

Richtlinien zur Fallberichterstellung

Zertifizierung Anthroposophic Body Therapist

Stand: April 2022



Vorbemerkung:

Diese Richtlinien zur Erstellung einer Patientendokumentation sind als Hilfestellung gedacht. Die angeführten Gesichtspunkte sollen Anregungen geben und Anhaltspunkte für die Ausarbeitung aufzeigen. Sie zu beachten ist wünschenswert.

Die schriftlichen Arbeiten sind selbständig erarbeitete Beiträge zur Lösung von Aufgabenstellungen. Sie dokumentieren, dass ein Thema auf der Grundlage von eigenen Beobachtungen und Erfahrungen, ggf. unter Verwendung von Fachliteratur erarbeitet wurde.

Anmerkung: Formulierungen im folgenden Text werden grundsätzlich geschlechtsneutral gesehen und verwendet.

Ziel:

Ziel der Dokumentation ist eine umfassende, sowohl medizinisch als auch anthroposophisch-menschenkundliche Darstellung eines Behandlungsverlaufes

Ausführung:

Schrift: Verdana

Schriftgrößen:

Überschrift 1:16

Überschrift 2 und 3: 14

Standard: 10

Fußzeile: Seitenzahl rechtsbündig, Seite 1 von ? und Titel des Blattes

Umfang: maximal 15 Seiten mit Zeichnungen, Bildern oder Fotos (ohne Befundbögen, Inhaltsverzeichnis und Anhang mit Literatur-/Quellenverzeichnis), Befundbögen und Dokumentation der einzelnen Behandlungen im Anhang.

Abgabetermin: nach Vereinbarung.

Erläuterungen:

Mögliche inhaltliche Kriterien zur Selbstkontrolle und zur Beurteilung:

Befunde/Diagnose:

1. Die Beschreibungen der Befunde sind verständlich, folgerichtig, ausreichend genau und auf wichtige Elemente beschränkt.
2. Die Diagnose wird verstanden, fachlich richtig interpretiert und auf die angewendete Methode bezogen.

Das Krankheitsbild ist medizinisch und anthroposophisch-menschenkundlich kurz und verständlich im Zusammenhang dargestellt. Die Schilderung geht auf das Krankheitsgeschehen in Bezug zu den Wesensgliedern oder der Dreigliederung ein.

Fragen und Besonderheiten werden aufgezeigt.



Behandlungsverlauf und Reaktionen:

1. Die Reaktionen des Patienten sind geschildert und in Bezug zur Behandlung gedeutet.
2. Der Behandlungserfolg wird an den Beobachtungen aufgezeigt.
3. Die Beurteilung einzelner Behandlungsteile kann den Erfolg/Misserfolg darstellen.
4. Die Wirkung der Behandlung wird mit dem Krankheitsgeschehen und dem Behandlungsziel in Beziehung gesetzt und ausgewertet.

Selbstreflexion:

Warum habe ich diesen Patienten, diese Krankheit gewählt?

Welche neuen Erkenntnisse und Erfahrungen kann ich an der Beschreibung des Einzelfalls gewinnen?

Das eigene therapeutische Vorgehen wird dargestellt und kritisch hinterfragt.

Kriterien (s.a. Checkliste):

1. Was ist das Besondere an diesem Fall?
2. Patienteninformation (z.B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Beruf)
3. Hauptsymptome des Patienten – Betrachtung/Einbettung unter anthroposophisch-medizinischen Gesichtspunkten
4. Medizinische, familiäre, psychosoziale Anamnese – einschließlich Ernährung, Lebensführung und genetischer Disposition; relevante Begleiterkrankungen
5. Bisherige Interventionen und deren Ergebnisse
6. Klinische Befunde
7. Therapeutische Intervention
8. Änderungen der Intervention (mit Gründen)
9. Optional: Behandlungsergebnis und weitere Nachuntersuchungen
10. Optional: Andere Behandlungen und deren Behandlungsergebnisse

Vergleichende Patientendokumentation

Hierfür wird von jedem Patienten mehrfach der Befund erhoben, es werden mehrere Behandlungen vorgenommen. Das gesammelte Material wird geordnet und gegliedert.

Für jeden einzelnen Patienten werden die Befunde zusammenfassend beschrieben.

Weiterführende Aspekte:

Was ist mein therapeutisches Ziel? / Ziel des / der Patienten?

Wie treffe ich die Wahl für die Vorgehensweise in Bezug zur Methode?

Welche Prozessgestalt in welcher Intention, Qualität, Intensität halte ich für angebracht?

Beschreiben der Vorgehensweise innerhalb der ersten Behandlung jedes einzelnen Patienten und der Folgebehandlungen mit den Angaben von Behandlungsort, Interventionsformen und ihrer Abfolge.

Aufzeigen der Struktur der Behandlungsserie (zeitlich, räumlich, z.B. unter Zuhilfenahme einer Graphik/Zeitschiene). Beschreiben, welche unmittelbare Wirkung und welche Prozesswirkung an den Verlaufszeichen beobachtbar waren (zeitlich, reaktiv, räumlich, durch Wiederholung, durch Vergleich).

Thematisch vergleichen und die Beschreibungen der weiteren Patienten zum Vergleich hinzuziehen.

Die Beurteilung erfolgt durch den Mentor und den Koordinator oder seinen fachlichen Stellvertreter, das Ergebnis wird schriftlich mitgeteilt. Auf Wunsch erfolgt eine Besprechung.

