

Gruppensprechstunden – ein neues Instrument in der hausärztlichen Versorgung?

Group Medical Visits – a Novel Model of Care in the Family Physician's Office?

Benedikt Simon, Peter T. Sawicki

Hintergrund: Deutsche Hausärzte sehen sich einer stetig wachsenden Anzahl chronisch Kranker gegenüber. Während hieraus bedingt die qualitativen und quantitativen Versorgungsanforderungen an die Ärzteschaft steigen, geht die Anzahl der Hausärzte in vielen ländlichen Regionen zurück. Beides gefährdet langfristig eine ausreichende Patientenversorgung. Auf der Suche nach neuen Ansätzen in der hausärztlichen Versorgung wurden in den USA in den 1990er-Jahren verschiedene Konzepte entwickelt, um somatisch Erkrankte in Gruppen zu behandeln. Inzwischen sind Gruppensprechstunden (GS) ein etabliertes Modell in der hausärztlichen Versorgung, das auch in anderen europäischen Ländern erprobt wird.

Methoden: In einer systematischen Übersichtsarbeit werden die drei wichtigsten Modelle der GS einander gegenübergestellt und deren Effekte beschrieben.

Ergebnisse: Studien zu GS belegen für alle drei vorgestellten Modelle gesteigerte Zufriedenheit bei Patienten und Ärzten sowie Qualitäts- und Effizienzgewinne in der Versorgung. Insbesondere für das Modell zur Behandlung chronisch Erkrankter wurden signifikante Verbesserungen bei medizinischen Endpunkten nachgewiesen. Die Verbesserungen werden primär auf besondere soziale und gruppenpsychologische Effekte zurückgeführt, die in dieser Form in der klassischen Einzelsprechstunde nicht realisierbar sind: Patienten motivieren sich gegenseitig zu einem besseren Umgang mit ihrer Erkrankung und zur Annahme von Therapieempfehlungen.

Schlussfolgerung: GS haben sich in Nordamerika insbesondere für die Versorgung chronisch Erkrankter als Alternative zur klassischen Einzelsprechstunde etabliert. Inwiefern sich GS auch für die Versorgung in Deutschland eignen, wird zurzeit im Rahmen einer Pilotstudie getestet.

Schlüsselwörter: Chronische Krankheiten; Gruppensprechstunden; CHCC; Allgemeinmedizin

Background: Family physicians in Germany are faced with an ever increasing number of patients with chronic diseases. Consequently, the qualitative and quantitative challenges to meet the patients' needs are growing constantly. At the same time, the number of family physicians is decreasing in many rural areas. Thus, there is the necessity to search for new approaches in family care. During the 1990s, several models were developed in the USA to treat somatic patients in groups. Today group medical visits (GV) are well-established models of care in family medicine in North America; physicians in several European countries have also gained first experience with this novel concept of primary care delivery.

Methods: This systematic review contrasts the three most commonly used group visit models, and describes their effects in primary care delivery.

Results: All three models have demonstrated an increase in patient as well as physician satisfaction and fostered quality as well as efficiency gains in primary care delivery. Significant improvements in medical outcomes have particularly been shown in the treatment of chronically ill patients. These improvements are, for the most part, attributed to social and group-psychological effects among the participating patients. These are unique to the group setting and impossible to be realized in one-on-one visits. Patients motivate one another to better cope with disease specific impediments and to follow treatment regimes.

Conclusion: In North America group medical visits are a well-established alternative to conventional one-on-one visits – especially in the treatment of patients with chronic diseases. To what extent GV are suitable in Germany is currently trialed in a pilot study.

Keywords: Chronic Disease; Medical Group Visits; CHCC; Family Medicine

Hintergrund

Aufgrund des demografischen Wandels wird in den kommenden Jahren eine massive Patientenwelle auf Deutschlands Hausärzte zurollen: Da die alternenden „Babyboomer“ eine höhere Prävalenz behandlungsintensiver chronischer Erkrankungen aufweisen, werden sie häufiger und wahrscheinlich intensiver als vorherige Kohorten die hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Mit dieser quantitativen Steigerung des Versorgungsbedarfs (von akut zu chronisch verschobenes Erkrankungsspektrum) geht parallel eine qualitative Veränderung des Versorgungsbedürfnisses der Patienten einher.

Während die angemessene hausärztliche Versorgung der alternden Bevölkerung zeitaufwendiger wird, geht in vielen ländlichen Regionen die Anzahl der Hausärzte zurück: Vor allem in Ostdeutschland können aus Altersgründen aufgegebene Arztstühle vielerorts nicht nachbesetzt werden [1].

Hieraus ergibt sich eine Schere in der Versorgungsstruktur, welche die Suche nach neuen Versorgungsinstrumenten erfordert. Diese müssen sowohl den Rückgang der Ärztezahle als auch die Veränderung des Versorgungsbedarfs und der Patientenbedürfnisse berücksichtigen. Ein solches Instrument testen Hausärzte in Sachsen-Anhalt: Gruppensprechstunden (GS) für somatisch Erkrankte [1a].

In den USA wurden erstmals in den 1970er-Jahren Patienten in krankheits-spezifischen Gruppen gemeinsam behandelt. Begleitende Untersuchungen zeigten, dass sich durch die Behandlung in GS, z.B. von Hypertonikern, die Fähigkeit zum Umgang mit der Erkrankung verbesserte, krankheitsbezogene Ängste zurückgingen und das Verständnis für die regelmäßige Medikamenteneinnahme stieg [2]. Neben den verbesserten Fähigkeiten zum Selbstmanagement belegte die erste GS-Studie zur Diabetikerbehandlung signifikante Verbesserungen von primären medizinischen Outcomes wie dem HbA_{1c} [3]. Seit den 1990er-Jahren werden GS systematisch untersucht, weiterentwickelt und auf weitere Patientengruppen übertragen [4–7].

Heute wenden circa 10 % der Mitglieder der American Academy of Family

Physicians Gruppensprechstunden an [8]. GS sind Bestandteil des „National Diabetes Education Program“ des U.S. Gesundheitsministeriums [9] sowie der Empfehlungen des Health Council of Canada zur Chroniker-Behandlung [10]. GS zählen in Nordamerika zu den zehn wichtigsten Elementen der zukünftigen primärärztlichen Versorgung [11] und sind Teil der Curricula für Medizinstudenten [12–14]. Seit Ende der 1990er-Jahre sind Gruppensprechstunden auch im europäischen Ausland im Einsatz: So ist aus Italien eine Langzeitstudie zu GS für Diabetikern über fünf Jahre bekannt [15]. In den Niederlanden, wo bereits positive Erfahrungen mit GS bestehen, laufen aktuell mehrere parallele GS-Studien, unter anderem mit Diabetespatienten [16, 17]. Die erste Studie zu GS in Großbritannien wurde 2012 publiziert [18].

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die zusammenfassende Darstellung von Vorgehensweisen und Ergebnissen dieser für Deutschland neuen Art der Betreuung chronisch Kranker. Auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche und -bewertung wird eine systematische Übersicht über den aktuellen Wissensstand zu Abläufen, Zielgruppen, Resultaten und möglichen Wirkmechanismen von GS vorgestellt und diskutiert.

Methoden

Mit den Stichworten *group medical visit*, *group medical appointment*, *drop-in medical appointment*, *shared medical appointment*, *physicals shared medical appointment* und *chronic health care clinic* wurde von Januar 2009 bis Juni 2013 eine systematische Recherche in Pubmed, der Cochrane Library sowie MEDLINE durchgeführt. Zusätzlich fand eine Sekundärrecherche in den Bibliografien relevanter Artikel statt.

Ausgeschlossen wurden Studien, die reine Patientenschulungen in Gruppen untersuchten (denn GS enthalten in ihrer Konzeption immer auch Elemente der klassischen Sprechstunde, die in Patientenschulungen meist nur zufällig vorkommen).

Die auf englischsprachige Literatur beschränkte Recherche ergab sieben systematische Reviews [19–25], zwei umfangreiche Übersichtsarbeiten [26, 27] sowie 165 Artikel, davon 20 zu randomi-

sierten, kontrollierten klinischen Untersuchungen [6, 15, 28–44]. In dieser Übersichtsarbeit wurden primär die ursprünglichen grundlegenden Arbeiten zu verschiedenen GS-Modellen berücksichtigt sowie neuere Untersuchungen, welche aktuelle Weiterentwicklungen der GS-Modelle bzw. neue Studienergebnisse darstellen. Hierbei wurde vor allem auf hochwertigere Studien zurückgegriffen.

Ergebnisse

Modelle der Gruppensprechstunden

Aus dieser Literaturrecherche gehen drei Leitmodelle von Gruppensprechstunden hervor: *Cooperative Health Care Clinic (CHCC)*, *Shared Medical Appointment (SMA)* und *Drop-In Group Medical Appointment (DIGMA)*.

CHCC – Cooperative Health Care Clinic

CHCC ist das am ausführlichsten untersuchte und am weitesten verbreitete GS-Modell. Es entstand aus der Erkenntnis, dass aus zeitlichen Gründen in auf akut Erkrankte ausgerichteten Einzelsprechstunden den vielfältigen Bedürfnissen chronisch Erkrankter kaum entsprochen werden kann: Einzelsprechstunden bieten zu wenig Raum, um z.B. zu gesundheitserhaltendem Bewegungs- und Ernährungsverhalten anzuleiten, Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien zu vermitteln oder sich mit psychosozialen Versorgungsaspekten, wie krankheitsbezogenen Ängsten, auseinanderzusetzen [40].

Ablauf

CHCC sind als Versorgungsprogramm konzipiert – nicht als singuläre Sprechstunde. Im festgelegten Rhythmus suchen dieselben zehn von der gleichen chronischen Erkrankung betroffenen Patienten gemeinsam ihren Hausarzt für CHCC-Sprechstunden auf. Eine CHCC-Sprechstunde besteht aus einem 90-minütigen Gruppenelement, in dessen Anschluss die Möglichkeit besteht, mit Patienten allein zu sprechen, soweit der Wunsch oder Bedarf besteht (Tab. 1).

Zielgruppe	chronisch erkrankte Patienten	
Teilnehmer	ca. 10	
	Phase	Dauer (Minuten)
Ablauf	1. Begrüßung	5–10
	2. Schulungsphase	20–30
	3. Behandlungsphase	30–50
	4. Fragen und Antworten	10–15
	5. Planung	5–10
	6. Einzelgespräche	

Tabelle 1 Ablauf Cooperative Health Care Clinic (CHCC)

Begrüßung

Eine CHCC-Sprechstunde beginnt mit der informellen Begrüßung der Patienten. Hinsichtlich der medizinischen Informationen anderer Patienten erläutert der Arzt oder ein Praxismitarbeiter den Patienten die Bedeutung von Vertraulichkeit. Anschließend unterzeichnen diese eine Vereinbarung hierüber [32].

Schulungsphase

Kernelement des CHCC-Modells ist die interaktive Schulung zu einem die chronische Erkrankung der Patienten betreffenden Thema – hierbei ist die Auswahl weiter gefasst als im Disease-Management-Programm und beinhaltet u.a. auch psychosoziale Versorgungsaspekte wie krankheitsbezogene Ängste. Im Gegensatz zu gängigen Schulungsformaten, bei denen die Informationsvermittlung durch Ärzte oder Praxismitarbeiter erfolgt, steht in der CHCC der Austausch zwischen Patienten im Vordergrund: Patienten diskutieren eigene Krankheits- und Therapieerfahrungen sowie Bewältigungs- und Lösungsstrategien für krankheitsbezogene Herausforderungen. Durch die Vermittlung positiver Therapieerfahrungen und reziprokem Lernen sollen sie sich gegenseitig zur Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten motivieren. Es ist das Ziel, Patienten durch partnerschaftliches Lernen mit- und voneinander zu mehr Selbstverantwortung zu befähigen [39]. Die Rolle des durch ggf. anwesende Praxismitarbeiter unterstützten Arztes verschiebt sich hierbei zu

der des erläuternd oder ggf. korrigierend eingreifenden Moderators [45].

Behandlungsphase

In der CHCC findet ebenfalls die klassische medizinische Versorgung der Einzelsprechstunde – reduziert auf die Aspekte, die in Gegenwart weiterer Patienten durchgeführt werden können – statt. Dies schließt z.B. eine Vitalzeichenhebung, Erläuterung der Nebenwirkungen von Medikamenten, Rezeptausstellung, Überweisung, Veranlassung und Erläuterung von medizinischen Tests ein. Ausgeschlossen sind Versorgungsaspekte oder Untersuchungen, die einer physischen oder emotionalen Entkleidung der Patienten bedürfen. Diese Versorgungsaspekte können im Anschluss an die CHCC separat besprochen werden.

In der Behandlungsphase wendet sich der Arzt, ggf. unterstützt von einem Praxismitarbeiter, nacheinander jedem Patienten zu. Da dies in der Gruppe stattfindet, können andere Patienten zuhören und ebenfalls von den Erläuterungen des Arztes profitieren. Der Arzt und der Praxismitarbeiter wenden sich dem nächsten Patienten zu, wenn alle für das Gruppenformat geeigneten Bedürfnisse eines Patienten erörtert sind.

Fragen und Antworten

In der themenoffenen Frage-und-Antwort-Phase werden von den Patienten eingebrachte medizinische Fragen in der Gruppe mit dem Arzt diskutiert.

Planung

Abschließend werden Zeitpunkt und Thema der nächsten CHCC-Sprechstunde vereinbart.

Einzelgespräche

Im Anschluss an die CHCC ist Zeit, mit Patienten individuell zu sprechen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dies nur für einen Bruchteil der Patienten notwendig ist [31].

SMA – Shared Medical Appointment

Im Shared Medical Appointment (SMA) kommen sechs bis neun Patienten, die der gleichen Untersuchung bedürfen, beim Arzt zusammen [22]. Beispiele, in denen SMA Anwendung findet, sind:

- Vorsorgeuntersuchungen, z.B. bei Schwangeren [46, 47] oder Kindern [43]
- Kontrolluntersuchungen [48–50] von chronisch Erkrankten [30, 51]
- Nachsorgeuntersuchungen von Operationen [18, 52]

Ablauf

Das Shared Medical Appointment gliedert sich in die Untersuchungs- und die Diskussionsphase (Tab. 2).

Untersuchungsphase

Der Arzt führt die Untersuchung für jeden Patienten einzeln in einem separaten Behandlungsraum durch. Im Unterschied zur Untersuchung in einer Einzelsprechstunde wird die medizinische Kommunikation mit dem Patienten auf den für die Untersuchung notwendigen Teil beschränkt. Soweit angemessen werden Fragen in die anschließende Diskussionsphase verwiesen.

Während der Arzt Patienten einzeln nacheinander untersucht, betreut ein Mitglied des Praxisteam die übrigen Patienten im Gruppenraum: Hier wird die Vertraulichkeit medizinischer Informationen anderer Patienten erläutert und schriftlich vereinbart. Je nach Patienten-Gruppe kann die Zeit im Gruppenraum zur Erfassung von Gesundheitsparametern (z.B. Blutzuckerspiegel, Blutdruck)

Zielgruppe	Patienten, die einer identischen Untersuchung bedürfen	
Teilnehmer	6–9	
	Phase	Dauer
Ablauf	Untersuchungsphase	untersuchungsabhängig
	Diskussionsphase	30–40 Minuten
	Einzelgespräche	

Tabelle 2 Ablauf *Shared Medical Appointment (SMA)*

Zielgruppe	alle Patienten der Praxis	
Teilnehmer	10–16	
	Phase	Dauer
Ablauf	Behandlungsphase	40–90 Minuten
	Einzelgespräche	

Tabelle 3 Ablauf *Drop-In Group Medical Appointments (DIGMA)*

oder zur Patientenschulung durch einen Praxismitarbeiter genutzt werden [30, 48, 53].

Diskussionsphase

Die Diskussionsphase findet mit dem Arzt im Gruppenraum statt. Die Einordnung der Untersuchungsergebnisse erfolgt – soweit geeignet – in Anwesenheit aller Patienten. Fragen, die z.B. in der Untersuchungsphase aufgeworfen wurden, werden in der Gruppe diskutiert. Grundlegende Erläuterungen erfolgen hier für die gesamte Gruppe und nicht für jeden Patienten einzeln. Dies gibt Zeit für ausführlichere Erläuterungen als es in Einzelsprechstunden möglich ist. Wie bei CHCC ist im Anschluss Zeit für Einzelgespräche mit Patienten [22].

Ursprünglich für einmalige Untersuchungen entwickelt, eignen sich SMA auch für Serienuntersuchungen. Hierbei kommt dieselbe Gruppe von Patienten über einen längeren Zeitraum wiederholt in SMA zusammen. Beispiele für solche SMA-Programme sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen im Schwangerschaftsverlauf [46], bei Kindern (U3-U9) [43] oder bei Chronikern [30].

DIGMA – Drop-In Group Medical Appointment

Das Drop-In Group Medical Appointment (DIGMA) erfolgt als Bündelung von Einzelsprechstunden, an der 10 bis 16 Patienten teilnehmen [26] (Tab. 3).

Ablauf

Das DIGMA entspricht einer auf die Behandlungsphase reduzierten CHCC. Nach der Erläuterung der Bedeutung der Vertraulichkeit medizinischer Informationen unterzeichnen Patienten eine Vereinbarung hierüber.

Anschließend bespricht der Arzt, welcher ggf. durch einen Praxismitarbeiter hierbei unterstützt wird, die Bedürfnisse der Patienten nacheinander in der Gruppe. Dies erfolgt analog zur CHCC reduziert auf für das Format der Gruppe geeignete Inhalte [54].

Varianten von DIGMA

DIGMA-Sprechstunden werden für Patienten angeboten, die von derselben Erkrankung oder von einem ähnlichen Formenkreis von Erkrankungen betroffen sind. Ähnlich wie in CHCC profitieren Patienten von den Gesprächen des Arztes

mit Mitpatienten, da alle gleichartige Symptome aufweisen und sich denselben Herausforderungen im Umgang mit ihrer Erkrankung konfrontiert sehen. DIGMA findet aber auch in heterogenen, von unterschiedlichen Erkrankungen betroffenen Patientengruppen statt [54].

Im ursprünglichen Ansatz ändert sich die Gruppenzusammensetzung von DIGMA zu DIGMA. In jüngster Zeit gab es positiv verlaufene Versuche, DIGMA als Programm zu konzipieren. Wie in CHCC oder SMA-Programmen kommen dieselben Patienten in regelmäßigem Abstand in DIGMA zusammen [55, 56].

Effekte von Gruppensprechstunden

Die hier idealtypisch skizzierten Modelle sind mit unterschiedlichen Zielen entwickelt worden: CHCC zur bedürfnisadäquaten Behandlung von Chronikern, SMA zur effizienten Durchführung von Untersuchungen und DIGMA zur Steigerung der Patientenzahl. Die Effekte von Gruppensprechstunden, die je nach Modell in unterschiedlichem Maß realisiert werden, lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Medizinische Outcomes

Studien zu allen Modellen belegen verbesserte sekundäre medizinische Outcomes und Versorgungsprozesse: Verbesserungen im Krankheitsverständnis und im Selbstmanagement der Erkrankung, Teilnahme an Präventionsmaßnahmen, Gewichtsreduktion oder Steigerung körperlicher Aktivität werden als Indikatoren für Verbesserungen primärer medizinischer Outcomes gedeutet [22, 28, 32, 33, 56, 57].

Die umfassendsten Ergebnisse für eine Verbesserung primärer Outcomes sind bei CHCC für Hypertoniker oder Diabetiker belegt: CHCC-Studien mit kurzem Untersuchungszeitraum oder kleiner Population zeigen Reduzierungen des HbA_{1c} oder des Blutdrucks gegenüber Kontrollgruppen, jedoch nicht auf signifikantem Niveau [28, 33]. In aufwendigen randomisierten und kontrollierten Studien sind Senkungen des HbA_{1c} und des Blutdrucks auf signifikantem Niveau durch CHCC ausführlich dokumentiert [6, 32, 37, 58]. Beachtenswert ist die fünfjährige CHCC-Stu-

die mit Diabetes II-Patienten von Trento et al. Hier gelang eine signifikante Stabilisierung des HbA_{1c} in der Interventionsgruppe bei verschlechtertem HbA_{1c} in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe kam es zu einer stärkeren Senkung des Gewichts bei Steigerung des HDL-Cholesterins als in der Kontrollgruppe. Einer Stabilisierung der diabetischen Retinopathie in der Interventionsgruppe stand eine Verschlechterung in der Kontrollgruppe gegenüber [15, 38, 39].

Obwohl bei SMA der Fokus auf der Effektivitäts- und Effizienzsteigerung bei Untersuchungen liegt, werden auch für sie Veränderungen primärer Outcomes berichtet. Naik et al. konnten mit einem SMA-Programm für Diabetes II-Patienten eine signifikante Senkung des HbA_{1c} im Vergleich zur in Einzelsprechstunden betreuten Kontrollgruppe erreichen; dies hatte auch ein Jahr nach der Intervention Bestand [30].

Erklärt werden diese Effekte durch Mechanismen, die sich aus der Behandlung in Gruppen ableiten: Patienten motivieren sich gegenseitig, gesundheitliche Probleme zu bewältigen, mit Komplikationen umzugehen und Therapieempfehlungen anzunehmen. Gegenseitige psychosoziale Unterstützung erfolgt durch das Vorleben selbstbestimmter Krankheitsbewältigung sowie durch den Austausch erfolgreicher Therapie- und Bewältigungserfahrungen. Durch sanften Gruppendruck ermuntern sich Patienten gegenseitig zur Reflexion des eigenen Lebensstils, zu gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Adaption von Bewältigungsstrategien [15, 27, 45, 55, 59].

Als ein weiteres Indiz für eine verbesserte hausärztliche Versorgung gilt, dass CHCC-Patienten in mehreren Studien (signifikant) seltener Fachärzte und Notaufnahmen aufsuchten sowie (signifikant) seltener hospitalisiert wurden als in Einzelsprechstunden versorgte Patienten [5, 6, 19, 20, 28, 36, 37, 40, 41, 44]. Teilweise konnten hieraus resultierende Einsparungen für Kostenträger nachgewiesen werden [5, 6, 36, 40, 44]. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Abrechnung der Gruppensprechstunden für die Ärzte meist als entsprechende Summe von Einzelsprechstunden erfolgt und nicht über einen speziellen GS-Abrechnungsschlüssel [11, 24, 25, 60, 61].

Auch wenn die direkten Einsparungen auf Ebene der Kostenträger nicht einheitlich belegt sind [20, 33, 39, 42], erwarten Autoren bekannter Reviews Reduzierungen von Versorgungskosten durch die adäquatere Behandlung und die verbesserten Outcomes der GS [19, 20].

Patientenzufriedenheit

Umfangreich nachgewiesen ist eine höhere Patientenzufriedenheit in GS [8, 17, 21, 23, 39, 40, 45, 62]. Die Bestnote „*excellent over all*“ vergaben 74 % der SMA-Patienten der Cleveland Clinic; für Einzelsprechstunden vergaben nur 59 % der Patienten diese Note [48]. Postoperative SMA bewerteten 92 % der Patienten als gut oder exzellent; 82 % würden bei ihrem nächsten Termin eine SMASprechstunde einer Einzelsprechstunde vorziehen [52]. 91 % der Patienten, die als erste postoperative Nachsorgeuntersuchung eine SMA besuchten, wählten auch für die zweite eine SMA; 96 % würden SMA weiterempfehlen [53]. In der Langzeitstudie von Trentos et al. erklärten Patienten übereinstimmend, nicht zu Einzelsprechstunden zurückkehren zu wollen, sofern die Wahlmöglichkeit der CHCC bestünde [39]. DIGMA-Patienten bewerteten ihre Zufriedenheit auf einer Skala von 5 = „*excellent*“ bis 1 = „*poor*“ im Durchschnitt mit 4,67 [63].

Obwohl Patienten in Gruppensprechstunden objektiv weniger individuelle Zeit und Aufmerksamkeit vom Arzt erhalten als in Einzelsprechstunden, beschreiben sie GS als Möglichkeit, mehr Zeit mit ihrem Arzt zu verbringen [26]. Studienübergreifend wird die Preisgabe von persönlichen medizinischen Informationen als für Patienten unproblematisch dargestellt [5, 27, 45, 53, 60, 62]. Im Gegenteil wird der Austausch eigener Therapie- und Krankheitserfahrungen mit anderen Patienten, die unter gleichen oder ähnlichen Erkrankungen leiden, als hilfreich beschrieben [7, 64]. Patienten fühlen sich verstanden und weniger isoliert [65]. Ferner wird eine verbesserte Akzeptanz und eine emotionale Stärkung im Umgang mit der eigenen Erkrankung beschrieben [7].

Positiv bewerten Patienten, dass sie in GS mehr erkrankungsspezifische Informationen erhalten als in Einzelsprechstunden. Da alle Fragen in der Gruppe beantwortet werden, bekommen sie auch

Antworten auf Fragen, die sie selbst nicht gestellt haben – sei es aus Scham, Hemmung oder Unkenntnis [66].

Arztzufriedenheit

Einheitlich belegen GS-Studien eine sehr hohe Zufriedenheit der Ärzte [19–23, 29]. Hierfür werden drei Gründe genannt:

Erstens geben Ärzte an, die entspannte Atmosphäre in der Gruppe zu schätzen und beschreiben GS sogar als „Pause“ innerhalb des Arbeitstages [60].

Zweitens berichten Ärzte, den psychosozialen Bedürfnissen ihrer Patienten in GS besser nachkommen zu können. Dies gilt besonders für CHCC, die als zeitlicher und organisatorischer Rahmen empfunden werden, um Krankheitserfahrungen und Problemlösungsstrategien der Patienten in deren Therapie einzubinden. Hierbei erleben Ärzte die gruppenspezifischen Effekte der GS als Entlastung und komplementierende medizinische Ressource [45].

Drittens geben Ärzte an, dass GS ihnen erlauben, in der gleichen Zeit mehr Patienten gut zu betreuen als in Einzelsprechstunden. Durch SMA konnten Ärzte der Cleveland Clinic ihre Produktivität um 20 % [48] bzw. 31 % [60] steigern; ein Ergebnis, das vom Dartmouth-Hitchcock Medical Center bestätigt wird [61]. Höhere Produktivitätssteigerungen werden durch DIGMA berichtet [63]. In CHCC werden zehn bis zwölf behandlungsintensive Chroniker zusammen behandelt, die mehr als der in Deutschland für Einzelsprechstunden durchschnittlichen sieben Minuten [67] bedürfen [68]. Folglich werden auch für die 90-minütigen CHCC Produktivitätssteigerungen beschrieben [6].

Für alle GS-Modelle gilt, dass ärztliche Erläuterungen einmalig vor der Gruppe und nicht mehr repetitiv für jeden Patienten gegeben werden [7].

Die gewonnene Zeit erlaubte, Themen in der GS ausführlicher zu beleuchten, zusätzliche aufzugreifen oder Kapazitäten zur Behandlung weiterer Patienten zu schaffen [15, 53, 60].

Diskussion

In Nordamerika und im europäischen Ausland werden zum Teil seit Jahren verschiedene GS-Modelle zur gemein-

Diplom Gesundheitsökonom Benedikt Simon ...



... ist seit 2011 externer Doktorand am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (IGKE). Er leitet das Pilotprojekt zur Einführung von Gruppensprechstunden in Sachsen-Anhalt. Dieses wird unterstützt durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und wissenschaftlich begleitet durch das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie dem Institut für Allgemeinmedizin der Otto von Guericke Universität Magdeburg.

samen Behandlung von Patienten mit ähnlichen medizinischen Herausforderungen von Hausärzten eingesetzt. Über die Jahre haben sich drei Leitmodelle, welche für unterschiedliche Patientengruppen entwickelt wurden und unterschiedlichen Ablaufmustern folgen, herauskristallisiert: *Cooperative Health Care Clinics*, *Shared Medical Appointments* und *Drop-In Group Medical Appointments*.

Klinische Studien zu Gruppensprechstunden beschreiben positive Effekte, welche in der vorliegenden Übersichtsarbeit in folgende Effektgruppen zusammengefasst wurden: Patientenzufriedenheit, Arztzufriedenheit sowie medizinische Outcomes.

Obwohl inzwischen eine beachtliche Zahl an GS-Studien vorliegt, ist die Anzahl besonders hochwertiger Untersuchungen noch gering: Signifikante Verbesserungen medizinischer Outcomes gelingen in Studien mit kurzem Untersuchungszeitraum oder kleiner Studi-

enpopulation lediglich bei sekundären krankheitsrelevanten Parametern. Diese deuten auf eine Verbesserung primärer medizinischer Outcomes hin, die in den Studien mit größerer Dauer bzw. Population nachgewiesen wurden – vor allem für das Modell der CHCC. Die Besonderheit der CHCC liegt in der stärkeren Einbindung der patienteneigenen Therapieerfahrung und dem Austausch hierüber – ein Ansatz, der für die Verhaltensänderung therapieerfahrener Patienten als entscheidend gilt [69, 70]. Während die Auswirkungen auf Versorgungskosten uneinheitlich sind, sind für alle Modelle positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit von Patienten und Ärzten eindeutig belegt.

Bisherige Reviews kommen zum Ergebnis, dass Gruppensprechstunden ein sinnvolles ergänzendes Element in der hausärztlichen Versorgung sind. Dies trifft insbesondere auf CHCC für Diabetiker und Hypertoniker zu. Daher und

vor dem Hintergrund der stetig wachsenden Anzahl chronisch Erkrankter erscheinen vor allem CHCC für die hausärztliche Versorgung in Deutschland attraktiv.

GS eignen sich jedoch weder für jeden Patienten noch für jeden Arzt [16, 53]. Eine Patientengruppe zu moderieren, gleichzeitig auf medizinische Fragen einzugehen und die Gruppendynamik zu berücksichtigen, sind Herausforderungen, die – auch bei Unterstützung durch einen Praxismitarbeiter – über die einer Einzelsprechstunde hinausgehen [27].

GS sind in den USA und Kanada seit Langem erfolgreich implementiert. Nach vielversprechenden Ansätzen in Italien und den Niederlanden wird derzeit in einem Pilotprojekt in Sachsen-Anhalt die Übertragbarkeit von GS auf hiesige Versorgungsverhältnisse getestet. Erste Rückmeldungen aus Pilotpraxen bestätigen die grundsätzliche Umsetzbarkeit sowie die Akzeptanz dieses neuen Versorgungsinstruments bei Patienten.

Interessenkonflikte: Die Autoren leiten das Pilotprojekt zur Erprobung von CHCC in Sachsen-Anhalt.

Literatur

Die Literaturangaben sind über die Online-Version dieses Artikels auf der Seite <http://www.online-zfa.de/> zugänglich.

Korrespondenzadresse

Dipl. Ges.-Ök. Benedikt Simon
Spiegelstraße 56
38820 Halberstadt
Tel.: 01577 5374666
b.simon@gruppensprechstunde.de