

Gerhard Bleul

## Grundsätze und Elemente der Falldokumentation: Konsensus aus drei Konferenzen des DZVhÄ und InHom\*

Bislang wurden drei Konsensuskonferenzen zur Falldokumentation veranstaltet: 2002 in Basel, 2004 und 2008 in Köthen (Anhalt). In diesen Konferenzen haben Vertreterinnen und Vertreter des DZVhÄ und InHom unter der Moderation von Gerhard Bleul Grundsätze und Elemente der Falldokumentation in der Homöopathie diskutiert. Die Ergebnisse dieser drei Konsensuskonferenzen sind im folgenden Beitrag zusammenfassend dargestellt.

Konferenz	Teilnehmerinnen und Teilnehmer
<p><b>1. Konferenz am 3. Mai 2002 in Basel</b> während der gemeinsamen Jahrestagung von SVHA und DZVhÄ</p>	<p>Cees Baas (Eindhoven) Hans Baitinger (Nürnberg) Claudia Becker-Witt (Berlin) Gotthard Behnisch (Detmold) Gerhard Bleul (Bad Camberg) Franz Bonsch (Freiburg) Jacques Imberechts (Brussels) Rolf Janert (Aspach) Curt Kösters (Hamburg) Peter Minder (Binningen) Heinz Möller (Stuttgart) Urs Rentsch (Liestal) Werner Schade (Dohma) Frank Ulbrich (Schlangenbad)</p>
<p><b>2. Konferenz am 21. Mai 2004 in Köthen</b> während der gemeinsamen Jahrestagung von ÖGHM und DZVhÄ</p>	<p>Gerhard Bleul (Bad Camberg) Franz Bonsch (Freiburg) Oliver Frohnert (Essen) Andreas Gärtner (Albershausen) Lisa Harth (München) Ose Hein (München) Rolf Janert (Aspach) Johann Kleber (Ebersberg) Carl Rudolf Klinkenberg (Ettlingen) Peter König (Eisenstadt) Curt Kösters (Hamburg) Jürgen de Laporte (Esslingen) Christoph Laurentius (Berlin) Stefanie Regensburger (München) Werner Schade (Dohma) Karin Schick (Berlin) Dierk Wittig Hans Zwemke (Berlin)</p>
<p><b>3. Konferenz am 21. November 2008 in Köthen</b> während des 8. Internationalen Coethener Erfahrungsaustausches (ICE 8)</p>	<p>Gerhard Bleul (Selters) Heinz Huber (Bad Imnau) Carl Rudolf Klinkenberg (Ettlingen) Curt Kösters (Hamburg) Marco Righetti (Zürich) Thorsten Stegemann (Bad Imnau) Michael Teut (Berlin) sowie Diskussionsteilnehmer aus dem Plenum</p>

\*In: Schwere Pathologien – Kasuistik und Fallmanagement. Dokumentation der Kongressbeiträge. Schriftenreihe des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom). ICE 8. Köthen (Anhalt) 2010.

## I. Ziele einer Falldokumentation

Ziel einer Falldokumentation ist

- einerseits die vollständige Rekonstruktion des Falles für den Arzt/die Ärztin,
- andererseits auch die Nachvollziehbarkeit des Falles für andere,
- darüber hinaus die Beantwortung bestimmter Fragen der Forschung.

Jeder homöopathische Fall kann als eine Fallstudie verstanden werden, die strukturiert und nach festgelegten qualitativen und auch quantitativen Kriterien abgebildet werden kann, um sie in Bezug auf gezielte Fragestellungen auswerten zu können. Zugleich soll die Arbeit in der Praxis durch die Falldokumentation qualitativ verbessert werden.

Letztlich wird der Umfang der Dokumentation von jedem Arzt und jeder Ärztin 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.

## II. Zweckbestimmungen einer Falldokumentation

Folgende Situationen/Fragestellungen werden durch die Empfehlungen der Konsensuskonferenzen abgedeckt:

### 1. Eigene Praxis: Minimalstandard

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 Qualitätsstandard in einer Praxis soll weiteren Anforderungen genügen, nämlich der Fallrekonstruktion durch andere (v.a. Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, aber auch Supervisoren), und eine eventuelle spätere Auswertung für wissenschaftliche Zwecke oder Publikationen ermöglichen.

Die folgenden vier Situationen verlangen die Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin und stellen weitere besondere Anforderungen. Der Patient/die Patientin sollte einer anonymen und pseudonymisierten Auswertung seiner Daten zustimmen. Die Zustimmung ist zu dokumentieren.

### 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 der AHZ 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 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.

## III. Elemente einer Falldokumentation

Die Elemente der Falldokumentation für alle sechs genannten verschiedenen Anforderungen sind im Folgenden in Tabellenform einzeln aufgelistet und in der abschließenden Tabelle zusammengefasst.

<b>1. Elemente der Falldokumentation: Minimalstandard Praxis</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Name, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum
<b>Arzt-ID</b>	nicht nötig
<b>Fall-ID</b>	alle Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	Stichworte [evtl. sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, wahlanzeigende Symptome [Definition: bestimmte Symptome eines Krankheitsfalles, welche charakteristisch für den Krankheitsfall und gleichzeitig für ein entsprechendes Arzneimittel sind und somit dessen Wahl nahelegen]
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit)
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde relevante Laborbefunde relevante apparative Diagnostik
<b>Arznei</b>	Arzneiname, Potenz, Applikationsform [evtl. Begründung der Wahl]
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome) [optional: Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel]

<b>2. Elemente der Falldokumentation: Qualitätsstandard Praxis</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Name, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum
<b>Arzt-ID</b>	Name (bei mehreren Ärzten)
<b>Fall-ID</b>	alle Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [optional: umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome [Definition: den Einzelfall bezeichnende, von anderen ähnlichen Krankheitsfällen unterscheidende Symptome (nach Hahnemann auffallende, sonderliche, ungewöhnliche, eigenheitliche Symptome, ORG § 153)] wahlanzeigende Symptome, weitere deutliche Symptome, verlaufsrelevante Symptome, alle ärztlichen Beobachtungen
<b>Diagnose</b>	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) [optional: Beschwerdeintensität der Nebenbeschwerden] [optional weitere Outcome-Parameter], Therapieziele, Ätiologie (falls relevant), erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)
<b>Konstitution</b>	Körperbau, körperliche Merkmale, Eigenschaften ohne Krankheitswert
<b>frühere Krankheiten</b>	alle, besonders sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	alle, besonders sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde, relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich), Arzneiname, Hersteller, Potenz, Applikationsform, Einnahmевorschrift
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, Veränderung aller Symptome (evtl. Skala), neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden] [optional weitere Outcome-Parameter, Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel. Nachbeobachtungszeit nach Therapieende]

<b>3. Elemente der Falldokumentation: Präsentation in der Lehre</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, Alter (evtl. Geburtsjahr)
<b>Arzt-ID</b>	Name
<b>Fall-ID</b>	wesentliche Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	Stichworte / Sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [evtl. möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome]
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit), Therapieziele, Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], [evtl. erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome), außerhalb des Behandlungsauftrags]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	Relevante körperliche Befunde [evtl. relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik].
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmenvorschrift [evtl. Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich)]
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende

<b>4. Elemente der Falldokumentation: Supervision im Rahmen der Weiterbildung</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, Geburtsdatum
<b>Arzt-ID</b>	Name
<b>Fall-ID</b>	wesentliche Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [evtl. möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome]
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit) Therapieziele, Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], [evtl. erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde [evtl. relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik]
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich), Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmевorschrift
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende

<b>5. Elemente der Falldokumentation: Lehre Publikation</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, Alter [evtl. Geburtsjahr]
<b>Arzt-ID</b>	Name, Adresse
<b>Fall-ID</b>	wesentliche Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	Stichworte / Sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [optional: möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome, verlaufsrelevante Symptome]
<b>Diagnose</b>	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) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Therapieziele, [evtl. Ätiologie], [optional: erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde, relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmenvorschrift. [evtl. Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich) ], [evtl. Arzneihersteller]
<b>Begleittherapie</b>	Andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende

<b>6. Elemente der Falldokumentation: Forschung</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, (evtl. Geburtsdatum oder nur:) Geburtsjahr
<b>Arzt-ID</b>	Name, Adresse, Tätigkeitsgebiet
<b>Fall-ID</b>	Daten der Behandlung, Datum des Berichts
<b>Anamnesebericht</b>	sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [optional: möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, verlaufsrelevante Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome]
<b>Diagnose</b>	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) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], weitere Outcome-Parameter nach Fragestellung, Therapieziele, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende. [optional: Einschätzung des Fallverlaufs und der Prognose prospektiv [optional: erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	evtl. alle, oder: sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	evtl. alle, oder: sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde, relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich), Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmевorschrift, [optional: Hersteller]
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], weitere Outcome-Parameter, Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende. Eine Wirksamkeitsbeurteilung verlangt zwingend die kritische Einschätzung von Bias-Faktoren, z.B. die Abgrenzung von Effekten anderer Therapien oder vom Spontanverlauf.

## Elemente der Falldokumentation: Übersicht 1-6

	1. Praxis: Minimal- standard	2. Praxis: Qualitäts- standard	3. Lehre: Präsen- tation	4. Lehre: Super- visionsfall	5. Lehre: Publi- kation	6. Forschung
<b>Patienten-ID</b>						
Name	x	x				
Adresse	x	x				
Code			x	x	x	x
Geschlecht	x	x	x	x	x	x
Geburtsdatum	x	x		x		(x)
Alter			x		x	
Geburtsjahr					(x)	x
<b>Arzt-ID</b>						
		Name (bei mehreren Ärzten)	Name	Name	Name, Adresse	Name, Adresse, Tätigkeitsgebiet
<b>Fall-ID</b>						
Daten der Behandlung	alle	alle	wesentliche	wesentliche	wesentliche	wesentliche
Datum des Berichts						x
<b>Anamnesebericht</b>						
Stichworte	x		x		x	
Sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen	(x)	x	x	x	x	x
möglichst umfassende wörtliche Mitschrift		(x)	(x)	(x)	(x)	(x)
vollständige Symptome		x	x	x	x	x
Gesamtheit der Symptome		x	x	x	x	x
<b>Symptome</b>						
wesentliche Klagen des Patienten	x	x	x	x	x	x
charakteristische Symptome		x	x	x	x	x
wahlanzeigende Symptome	x	x	x	x	x	x
weitere deutliche Symptome		x	(x)	(x)	(x)	(x)
verlaufsrelevante Symptome		x			(x)	x
ärztliche Beobachtungen		alle	wesentliche	wesentliche	wesentliche	wesentliche

	1. Praxis: Minimal- standard	2. Praxis: Qualitäts- standard	3. Lehre: Präsen- tation	4. Lehre: Super- visionsfall	5. Lehre: Publi- kation	6. Forschung
<b>Diagnose</b>						
Krankheitsname(n)	x	x	x	x	x	x
bisherige Dauer der Krankheit	x	x	x	x	x	x
akut / chronisch		x	x	x	x	x
Stadium (sofern zu unterscheiden)		x	x	x	x	x
Schweregrad bzw. Beschwerdegrad, möglichst auf einer Skala (0-10) durch Arzt oder Patient (vermerken!)		x	(x)	(x)	x	x
Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit)	x	x	x	x	x	x
Erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)		x	(x)	(x)	(x)	(x)
Therapieziel		x				x
Outcome-Parameter		x				x
<b>Konstitution</b>						
Körperbau		x				
körperl. Merkmale		x				
Eigenschaften ohne Krankheitswert (Kriterien aufführen, Praxisrelevanz!)		x				
<b>frühere Krankheiten</b>		x			(x)	(x)
sofern relevant für die Arzneiwahl	x	x	x	x	x	x
<b>familiäre Krankheiten</b>		x			(x)	(x)
sofern relevant für die Arzneiwahl	x	x	x	x	x	x
<b>Befund</b>						
Relevante körperliche Befunde	x	x	x	x	x	x
Relevante Laborbefunde	x	x	(x)	(x)	x	x
Relevante apparative Diagnostik	x	x	(x)	(x)	x	x

	1. Praxis: Minimal- standard	2. Praxis: Qualitäts- standard	3. Lehre: Präsen- tation	4. Lehre: Super- visionsfall	5. Lehre: Publi- kation	6. Forschung
<b>Arznei</b>						
Begründung der Wahl	(x)	x	x	x	x	x
Ausschluss anderer Arzneimittel (differen- zierender MM- Vergleich)		x	(x)	x	(x)	x
Arzneiname	x	x	x	x	x	x
Hersteller		x			(x)	(x)
Potenz	x	x	x	x	x	x
Applikationsform	x	x	x	x	x	x
Einnahmевorschrift		x	x	x	x	x
<b>Begleittherapie</b>						
andere Arzneimittel	x	x	x	x	x	x
weitere Verfahren	x	x	x	x	x	x
Selbstbehandlung		x	x		x	x
<b>Verlauf</b>						
jede Folgekonsultation	x	x	x	x	x	x
Veränderung aller Hauptsymptome	x	x	x	x	x	x
Veränderung aller Symptome (evtl. Skala)		x		(x)		(x)
neue Therapiewahl mit Begründung	x	x	x	x	x	x
Bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurati- ve, NB-Symptome)	x	x	x	x	x	x
Effekte während des Verlaufs (z.B. He- ring'sche Regel)	(x)	x	x	x	x	x
Vergleich des Behand- lungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel	(x)	x	x	x	x	x
Nachbeobachtungszeit nach Therapieende		x	x	x	x	x

Gerhard Bleul  
 Arzt für Allgemeinmedizin / Homöopathie, Chirotherapie  
 Kontakt: post@gerhard-bleul.de