraxis. 1. Vorsitzender der Gesellschaft homöopathischer Ärzte (LV Schleswig-Holstein/Hamburg), Koordination des Forschungsprojekts Falldokumentation für die Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie (WissHom), Entwickler der Dokumentationssoftware Analogon.



Susanne Hoffmann

Dorfstr. 26
25474 Bönningstedt
E-Mail: info@hoffmann-susanne.de

Ärztin. Zusatzbezeichnung Homöopathie, Homöopathie-Diplom DZVhÄ. Seit 2010 als Homöopathin in eigener Privatpraxis niedergelassen. Parallel seit 2013 an den IV-Verträgen teilnehmende Ärztin in Weiterbildung zur FÄ für Allgemeinmedizin. Tätig im Vorstand des Landesverbands Schleswig-Holstein und Hamburg (Gesellschaft homöopathischer Ärzte). Projekte: Falldokumentation WissHom.