

# Antrag auf Verlängerung des Homöopathie-Zertifikats für Therapeut\*innen



An  
**SQhT**  
**Stiftung für Qualität in der**  
**homöopathischen Therapie**  
Frauengraben 24  
89073 Ulm

## Allgemeine Angaben zur Person

Vorname

Titel

Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer (Praxis)

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Fax

E-Mail

Website

## Gebühren

Gebühr für den  
Zertifizierungs-Zeitraum (jährlicher Einzug 72,00 €)

**144,00 €**

**Die Gebühr wird jährlich fällig, unabhängig von der Einreichung der  
Fortbildungsnachweise alle zwei Jahre.**

Mit dieser Gebühr werden neben den Überprüfungs- und Verwaltungskosten v.a. die Öffentlichkeitsarbeit und die Weiterentwicklung der Qualitätskonzepte finanziert.

## Ich werde in meiner homöopathischen Arbeit die folgenden Qualitätsmerkmale beachten:

- Meine homöopathischen Verschreibungen erfolgen nach dem Ähnlichkeitsprinzip.
- Ich verordne Einzelmittel auf Grundlage der Symptome, die durch Arzneimittelprüfungen am Gesunden, toxikologischen Erkenntnissen oder klinischen Erfahrungen bekannt sind.
- Durch eine umfassende Anamnese und einen nachvollziehbaren Weg der Fallanalyse individualisiere ich das Krankheitsgeschehen meiner Patient\*innen. Vorerkrankungen und familiäre Erkrankungen werden einbezogen, wenn die methodische Vorgehensweise dies erfordert.
- Alle therapeutischen Entscheidungen, wie: Arzneiwahl, Potenzwahl, Anwendung und Dosierung der Arznei, Beratung und Anweisungen, mögliche begleitende Maßnahmen, Folgeverschreibungen, Vergabe von Folgeterminen oder Bitte um Rückmeldung, Beobachtung und Beurteilung von Arzneireaktionen und Behandlungsverlauf sowie praktische Gegebenheiten, werden an die Lebensumstände und Lebensweise der Patient\*in für jeden einzelnen Behandlungsfall angepasst.
- Ich kläre meine Patient\*innen über alle Rahmenbedingungen der Behandlung auf. Dies betrifft u.a. die Kosten und den Ablauf der geplanten Behandlung.
- Anamnese, Arzneiwahl, Folgeverschreibungen, Fallverlauf und Kernpunkte der Beratung werden nachvollziehbar dokumentiert.
- Ich kläre meine Patient\*innen über medizinisch relevante Informationen auf.
- Ich nehme meine medizinische Sorgfaltspflicht ernst und beachte die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen.

## Ich erkläre mit meiner Unterschrift:

1. dass meine Angaben in diesem Antrag und den beigegeführten Unterlagen der Wahrheit entsprechen,
2. dass die weitere Verleihung des Homöopathie-Zertifikats mit keinem Rechtsanspruch verbunden ist,
3. mein Einverständnis, dass meine Antragsunterlagen bei der SQhT verbleiben,
4. mein Einverständnis, dass die Gebühr für den Zertifizierungszeitraum eingezogen wird. Die Gebühr wird jährlich fällig, unabhängig von der Einreichung der Fortbildungsnachweise,
5. mein Einverständnis, dass ich mich mit Erhalt der Zertifikatsverlängerung zur homöopathischen Fortbildung von 30 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten und zusätzlich 8 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten klinischen Fortbildung pro Jahr verpflichte. Zur zeitnahen und schnelleren Bearbeitung wird um unaufgeforderte Einreichung der Fortbildungsnachweise alle zwei Jahre zum Ablaufdatum des Zertifikats bei der SQhT-Geschäftsstelle gebeten,
6. mein Einverständnis, dass mein Name und meine Anschrift in der SQhT-Therapeutenliste veröffentlicht wird,
7. mein Einverständnis, dass mein Name aus der SQhT-Therapeutenliste gestrichen und der Stempel entzogen wird:
  - a) bei Entzug der Therapie-Erlaubnis durch den Staat,
  - b) wenn nicht im Sinne der oben genannten Kriterien für eine qualitative homöopathischen Behandlung therapiert wird,
  - c) wenn der Nachweis der Fortbildungen nicht erbracht wird und ohne Angabe von Gründen (bspw. Schwangerschaft, lange Krankheit) auch nach Erinnerung nicht nachgereicht wird,
8. die Kenntnisnahme, dass der Stempel Eigentum der SQhT bleibt,
9. mein Einverständnis, dass die SQhT berechtigt ist, die Voraussetzungen und Kriterien sowie die Gebühren der Zertifizierung in der Zukunft neu zu aktualisieren. Einen Rechtsanspruch auf die Verlängerung der Zertifizierung zu den heutigen Bedingungen besteht nicht.
10. dass ich die Ethik-Richtlinien anerkenne und mich verpflichte, diese einzuhalten, um damit einen angemessenen und würdigen Rahmen für meine berufliche Tätigkeit zu schaffen.

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller\*in

# SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen



**Zahlungsempfänger\*in:** Stiftung für Qualität in der homöopathischen Therapie,  
Frauengraben 24, 89073 Ulm

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97B0300000586819

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (bitte Zertifikats-Nummer eintragen)

Hiermit ermächtige ich die SQhT, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SQhT auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Dafür anfallende Bankgebühren gehen zu meinen Lasten.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, bei nicht Einverständnis, die Nachzertifizierungsgebühr, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname Kontoinhaber\*in, falls nicht identisch

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

BIC: \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_

(Bitte deutlich und in Druckbuchstaben schreiben)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

## Allgemeine Anforderungen

- Verpflichtung zur homöopathischen Fortbildung von 30 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten pro Jahr.
- Verpflichtung zur klinischen Fortbildung von 8 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten pro Jahr.

Zur zeitnahen und schnelleren Bearbeitung wird um unaufgeforderte Einreichung der Fortbildungsnachweise alle zwei Jahre zum Ablaufdatum des Zertifikats bei der SQhT-Geschäftsstelle gebeten.

## Sonderregelung für Therapeut\*innen über 65 bzw. 67 Jahre

Bis zum 31.12.2027 gilt die folgende Regelung: Therapeut\*innen mit dem Homöopathie-Zertifikat der SQhT, die über 65 Jahre alt sind, können auf Antrag von der Fortbildungsverpflichtung entbunden werden. Sollte eine Zertifizierungsverlängerung gewünscht werden, wird der ausgefüllte „Antrag auf Verlängerung“ benötigt. Die Nachzertifizierungsgebühr bleibt von der Entbindung der Weiterbildungspflicht unberührt.

Ab dem 1.1.2028 gilt statt obiger Regelung die folgende: Für Therapeut\*innen mit dem Homöopathie-Zertifikat der SQhT, die über 67 Jahre alt sind und mindestens 20 Jahre Praxiserfahrung nachweisen können, kann auf Antrag die Anzahl der für die Erfüllung der Fortbildungspflicht notwendigen Unterrichtseinheiten halbiert werden. Die verbleibende Fortbildungspflicht kann zu 100 Prozent (anstatt der üblichen 50 Prozent) durch die Teilnahme an oder die Leitung von Arbeitskreisen erfüllt werden.

Für Therapeut\*innen, die zum Zeitpunkt des 31.12.2027 gemäß obiger Regelung von der Fortbildungspflicht befreit sind, bleibt diese Befreiung auch über den 1.1.2028 hinaus bestehen (Bestandsschutz).

## Allgemeine Anforderungen an Fortbildungsbescheinigungen

- Titel der Fortbildung
- Name der Teilnehmer\*in
- Name der Dozent\*in inkl. Berufsbezeichnung
- Datum der Fortbildung
- Themenübersicht und/oder Lernziele
- Anzahl der Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten – homöopathische und klinische Fortbildungen bitte getrennt auflisten; 1 UE entspricht 1 CME-Punkt (Continuing Medical Education = Punkte für ärztliche Fortbildung) = 45 Minuten
- Unterschrift der/des Seminarveranstalter\*in und/oder Dozent\*in

## Was ist, wenn ich in manchen Jahren viele Fortbildungen und in anderen wenige nachweisen kann?

- Fortbildungen können bei „Übererfüllung“ der Fortbildungspflicht nur auf die nächsten 2 Folgejahre übertragen werden.
- Fortbildungen müssen bei „Mindererfüllung“ der Fortbildungspflicht in den nächsten 2 Folgejahren nachgeholt werden.

## Anerkennungskriterien für homöopathische Fortbildungen

Eine Homöopathie-Fortbildung sollte schwerpunktmäßig die Homöopathie, orientiert an den Qualitätskriterien für homöopathische Arbeit der SQhT, zum Inhalt haben. Beispiele:

- Anamneseführung
- Fallanalyse
- Repertorisation
- Arzneiwahl
- Materia Medica
- Fallmanagement
- Fragen der Dosierung
- Behandlungsstörungen (Antidotierung, Heilungshindernisse etc.)
- Homöopathieforschung, Homöopathiegeschichte
- Patientenführung (z.B. Falldokumentation, Ethik, Beziehungssupervision zu Problemen mit Patient\*innen)
- Gesprächsführung (z.B. Umgang mit schwierigen Patient\*innen, Therapeutische Kommunikation, Gewaltfreie Kommunikation)
- Einweisung in die Handhabung von Arbeitsmitteln (z.B. Computer-Repertorisation) Homöopathische Verreibungen, wenn dabei die gesamte Theorie der Verreibung und der Arzneimittelherstellung vermittelt wird. Verreibungen als Selbsterfahrung werden nicht anerkannt.

Ausgeschlossen von der Anerkennung sind Veranstaltungen, die nicht auf den therapeutischen oder homöopathischen Aspekt abzielen, z.B. Aufstellungen, Meditationen u.a.

## Anerkennungskriterien für klinische Fortbildungen

Als klinische Fortbildungen werden Fortbildungen zu folgenden Themengebieten anerkannt:

- Medizinische Grundlagen wie Anatomie, Physiologie, Pathologie, Untersuchungsmethoden
- Weiterführende Fortbildungen in den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Pathologie, Pharmakologie, Mikrobiologie, Hygiene, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Dermato-Venerologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Klinische Chemie, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Radiologie, Rechtsmedizin, Urologie.
- Fortbildungen zu Diagnostik, semiotischer Diagnostik, Untersuchungs- und Anamnesetechniken, Prävention, Impfsymposien, Erste-Hilfe-Kurse
- Fortbildungen zu Therapierichtungen, die im Hufelandverzeichnis gelistet sind (ohne Homöopathie), vorausgesetzt sie haben Berührungspunkte zu Homöopathie und zu medizinischen Fragestellungen (z.B. Ernährungsberatung, Osteopathie). Fortbildungen zu relevanten Gesetzestexten (Arzneimittelgesetz, IfSG, Patientenrechtegesetz usw.)

## Allgemeine Anerkennungskriterien für Fortbildungen

Um die verschiedenen Fortbildungsbedürfnisse von Therapeut\*innen zu berücksichtigen und dabei auch Anregungen zu schaffen, Neues auszuprobieren, erkennt die SQhT ein großes Spektrum verschiedener Fortbildungsformen an. Diese Fortbildungsformen werden in zwei Gruppen eingeteilt (s. Tabelle auf der Folgeseite):

- **Gruppe 1:** Enthält vor allem „klassische“ Fortbildungsformen. Mit Fortbildungen aus Gruppe 1 kann die Fortbildungspflicht zu 100 Prozent erfüllt werden (also 30 UE pro Jahr für Homöopathie, 8 UE pro Jahr für Klinik). D.h. eine Einreichung ausschließlich von Fortbildungen, die Gruppe 1 zugeordnet sind, ist möglich.
- **Gruppe 2:** Enthält auch Formen kollegialen Austauschs sowie „Lernen durch Lehren“. Mit Fortbildungen aus Gruppe 2 können nur max. 50 Prozent der Fortbildungspflicht erfüllt werden (also max. 15 UE pro Jahr für Homöopathie, 4 UE pro Jahr für Klinik). D.h. es müssen zusätzlich Fortbildungen aus Gruppe 1 eingereicht werden.

Dies gilt sowohl für homöopathische als auch für klinische Fortbildungen.

Fortbildungen können sowohl in der traditionellen Präsenzform als auch online durchgeführt werden. Für Online-Fortbildungen gelten zusätzlich unsere „Kriterien für Online-Fortbildungen“ (zugehörige Informationsbroschüre bitte im Download-Bereich unserer Webseite herunterladen oder bei der Geschäftsstelle erfragen).

Die SQhT behält sich vor, im Einzelfall Fortbildungen nicht anzuerkennen.

| Fortbildungsform                                                                                                                                                                                                                                                                        | Anerkennungsbedingungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gruppe 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Teilnahme an Seminaren, Fachvorträgen und Workshops, auch auf Konferenzen, Tagungen u.ä.                                                                                                                                                                                                | Nachweis über Teilnahmebescheinigung des Fortbildungsanbieters                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Gruppe 2 – max. 15 UE pro Jahr für Homöopathie, max. 4 UE pro Jahr für Klinik</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Arbeitskreis mit Leitung</b><br>(Teilnahme), inkl. Studienkreis, Forschungsgruppe, Falldokumentationsprojekte, Expertenrunde etc.                                                                                                                                                    | Nachweis über Teilnahmebescheinigung durch die Leitung<br>(Sammelbestätigungen reichen aus, Einzeltermin-Dokumentation nicht notwendig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Arbeitskreis ohne Leitung</b><br>(Teilnahme), inkl. Studienkreis, Forschungsgruppe, Falldokumentationsprojekte, Expertenrunde etc.                                                                                                                                                   | Nachweis durch Kurzdokumentation mit Datum, Uhrzeit, UE à 45 min, Kurzprotokoll über Themen (Fälle, Arzneimittel etc.), Nennung und Unterschrift eine*r Ansprechpartner*in<br>(Sammelbestätigungen reichen aus, Einzeltermin-Dokumentation nicht notwendig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Supervision (Teilnahme)</b><br>Fallsupervision, Beziehungssupervision<br>Auch: Assistenz                                                                                                                                                                                             | Nachweis über Teilnahmebescheinigung durch die Leitung<br>(Sammelbestätigungen reichen aus, Einzeltermin-Dokumentation nicht notwendig)<br>Eine Praxis-Assistenz im Sinne einer Mitarbeit unter Anleitung kann mit 1 UE/Praxistag anerkannt werden, wenn dies entsprechend dokumentiert und vom Supervisor bestätigt wird.<br>Anmerkung: Absolvent*innen der Zertifikatsprüfung können während ihrer 3-jährigen Supervisionszeit mit ihren Supervisionsstunden 100% der Fortbildungspflicht abdecken.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Intervision (Teilnahme)</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | Nachweis durch Kurzdokumentation mit Datum, Uhrzeit, UE à 45 min, Kurzprotokoll über Themen (Fälle, Arzneimittel etc.), Nennung und Unterschrift eine*r Ansprechpartner*in<br>(Sammelbestätigungen reichen aus, Einzeltermin-Dokumentation nicht notwendig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Konsil mit Leitung (Teilnahme)</b><br>inklusive Lehrpraxis                                                                                                                                                                                                                           | Nachweis über Teilnahmebescheinigung durch die Leitung<br>(Sammelbestätigungen reichen aus, Einzeltermin-Dokumentation nicht notwendig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Konsil ohne Leitung (Teilnahme)</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | Nachweis durch Kurzdokumentation mit Datum, Uhrzeit, UE à 45 min, Kurzprotokoll über Themen (Fälle, Arzneimittel etc.), Nennung und Unterschrift eine*r Ansprechpartner*in<br>(Sammelbestätigungen reichen aus, Einzeltermin-Dokumentation nicht notwendig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Dozenturen</b> , also das Halten von Seminaren, Fachvorträgen und Workshops, auch auf Konferenzen, Tagungen u.ä.<br>(Nicht: Dozenturen im Rahmen von Ausbildungsgängen)                                                                                                              | Nachweis durch Kurz-Dokumentation, es gelten die Anforderungen an Fortbildungsbescheinigungen (s.o.). Dozenturen werden mit derselben Anzahl der UE anerkannt, die auch den Teilnehmern der entsprechenden Fortbildung bescheinigt werden.<br>Die Veranstaltung muss innerhalb der vergangenen 2 Jahre stattgefunden haben.<br>Die Dozentur kann alle 6 Jahre wieder eingereicht werden sofern der Inhalt wesentlich überarbeitet wurde.<br>Die SQhT behält sich vor, die Anzahl der anzuerkennenden UE zu kürzen oder die Anerkennung ganz zu verweigern, wenn gleichzeitig oder zuvor die Anerkennung für ein nah verwandtes Fortbildungsthema beantragt wurde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Arbeitskreis-Leitung</b>                                                                                                                                                                                                                                                             | Nachweis durch Kurz-Dokumentation, es gelten die Anforderungen an Fortbildungsbescheinigungen (s.o.)<br>(Sammelbestätigungen reichen aus, Einzeltermin-Dokumentation nicht notwendig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Publikationen (Print und Digital):</b><br><br>Artikel in Fachzeitschriften, Sammelbänden oder Fachbüchern (Autor*in oder Co-Autor*in)<br>z.B. wissenschaftliche Artikel, Falldarstellungen, Rezensionen<br><br>Fachbücher (Autor*in, Co-Autor*in, Übersetzer*in oder Herausgeber*in) | Für alle Publikationen gilt grundsätzlich:<br>Mindestumfang: 1 Normseite entspricht 1.500 Zeichen inkl. Leerzeichen.<br>Der Inhalt der Publikation muss mit Quellenangaben unterlegt sein.<br>Das Erscheinungsdatum muss innerhalb des aktuellen Antragszeitraums liegen.<br>Reprints sind von einer Anerkennung ausgenommen.<br><br>Mindestumfang: 1 Normseite, 1 UE pro vollständiger Normseite, max. 8 UE pro Artikel<br>Nachweis durch Angabe von: Titel des Artikels, Zeitschriftenausgabe bzw. Name des Buches/Sammelbandes, Seitenangabe (von/bis), Zahl der Normseiten/Zeichenzahl, Rolle als Autor*in oder Co-Autor*in, Artikel in PDF-Form<br>Mindestumfang: 60 Normseiten. Pauschale Anerkennung von 30 UE pro Buch.<br>Nachweis durch Angabe von: Buchtitel, Co-Autor*innen, Verlag, Erscheinungsjahr, Seitenzahl, Link auf entsprechende Verlagsseite oder beliebige Shop-Seite, Angabe der Rolle als Autor*in, Co-Autor*in, Übersetzer*in oder Herausgeber*in |
| <b>Interaktive Fortbildungen der DHZ</b><br>(Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift)<br>Betrifft nur klinische Fortbildungen                                                                                                                                                                | Bescheinigung der DHZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### Die SQhT verwendet dabei folgende Definitionen:



Ein **Arbeitskreis** (AK) ist ein Zusammenschluss von Kolleg\*innen zu einem bestimmten gemeinsamen Zweck. Dazu gehören neben AK im engeren Sinne<sup>1</sup> auch Studienkreise, Forschungsgruppen, Falldokumentationsprojekte, Expertenrunden u.a. Ein Arbeitskreis kann mit oder ohne Leitung organisiert sein.

**Supervision** ist eine berufsbezogene Unterstützung in Einzel- oder Gruppensitzungen. Die Leitung hat eine Supervisor\*in, deren primäre Aufgabe in der Förderung des Selbstreflexionsprozesses liegt. Themen können neben homöopathischen Fallbesprechungen auch Beziehungsthematiken sein. Dementsprechend muss die Supervisor\*in nicht zwangsläufig Homöopath\*in sein, sondern kann auch aus dem psychosozialen Bereich stammen.

**Intervision** (auch „kollegiale Beratung“) beinhaltet eine Beratungsform des kollegialen Austausches „auf Augenhöhe“ zur Reflexion der beruflichen Tätigkeit in der eigenen Praxis (z.B. Behandlungen, Organisation, Methodik). Intervision findet zu zweit oder in einer Gruppe statt, dabei grundsätzlich ohne Leitung, ggf. mit wechselseitiger Moderation.

**Konsil** bezeichnet die patientenbezogene Beratung einer Therapeut\*in durch eine Kolleg\*in (Heilpraktiker\*in, Ärzt\*in, Psychotherapeut\*in etc.), die im Rahmen ihrer speziellen fachlichen Expertise<sup>2</sup> Empfehlungen für therapeutische und/oder weiterführende diagnostische Maßnahmen ausspricht. Das Konsil kann ohne Leitung – etwa im Zweiergespräch – durchgeführt werden, oder aber mit Leitung im Rahmen einer Gruppe.  
Hinweis: Im Allgemeinen wird ein Konsil als therapeutische Leistung eingestuft.

<sup>1</sup> Mögliche Inhalte im Kontext eines homöopathischen AK: Klinisch-medizinische Themen, homöopathische Arzneimittel oder Kasuistiken, ggf. auch mit anteiliger Supervision oder Intervision, d.h. mit der Möglichkeit für die Teilnehmenden, eigene Fälle einzubringen.

<sup>2</sup> z.B. neurologisch, kardiologisch, onkologisch oder auch bzgl. spezieller homöopathischer Methoden

## Fortbildungen / Nachweise

Seit der letzten Zertifizierung habe ich mich über die unten aufgeführten Maßnahmen homöopathisch fortgebildet.

Bitte tragen Sie gut leserlich die Fortbildungen nach fortlaufendem Datum ein und fügen für jede eingetragene Fortbildung den Nachweis in Kopie bei.

| Datum der FB | Genaue Bezeichnung der <b>homöopathischen</b> FB | UE à 45 Min. |
|--------------|--------------------------------------------------|--------------|
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |

☐ Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenten)  
vom \_\_\_\_\_  
(mehrere Datumsangaben möglich) zum ersten Mal  
gehalten habe.

☐ Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenten)  
vom \_\_\_\_\_  
(mehrere Datumsangaben möglich) zuletzt vor  
mindestens 6 Jahren gehalten habe.

Die SQhT behält sich vor, die Anzahl der anzuerkennenden UE für Dozenten zu kürzen oder die Anerkennung ganz zu verweigern, wenn gleichzeitig oder zuvor FB-Punkte für ein nahe verwandtes Thema ebenfalls per Dozentur beantragt werden/wurden

Seit der letzten Zertifizierung habe ich mich über die unten aufgeführten Maßnahmen klinisch fortgebildet.  
Bitte tragen Sie gut leserlich die Fortbildungen nach fortlaufendem Datum ein und fügen für jede eingetragene Fortbildung den Nachweis in Kopie bei.

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenturen) vom _____ (mehrere Datumsangaben möglich) zum ersten Mal gehalten habe.                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenturen) vom _____ (mehrere Datumsangaben möglich) zuletzt vor mindestens 6 Jahren gehalten habe. |
| Die SQhT behält sich vor, die Anzahl der anzuerkennenden UE für Dozenturen zu kürzen oder die Anerkennung ganz zu verweigern, wenn gleichzeitig oder zuvor FB-Punkte für ein nahe verwandtes Thema ebenfalls per Dozentur beantragt werden/wurden |                                                                                                                                                                          |

### Die SQhT verwendet dabei folgende Definitionen:



Ein **Arbeitskreis** (AK) ist ein Zusammenschluss von Kolleg\*innen zu einem bestimmten gemeinsamen Zweck. Dazu gehören neben AK im engeren Sinne<sup>1</sup> auch Studienkreise, Forschungsgruppen, Falldokumentationsprojekte, Expertenrunden u.a. Ein Arbeitskreis kann mit oder ohne Leitung organisiert sein.

**Supervision** ist eine berufsbezogene Unterstützung in Einzel- oder Gruppensitzungen. Die Leitung hat eine Supervisor\*in, deren primäre Aufgabe in der Förderung des Selbstreflexionsprozesses liegt. Themen können neben homöopathischen Fallbesprechungen auch Beziehungsthematiken sein. Dementsprechend muss die Supervisor\*in nicht zwangsläufig Homöopath\*in sein, sondern kann auch aus dem psychosozialen Bereich stammen.

**Intervision** (auch „kollegiale Beratung“) beinhaltet eine Beratungsform des kollegialen Austausches „auf Augenhöhe“ zur Reflexion der beruflichen Tätigkeit in der eigenen Praxis (z.B. Behandlungen, Organisation, Methodik). Intervision findet zu zweit oder in einer Gruppe statt, dabei grundsätzlich ohne Leitung, ggf. mit wechselseitiger Moderation.

**Konsil** bezeichnet die patientenbezogene Beratung einer Therapeut\*in durch eine Kolleg\*in (Heilpraktiker\*in, Ärzt\*in, Psychotherapeut\*in etc.), die im Rahmen ihrer speziellen fachlichen Expertise<sup>2</sup> Empfehlungen für therapeutische und/oder weiterführende diagnostische Maßnahmen ausspricht. Das Konsil kann ohne Leitung – etwa im Zweiergespräch – durchgeführt werden, oder aber mit Leitung im Rahmen einer Gruppe.  
Hinweis: Im Allgemeinen wird ein Konsil als therapeutische Leistung eingestuft.

<sup>1</sup> Mögliche Inhalte im Kontext eines homöopathischen AK: Klinisch-medizinische Themen, homöopathische Arzneimittel oder Kasuistiken, ggf. auch mit anteiliger Supervision oder Intervision, d.h. mit der Möglichkeit für die Teilnehmenden, eigene Fälle einzubringen.

<sup>2</sup> z.B. neurologisch, kardiologisch, onkologisch oder auch bzgl. spezieller homöopathischer Methoden

## Fortbildungen / Nachweise

Seit der letzten Zertifizierung habe ich mich über die unten aufgeführten Maßnahmen homöopathisch fortgebildet.

Bitte tragen Sie gut leserlich die Fortbildungen nach fortlaufendem Datum ein und fügen für jede eingetragene Fortbildung den Nachweis in Kopie bei.

| Datum der FB | Genaue Bezeichnung der <b>homöopathischen</b> FB | UE à 45 Min. |
|--------------|--------------------------------------------------|--------------|
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |
|              |                                                  |              |

☐ Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenten)  
vom \_\_\_\_\_  
(mehrere Datumsangaben möglich) zum ersten Mal  
gehalten habe.

☐ Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenten)  
vom \_\_\_\_\_  
(mehrere Datumsangaben möglich) zuletzt vor  
mindestens 6 Jahren gehalten habe.

Die SQhT behält sich vor, die Anzahl der anzuerkennenden UE für Dozenten zu kürzen oder die Anerkennung ganz zu verweigern, wenn gleichzeitig oder zuvor FB-Punkte für ein nahe verwandtes Thema ebenfalls per Dozentur beantragt werden/wurden

Seit der letzten Zertifizierung habe ich mich über die unten aufgeführten Maßnahmen klinisch fortgebildet.  
Bitte tragen Sie gut leserlich die Fortbildungen nach fortlaufendem Datum ein und fügen für jede eingetragene Fortbildung den Nachweis in Kopie bei.

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenturen) vom _____ (mehrere Datumsangaben möglich) zum ersten Mal gehalten habe.                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Fortbildungen (Dozenturen) vom _____ (mehrere Datumsangaben möglich) zuletzt vor mindestens 6 Jahren gehalten habe. |
| Die SQhT behält sich vor, die Anzahl der anzuerkennenden UE für Dozenturen zu kürzen oder die Anerkennung ganz zu verweigern, wenn gleichzeitig oder zuvor FB-Punkte für ein nahe verwandtes Thema ebenfalls per Dozentur beantragt werden/wurden |                                                                                                                                                                          |