

Gruppensprechstunden – Akzeptanz bei Patienten für das neue hausärztliche Versorgungsmodell

Ergebnisse aus der deutschen Pilotstudie

Group Medical Visits –

Patient Acceptance and Attendance of the New Primary Care Model

Results from the German Pilot Study

Benedikt Simon, Peter T. Sawicki

Hintergrund: Während die Anzahl der Hausärzte zurückgeht, steigt die Anzahl chronisch erkrankter, betreuungsintensiver Patienten. Dies bedroht mittelfristig die Primärversorgung in Deutschland. Soll diese Bedrohung abgewendet werden, muss hierauf sowohl durch den einzelnen Arzt als auch gesundheitspolitisch reagiert werden. Neue Versorgungsansätze könnten hierbei eine Chance bieten. Andere Länder, die vor der gleichen Herausforderung stehen, haben positive Erfahrungen mit Gruppensprechstunden (GS) zur Verbesserung der Versorgung chronisch Erkrankter einerseits und zur Entlastung der Hausärzte andererseits gemacht.

Methoden: In zwei sachsen-anhaltinischen Hausarztpraxen wurden GS nach dem Modell der Chronic Health Care Clinics (CHCC), adaptiert auf deutsche Verhältnisse, eingeführt. Je Hausarzt wurden zwei Interventionsgruppen à zwölf Patienten gebildet, die über einen Zeitraum von zwölf Monaten zu jeweils sechs GS eingeladen wurden. Dies wurde in Form einer prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studie begleitet. Die Akzeptanz von GS durch Patienten wurde auf Basis dreier Faktoren bewertet: grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme, Anwesenheit in den durchgeführten GS, Rückmeldung im Fragebogen nach Abschluss der Studie.

Ergebnisse: In den Studienpraxen äußerten sich mehr Patienten an der Teilnahme an GS interessiert, als erwartet und in bekannten Studien gemessen wurde. Die Anwesenheit der Patienten in den GS lag über das Studienjahr hinweg auf der Zielmarke von zehn Patienten pro GS. Patienten äußerten, dass es ihnen leicht gefallen sei, sich in Diskussionen mit eigenen Erkrankungs- und Therapieerfahrungen einzubringen. Sie gaben an, von den durch andere Patienten eingebrachten Erfahrungen profitiert zu

Background: While the number of family practitioners in Germany declines, the number of chronically ill patients increases. This is threatening primary care in Germany. If this threat is to be averted, individual physicians as well as health policy makers will have to react. New treatment models in primary care could offer a way out. Faced with similar challenges, other countries have made use of medical group visits (GMV) to improve primary care for chronically ill and to reduce the physicians' workload.

Methods: Two family practitioners introduced GMV following the Chronic Health Care Clinics (CHCC) model, which had been adapted to the German health care system. Per physician, two groups of twelve patients each were created. These patients groups were then invited to participate in six GMV over the course of twelve months. This was accompanied by a prospective, randomized controlled trial. The assessment of the patients' acceptance of the new model of care was based on three different factors: their interest in participating in GMV, their actual participation in GMV and their feedback surveyed by a questionnaire following the study period.

Results: In both family care practices, the willingness to attend GMV was higher than assumed prior to the launch of the study and higher than described in published studies. Over the course of the twelve month study period, the average participation rate of ten patients per GMV was achieved. Patients stated that it had been easy for them to engage in discussion with peers about their personal healthcare and therapy experiences. Patients declared to have profited from the therapy experiences others patients had shared in the GMV and believed other GMV-participants had benefited from the shared experi-

haben und glaubten, dass andere Patienten umgekehrt von ihren Erfahrungen profitieren konnten. Beide Ärzte bieten GS über das Studienende hinaus weiter an und haben das Angebot auf neue Krankheitsbilder ausgeweitet.

Schlussfolgerungen: Vor Studienbeginn wurde von ärztlicher Seite geäußert, Patienten seien nur an den traditionellen Einzelsprechstunden interessiert und würden das GS-Modell ablehnen. Unser Paper zeigt das Gegenteil: Patienten nehmen GS als für sich hilfreich an. Sie profitieren nach eigenen Angaben von den Erfahrungen der anderen Patienten der GS und glauben, dass andere Patienten von ihren Erfahrungen profitiert haben. Dies deutet an, dass sich auch in Deutschland durch GS mittel- bis langfristig messbare medizinische Verbesserungen einstellen könnten.

Schlüsselwörter: Chronische Krankheiten; Gruppensprechstunden; CHCC; Allgemeinmedizin; Neue Versorgungsform

ences too. Both family practitioners continued to offer GMV beyond the study period and extended their GMV program to new disease areas.

Conclusions: Prior to the launch of the study, physicians stated that they believed patients would only be interested in one-on-one visits and would refuse the GMV concept. This paper shows the contrary: The patients found the new model of care to be very valuable. They claimed to have personally benefited from the experiences shared by other participants and believed that other attendees had also benefited.

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

Hintergrund

Die Anzahl der Hausärzte* in ländlichen Regionen geht zurück. Der Versorgungsbedarf nimmt zu und verändert sich qualitativ zu mehr betreuungsintensiven, chronisch Erkrankten. Hierauf müssen sowohl die Gesundheitspolitik als auch der einzelne Arzt reagieren. Eine mögliche Reaktion ist die Einbindung des Praxispersonals, eine andere sind neue Behandlungskonzepte, wie das der Gruppensprechstunden (GS) für chronisch Erkrankte.

Ein GS-Modell, das für die Versorgung von Chronikern entwickelt wurde, sind Chronic Health Care Clinics (CHCCs). Sie haben den Ansatz, behandlungsintensive, chronisch Erkrankte in krankheitsspezifischen Gruppen gemeinsam hausärztlich zu behandeln und ihnen Raum zum ärztlich begleiteten Austausch von Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien zu geben. Einzelne Patienten können hier von Erfahrungen und Fragen anderer profitieren und ihre Selbstsicherheit im Umgang mit ihrer Erkrankung durch den direkten Austausch mit Mitpatienten steigern. Sie lernen von- und miteinander mit ihrer Erkrankung souverän umzugehen und befähigen sich gegenseitig zu mehr Selbstverantwortung. Darüber hinaus kann durch eine Bünde-

lung der ärztlichen Beratung behandlungsintensiver Patienten in der GS die Informationsredundanz der Einzelsprechstunde vermindert werden [1].

GS sind Teil nordamerikanischer Behandlungsleitlinien und wurden im europäischen Ausland erprobt. Hierbei hat sich gezeigt, dass GS ein Instrument im hausärztlichen „Werkzeugkasten“ sind, deren Einsatz sich für eine Vielzahl (chronischer) Erkrankungen eignet und die besonders für die Patienten vorteilhaft sind, die einen hohen Leidensdruck und Gesprächsbedarf haben. Reviews zu GS belegen Verbesserungen medizinischer Outcomes, höhere Patienten- und Arztzufriedenheit sowie Effizienzgewinne in der Versorgung [2–4]. 2013 wurde ein Pilotprojekt zur Überprüfung der Übertragbarkeit von CHCC auf Deutschland initiiert. Hierzu wurde das Modell auf Deutschland adaptiert, in einer niedersächsischen Praxis pilotiert [5] und in zwei sachsen-anhaltischen Studienpraxen implementiert.

Dieser Artikel stellt eines der wichtigsten Ergebnisse vor: die Akzeptanz bei Patienten.

Methoden

Ein auf Deutschland adaptiertes CHCC-Modell wurde von zwei Haus-

ärzten („Studienärzten“) implementiert. Dies wurde in Form einer prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studie begleitet. Je Hausarzt wurden zwei Interventionsgruppen à zwölf Patienten per Randomisierung gebildet, die zwischen November 2013 und November 2014 alle zwei Monate zu je sechs GS eingeladen wurden. Somit wurden pro Praxis zwölf GS durchgeführt. Je Praxis wurden 24 Kontrollpatienten in Einzelsprechstunden behandelt.

Einschlusskriterien für Patienten waren:

- chronischer Hypertonus (> 140/90 mmHg),
- Alter (> 55 Jahre),
- mehr als zehn Besuche in der Arztpraxis in den vergangenen zwölf Monaten im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung,
- Bereitschaft an Gruppensprechstunden teilzunehmen.

Beide Studienärzte sind weiblich, arbeiten in Einzelpraxen in Kleinstädten (30.000 bzw. 2500 Einwohner) und versorgen je circa 2500 Patienten.

Entscheidend für die Verbreitung von Versorgungsinnovationen ist die Akzeptanz bei Ärzten und Patienten. Daher stellt die Patientenakzeptanz einen wichtigen Parameter im Rahmen

* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im folgenden Text die männliche als neutrale Form verwendet, wenn kein Bezug zu konkreten Personen gegeben ist. Ist nichts anderes ausgeführt, beziehen sich die Angaben auf Personen beiderlei Geschlechts.

		1. GS	2. GS	3. GS	4. GS	5. GS	6. GS	Anzahl der durchschnittlich anwesenden Patienten	Teilnahme Quote über alle GS
Arzt B	Gruppe B 1	12	8	6	8	7	5	7,7	63,9 %
	Gruppe B 2	12	6	9	11	8	11	9,5	79,2 %
	total							8,6	71,5 %
Arzt C	Gruppe C 1	10	12	12	9	9	12	10,7	88,9 %
	Gruppe C 2	11	11	12	11	12	11	11,3	94,4 %
	total							11,0	91,7 %
							total	9,8	81,6 %

Tabelle 1 Anzahl der teilnehmenden Patienten pro Gruppensprechstunde

der Pilotstudie dar. Sie wurde auf Basis dreier Faktoren bewertet:

- Teilnahmebereitschaft angefragter Patienten,
- Anwesenheit der Patienten in den GS,
- Rückmeldung im Fragebogen nach der einjährigen Studie.

Ablauf CHCC in Deutschland

Begrüßung ca. fünf Minuten: Wenn alle Patienten im GS-Raum (in den Studienpraxen das Wartezimmer) eingetroffen sind, wird zunächst schriftlich Vertraulichkeit in Bezug auf die im Folgenden offen diskutierten Erkrankungserfahrungen vereinbart.

Diskussionsphase ca. 20 Minuten: Kern der CHCC ist die ärztlich moderierte Diskussion der Patienten. Diese ist auf ein Thema fokussiert, das die chronische Erkrankung betrifft. Die Diskussionsphase fand in der Regel aufbauend auf eine kurze ärztliche Einführung ins Thema statt, teils unterstützt durch Übungen wie gemeinsames Blutdruckmessen. Danach wurden die Patienten gebeten, über eigene Krankheits- und Therapieerfahrungen sowie Herausforderungen in Bezug auf das Thema zu berichten. Zwischen den Patienten entwickelte sich unvermittelt eine rege Diskussion über Erfahrungen, krankheitsbezogene Herausforderungen sowie Bewältigungs- und Lösungsstrategien. In diesen themenzentrierten, patientenorientierten Diskussionen liegt der Mehrwert der CHCC: Durch partnerschaftliches Lernen mit- und voneinander befähigen

sich die Patienten zu mehr Selbstverantwortung im Umgang mit ihrer Erkrankung [6].

Behandlungsphase 20 bis 30 Minuten: In der CHCC findet auch die reguläre Versorgung der Patienten – reduziert auf Aspekte, die im Gruppensetting durchgeführt werden können – statt. Hierzu erkundigt sich der Arzt nacheinander bei jedem Patienten nach aktuellen Beschwerden und gesundheitlichen Veränderungen seit der letzten GS. In den Studienpraxen umfasste die Behandlung, neben dem ärztlichen Gespräch, Elemente wie Vitalzeichenerhebung, Erläuterung zu Nebenwirkungen von Medikamenten, Rezeptausstellung, Überweisung, Gespräche über Krankenhausaufenthalte oder Facharztbesuche, Veranlassung und Erläuterung von Tests sowie kleinere körperliche Untersuchungen. Hierbei hat das Setting der Gruppe den Vorteil, dass alle GS-Patienten zuhören und ebenfalls von den Erläuterungen des Arztes profitieren können – z.B. entstanden im Zusammenhang mit der Rezeptausstellung Diskussionen über (Neben-)Wirkungen der Medikamente. Sensible Versorgungsaspekte, wie Untersuchungen die z.B. der Entkleidung eines Patienten bedurften, fanden im Vor- oder Nachgang zur GS statt. Sowohl in der Pilotpraxis als auch in den beiden Studienpraxen betraf dies pro GS ein bis zwei Patienten [5].

Fragen und Antworten ca. 15 Minuten: An die Behandlungsphase schließt sich eine themenoffene Frage-Antwort-Runde an.

Planung ca. fünf Minuten: Die GS wird mit der Festlegung des nächs-

ten Termins (Datum und Thema) beendet.

Bereitschaft zur Teilnahme

Die Studienärzte selbst sprachen ihre Patienten an, ob sie an den GS teilnehmen möchten. Dies wurde durch eine Beschreibung von GS als neues Behandlungsangebot für chronisch Erkrankte und einen Fragebogen zur Ermittlung der Teilnahmebereitschaft unterstützt: In beiden Praxen wurden so lange Fragebögen ausgegeben, bis die für die Studie jeweils benötigten 48 positiven Patientenrückmeldungen eingegangen waren.

Anwesenheit der Patienten

Die Anwesenheit der Patienten in den GS ist das zweite Maß für die Akzeptanz. Zu Beginn der Studie wurde ein Zielwert von durchschnittlich zehn Patienten pro GS festgelegt. Um dies zu erreichen, wurden zu jeder GS zwölf Patienten eingeladen, da davon ausgegangen wurde, dass zwei Patienten pro GS aus unterschiedlichen Gründen (Krankheit, Urlaub etc.) verhindert sein würden.

Rückmeldung im Fragebogen

Im Anschluss an die einjährige Studie wurde ein Fragebogen an die GS-Patienten ausgegeben.

Ethikkommission

Die Studie wurde von den Ethikkommissionen der Medizinischen Fakultät der

		ja	eher ja	unentschieden	eher nein	nein	keine Antwort
1	Glauben Sie, dass andere Patienten in der Gruppensprechstunde von Ihnen und Ihren Erfahrungen profitieren konnten?	69,2 %	7,7 %	7,7 %	7,7 %	2,6 %	5,1 %
2	Konnten Sie von anderen Patienten und deren Erfahrungen profitieren?	59,0 %	23,1 %	0,0 %	5,1 %	7,7 %	5,1 %
3	Glauben Sie, dass es anderen Patienten schwer gefallen ist, sich an den Diskussionen zu beteiligen?	10,3 %	5,1 %	10,3 %	10,3 %	53,8 %	10,3 %
4	Glauben Sie, dass es anderen Patienten in den letzten Gruppensprechstunden leichter gefallen ist, sich an den Diskussionen zu beteiligen als in den ersten Gruppensprechstunden?	69,2 %	15,4 %	5,1 %	0,0 %	7,7 %	2,6 %
5	Ist es Ihnen schwer gefallen, sich an den Diskussionen zu beteiligen?	5,1 %	5,1 %	5,1 %	2,6 %	79,5 %	2,6 %
6	Ist es Ihnen in den letzten Gruppensprechstunden leichter gefallen, sich an den Diskussionen zu beteiligen, als in den ersten Gruppensprechstunden?	53,8 %	2,6 %	2,6 %	7,7 %	30,8 %	2,6 %
7	Würden Sie erneut an Gruppensprechstunden teilnehmen?	71,8 %	5,1 %	7,7 %	2,6 %	10,3 %	2,6 %
8	Würden Sie chronisch erkrankten Freunden eine Teilnahme an Gruppensprechstunden empfehlen?	76,9 %	7,7 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %	5,1 %

Tabelle 2 Prozentuale Verteilung der Antworten auf Fragen zur Zufriedenheit mit der Teilnahme an Gruppensprechstunden beider Ärzte (n = 39)

Universität zu Köln sowie den Ärztekammern Niedersachsen und Sachsen-Anhalt freigeben.

Ergebnisse

Bereitschaft zur Teilnahme

Zu Beginn wurde vermutet, dass 120 Patienten pro Praxis angesprochen werden müssten, um je 48 Patienten zu rekrutieren. Die Rückmeldungen der Patienten waren aber so positiv, dass die Patientenansprache vorzeitig beendet wurde: Insgesamt wurden nicht 240, sondern nur 126 Rückmeldungen benötigt, um die notwendigen Patienten zu rekrutieren. Nach Beendigung der Ansprache gingen weitere 22 Fragebögen bei der Studienleitung ein, so standen insgesamt 144 Bögen zur Auswertung bereit.

23 Patienten äußerten sich einer Teilnahme gegenüber ablehnend, ein Patient wünschte weitere Informationen, zwei gaben keine Antwort an, 118 Patienten äußerten sich zur Teilnahme bereit (82 %).

Anwesenheit der Patienten

Wie in Tabelle 1 dargestellt, lag die Teilnahme in allen vier Gruppen zunächst auf bzw. über der Zielmarke von zehn Patienten.

In den Gruppen B1 und B2 fiel die Teilnehmerzahl in der zweiten bzw. dritten GS auf lediglich sechs Patienten. Während in B2 die Teilnehmerzahl in den folgenden GS stieg und der Zielwert von zehn Patienten im Durchschnitt nur leicht unterschritten wurde, blieb die Teilnehmerzahl in B1 niedrig. In den Gruppen C1 und C2 lag die Teilnehmerzahl in nur zwei der

zwölf GS unter dem Zielwert – vgl. Tabelle 1.

Somit wurde die anvisierte Teilnehmerzahl von zehn Patienten in drei von vier Gruppen (B2, C1 und C2) erreicht. Aufgrund der starken Beteiligung in den Gruppen C1 und C2 lag auch über alle vier Gruppen betrachtet die durchschnittliche Teilnehmerzahl bei 9,8.

Rückmeldung im Fragebogen

39 von 48 GS-Patienten retournierten den Fragebogen. Sie gaben an, dass ihnen die Beteiligung an den Diskussionen in den GS leicht gefallen sei, und vermuteten, dass dies auch bei den anderen Patienten der Fall war. Sie beschrieben, dass sie von den in den GS diskutierten Erfahrungen der anderen Patienten profitieren konnten, und glaubten, dass es den Mitspielenden ebenso ergangen sei. Die große Mehrzahl der Patienten würde erneut an

1	2	3	4	5	6	Keine Antwort
35,9 %	51,3 %	7,7 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %

Tabelle 3 Prozentuale Verteilung der Antworten (n = 39): Wie beurteilen Sie Gruppensprechstunden insgesamt? (Schulnoten 1 bis 6)

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.

der GS teilnehmen und chronisch erkrankten Freunden eine Teilnahme empfehlen (Tab. 2).

Die Patienten wurden gebeten, GS mit einer Schulnote von 1 bis 6 zu bewerten; dies fiel ebenfalls positiv aus (Tab. 3).

Diskussion

Internationale Reviews zu GS belegen eine hohe Zufriedenheit von Patienten und Ärzten, dies bestätigte sich auch in der Pilotpraxis [2–5].

Bereitschaft zur Teilnahme

Nach der Erfahrung in der Pilotpraxis wurde auch für die Studienpraxen ein hohes Interesse erwartet: 82 % der angesprochenen Patienten äußerten sich an einer Teilnahme an GS interessiert. Dies liegt über den Angaben anderer Studien von 68 % bzw. 37 % [7, 8].

Obwohl sich beide Ärzte sehr von der Idee der GS begeistert gezeigt hatten, gibt es kein Indiz, dass die hohe Teilnahmebereitschaft durch sie induziert wurde. Auch die im Folgenden beschriebene tatsächliche Teilnahme und die Bewertung der GS im Fragebogen sprechen gegen ein rein ärztlich induziertes Interesse.

Anwesenheit der Patienten

Der Zielwert von durchschnittlich zehn Patienten wurde mit 9,8 Patienten pro GS erreicht. Die Teilnahmequote liegt mit 82 % am oberen Ende der Skala internationaler Studien [2, 9–12].

Es zeigte sich eine Variabilität zwischen den vier Gruppen: Gruppe B1 hatte in der dritten GS lediglich sechs Teilnehmer. Die niedrige Teilnahme ist auf eine kurzfristige, krankheitsbedingte Verschiebung der GS durch den Arzt zurückzuführen. Nur sechs

Patienten konnten am Ersatztermin teilnehmen. Die anhaltend niedrige Teilnahme in dieser Gruppe lag daran, dass in den ersten Monaten nach Beginn der Studie vier Patienten aus dem GS-Programm ausschieden:

- Ein Patient wechselte den Hausarzt.
- Ein Patient erhielt eine Krebsdiagnose; nach Tumorentfernung und Rehabilitation kam er nicht zur Gruppe zurück.
- Ein Patient erlitt einen Schlaganfall, woraufhin er und seine Frau, die ebenfalls am GS-Programm teilnahm, nicht zur Gruppe zurückkamen.

Die ausgeschiedenen Patienten wurden aufgrund des Studiendesigns nicht durch neue ersetzt, wie es außerhalb der Studie erfolgt wäre. So hatte das Studiendesign hier negativen Einfluss auf den Gruppenzensus.

An den GS der Gruppe B2 nahmen durchschnittlich 9,5 Patienten teil. Nur an einem der Patienten nicht rechtzeitig kommunizierten GS-Termin lag die Teilnehmerzahl bei sechs Patienten.

In den Gruppen C1 und C2 war die Patientenzahl, bei geringer Varianz zwischen den einzelnen GS-Terminen, mit durchschnittlich 10,7 bzw. 11,3 Patienten konstant hoch. Wir führen dies darauf zurück, dass die GS jeweils am gleichen Wochentag zur gleichen Uhrzeit angeboten wurden.

Bewertung im Fragebogen

Die Bewertung der GS im Fragebogen unterstreicht die positive Patientenerfahrung: Den Patienten fiel es leicht, eigene Krankheits- und Therapieerfahrungen sowie Bewältigungsstrategien in die Diskussion einzubringen. Dass 77 % der Patienten angaben, selbst von den diskutierten Erfahrungen profitiert zu haben, und 72 % vermuteten, dass andere Patienten von den eigenen Erfahrungen profitieren konnten, ist ein starkes

Indiz für die Wirksamkeit der GS: Patienten profitieren vom partnerschaftlichen Lernen und vom Austausch von Krankheits- und Therapieerfahrungen. Dies geht mit anderen Studien einher, in denen der Austausch von Therapie- und Krankheitserfahrungen mit von der gleichen chronischen Erkrankung betroffenen Patienten als unterstützend beschrieben wird [2–4].

Fazit

Die Pilotstudie zeigt, basierend auf der Studienpopulation von zwei Ärzten und 48 Patienten, dass Patienten GS als Versorgungsform annehmen. Dies drückt sich in einer dem Zielwert entsprechenden Teilnahme von zehn Patienten je GS aus. Im abschließenden Fragebogen äußerten sich die Patienten positiv: Eine Beteiligung an der Diskussion fiel ihnen leicht. Sie gaben an, von den anderen Patienten und deren Erfahrungen zu profitieren. Sie würden gerne weiter an GS teilnehmen und GS weiterempfehlen.

Beide Studienärzte haben ihr GS-Angebot nach Studienende auf weitere Erkrankungen ausgeweitet, wie es auch in der Pilotpraxis geschah [5].

Das Ergebnis dieser Pilotstudie ist eine Einladung an jeden Arzt, GS in der eigenen Praxis auszuprobieren. Hierzu bieten sich eine Reihe von Ansätzen zur Implementierung an – und zwar: die neue Zusammenstellung einer Gruppe von Patienten, welche häufig die Praxis aufsuchen (wie im Rahmen der Studie), die Weiterführung einer Patientengruppe im Anschluss an einen (DMP-)Schulungszyklus oder perspektivisch als Teil eines DMP. Dazu finden aktuell Gespräche mit verschiedenen Krankenkassen statt, um im Rahmen von Modellprojekten diese Form der Versorgung auch direkt in DMPs einzubinden.

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

Korrespondenzadresse

Dipl. Ges.-Ök. Benedikt Simon
Wilmersdorfer Straße 157
10585 Berlin
Tel.: 01577 5374666
b.simon@gruppensprechstunde.de

Literatur

1. Beck A, Scott JC, Williams P, et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 543–9
2. Jaber R, Braksmajer A, Trilling JS. Group visits: a qualitative review of current research. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 276–90
3. Housden L, Wong ST, Dawes M. Effectiveness of group medical visits for improving diabetes care: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2013; 185: E635–44
4. Simon B, Sawicki PT. Gruppensprechstunden – ein neues Instrument in der hausärztlichen Versorgung? *Z Allg Med* 2014; 1: 20–5
5. Schmiemann G, Simon B, Mozygemba K. Erste Erfahrungen mit Gruppensprechstunden in einer Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2014; 90: 83–7
6. Trento M, Passera P, Bajardi M, et al. Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type II diabetes: a 4-year randomized controlled clinical trial. *Diabetologia* 2002; 45: 1231–9
7. Kawasaki L, Muntner P, Hyre AD, Hampton K, DeSalvo KB. Willingness to attend group visits for hypertension treatment. *Am J Manag Care* 2007; 13: 257–62
8. Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, et al. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness – a randomized, controlled trial of group visits. *Eff Clin. Pract* 2001; 4: 49–57
9. Junling G, Yang L, Junming D, et al. Evaluation of group visits for chinese hypertensives based on primary health care center. *Asia Pac J Public Health* 2012; XX: 1–11
10. Liu S, Bi A, Fu D, et al. Effectiveness of using group visit model to support diabetes patient self-management in rural communities of Shanghai: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2012; 1043: 1–12
11. Tsang CJS, Lee DF, Reddy R, et al. Resident-driven group medical visits for diabetes mellitus in an ethnically diverse clinic population. *Hawaii Med J* 2010; 69: 27–30
12. Lock J, Bruin A, Scholten M, et al. The group medical appointment (GMA) in haemophilia and von Willebrand's disease: a new development in outpatient paediatric care. *Haemophilia* 2012; 18: 766–72



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 65007245
Fax: 069 68974602
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de