

Gruppensprechstunde

Ein Bericht, animiert durch den WONCA-Kongress 2003 in Ljubljana

Die medizinische Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker und polymorbider Menschen stellt eine der grossen Herausforderungen der Zukunft für das Gesundheitswesen dar. Die besten Erfolge bauen auf eine gute hausärztliche – generalistische – Betreuung mit einem personen- und familienzentrierten Vorgehen. Doch bis es soweit ist, gibt es noch einiges zu tun.

Le nombre croissant de malades chroniques et patients souffrant de polymorbidité pose, pour l'avenir, un des plus grands défis d'assistance médicale pour le système de santé. La meilleure efficacité est basée sur une bonne prise en charge médicale de premier recours/médecine générale, centrée sur la personne et la famille. Mais pour relever ce défi, il y a encore à faire.

Bruno Kissling

Prolog

Ein nie abgeschickter Brief von 1998

Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
Elfenauweg 6
3006 Bern

Bern, im Mai 1998

Gruppensprechstunde

Liebe Patientin, lieber Patient,
In den letzten Jahren habe ich durch vielfältige Teamarbeit die geistige Kraft der Gruppe kennen gelernt. Es ist erstaunlich, welcher Ideenreichtum und welche kreativen Lösungsansätze sich auf lustvolle Art und Weise im Kreis von interessierten Menschen entwickeln können.

In Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen erkannte ich, dass ich Ihnen mit der herkömmlichen und allseits praktizierten Behandlungsform der Einzelsprechstunde diesen wichtigen Aspekt vorhalte.

Verschiedene Krankheitsbilder und Gesundheitsstörungen wie Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Übergewicht, Asthma/chronische Bronchitis, Herzleiden, chronische Rückenschmerzen und Arthrosen wären ideal geeignet zur Behandlung in Gruppensprechstunden. Zu meinem Fachwissen

kommt Ihr Expertenwissen hinzu. Sie sind nicht mehr allein mit Ihrem Leiden und können sich gegenseitig beraten und helfen.

Ich möchte Ihnen deswegen die Möglichkeit der Gruppensprechstunde anbieten. Maximal fünf Leute treffen sich bei mir. Die Sitzungen werden 45 Minuten dauern. Sollten spezielle Probleme eine Einzelsprechstunde erfordern, könnte diese – nach Voranmeldung – möglichst im Anschluss an die Gruppensprechstunde stattfinden.

Wenn Sie mein Angebot interessiert, melden Sie sich bitte telefonisch bei mir.

Ich freue mich auf Ihre Teilnahme.

Herzliche Grüsse
Dr. B. Kissling

Vom Wort zur Tat

Von der Idee bis zu deren Umsetzung kann es einige Zeit, manchmal sehr lange dauern.

Das erfahren wir, wie dieses Beispiel der Gruppensprechstunde zeigt, immer wieder an uns selber, bei unserer täglichen Arbeit mit unseren PatientInnen und nicht zuletzt auch in der Politik.

Eine gute Idee, ...

Die Idee mit der Gruppensprechstunde ist bei allen KollegInnen, die ich darauf angesprochen habe, sofort auf ein positives Echo gestossen. Doch offensichtlich fehlte bis anhin die nötige stossende Kraft

oder mangelte es an griffigen Vorbildern, um die «Sache» anzupacken.

Neu wurde die «Glut angefacht», als ich Ende 2002 – anlässlich der Schlussredaktion der deutschen Übersetzung der Europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin in Innsbruck – im Gespräch mit Erwin Rebhandl, dem Präsidenten der ÖGAM, zufällig auf das Thema der Gruppensprechstunde gestossen bin.

Zwei Beispiele von Gruppensprechstunden:

Erfahrungsbericht über Diabetikerschulungen in der Ordination von Erwin und Christa Rebhandl in Haslach (A)

Diabetikerschulungen werden schon seit langem in den Krankenhäusern für Typ-I-Diabetiker angeboten und durchgeführt. Seit einigen Jahren werden von den Diabetesambulanzen auch strukturierte Schulungen für Typ-II-Diabetiker angeboten, zu denen die Patientinnen und Patienten einige Tage stationär aufgenommen werden. Leider machten wir die Erfahrung, dass die Betroffenen, sobald sie die Schulung beendet haben und auf sich alleine gestellt sind, in kürzester Zeit wieder in ihr altes Verhaltensmuster zurückfallen. Sie gehen nur unregelmässig zur Kontrolle, essen und trinken, was ihnen schmeckt, und bewegen sich viel zu wenig.

Dies war für uns der Hauptgrund, eine Möglichkeit zu suchen, in unserer Praxis Diabetikerschulungen (Typ II) anzubieten. Die OBGAM (O.Ö. Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin) startete zu dieser Zeit gerade mit dem Gesundheitsreferat des Landes O.Ö., der O.Ö. Gebietskrankenkasse und zwei namhaften Diabetologen, Prim. Dr. Egger und OA Dr. Grafinger, ein Pilotprojekt zur Diabetikerschulung und -betreuung in der Hausarztpraxis. Wir meldeten uns zur Mitarbeit an und besuchten die Fortbildung «Diabetikerschulung nach dem Düsseldorfer Modell».

Kurz darauf starteten wir den ersten Kurs mit 10 Patientinnen und Patienten. Interessant war, dass die männlichen Patienten leichter zur Teilnahme zu motivieren waren als die weiblichen.

Unsere Praxis, die wir seit 22 Jahren führen, liegt in einem kleinen Markt mit zirka 3000 Einwohnern. Wie fast alle Praxen in Österreich wird sie als Einzelpraxis geführt. Unser Team besteht aus Erwin (Arzt für Allgemeinmedizin), Christa (dipl. Krankenschwester) und Andrea (Arztassistentin). Die Ärzte sind auch in Österreich meist zeitlich überlastet und deshalb auf qualifizierte Hilfe angewiesen. Unsere Diabetikerschulung wird daher hauptsächlich von Christa (DKS) durchgeführt. Einen der vier vorgegebenen Blöcke der Grundschulung bestreitet der Arzt Erwin. Zu unserer eigenen Überraschung machten wir gleich beim ersten Kurs durchwegs positive Erfahrungen.

Alle Teilnehmer waren sehr bemüht, hielten sich strikt an die vereinbarten Massnahmen und befolgten die Anweisungen. Der Erfolg zeigte sich sehr schnell. Durchschnittlich nahmen die Patienten in 2 Monaten 5 kg ab und der HbA_{1c}-Wert wurde bei allen deutlich besser. Einzelne Patienten kommen seither sogar ohne Medikamente aus.

Nach der Grundschulung (4 Treffen im Abstand von einer Woche) fand nach einem Monat ein Folgetreffen statt. Zu unserer Freude kamen alle Teilnehmer und waren noch immer sehr motiviert. Bei diesem Gruppengespräch wurde, zu unserer Überraschung, von den Anwesenden der Wunsch geäussert, weitere Treffen zu vereinbaren. Wir kamen diesem Wunsch gerne nach und laden seither die Gruppe im Abstand von 3 Monaten – zeitlich abgestimmt auf die Kontrolle ihrer Befunde – zu einem von Christa moderierten Erfahrungsaustausch in unser Wartezimmer ein. Dabei werden die Teilnehmer ermuntert, offen und ehrlich über Probleme und «Ausrutscher» zu diskutieren. Auch Inhalte der Grundschulung werden immer wieder wiederholt. Es werden Fragen wie «nächste Woche haben wir eine Geburtstagsfeier – darf ich da ein Glas Wein trinken oder ein Stück Kuchen essen» gestellt. Sie freuen sich dann natürlich sehr, wenn man dies erlaubt und sie dabei kein schlechtes Gewissen haben müssen. Sie bekommen aber gleichzeitig die Auflage, etwas mehr «Bewegung zu machen» und die «süsse Ausnahme» nicht alle Tage zu wiederholen. So kommen die Diabetiker mit ihrer Situation ganz gut zurecht und merken, dass sie durch ihre Krankheit keine Aussenseiter sind und eigentlich so leben können, wie jeder leben sollte – ob gesund oder krank.

Positiv erleben die Teilnehmer, und auch wir, den Gruppeneffekt, der uns sehr wesentlich für den Langzeiterfolg erscheint.

«Geteiltes Leid ist halbes Leid», so könnte man das Gruppenerleben zusammenfassen. Die Patienten berichten, dass es ihnen sehr hilft, wenn sie in der Gruppe hören, dass es auch den anderen nicht leicht fällt, auf gewohnte, eher fettreiche Menüs mit reichlich Fleisch zu verzichten. Sie geben sich gegenseitig Ratschläge, wie sie sich besser zur Nahrungsumstellung motivieren können, wie die Familie zur Unterstützung einbezogen werden kann; und sie teilen sich gegenseitig ihre Erfahrungen beim Zubereiten von gesunden und wohlschmeckenden Mahlzeiten bereitwillig mit.

Ein gewisser Wettbewerb entsteht automatisch bei der Gewichtsreduktion. Jene, die erfolgreich abnehmen, freuen sich natürlich über den Erfolg und die (ein wenig neidvolle) Bewunderung der anderen Anwesenden. Gleichzeitig ist der Erfolg der einen Ansporn für die anderen, auch einige Kilos abzubauen.

Auch der HbA_{1c}-Wert eignet sich in gewisser Weise zu einem Wettbewerbsparameter. «Bei wem ist der HbA_{1c} am meisten gesunken?» ist eine von Gruppenmitgliedern gerne gestellte Frage. Der «Sieger» darf sich natürlich der Bewunderung der anderen aussetzen und berichten, wie er seiner Meinung nach zu diesem Erfolg gekommen ist. Am Ende eines solchen Berichtes entsteht bei den einzelnen Gruppenmitgliedern das von uns unterstützte Gefühl «das schaffe ich auch».

Beim Punkt «regelmässige Bewegung» ist die Gruppe unserer Meinung besonders erfolgreich und nicht zu ersetzen. Wir erarbeiten mit der Gruppe gemeinsam ein allgemeines Bewegungsprogramm und adaptieren es für jeden einzelnen. Es hat sich in den bisherigen Gruppen gezeigt, dass Gehen und, neuerdings, die Trendsportart Nordic Walking für diese Zielgruppe am besten geeignet sind. Daneben wird auch das Radfahren von einzelnen Teilnehmern bevorzugt. Inzwischen haben sich ohne unser direktes Zutun kleine Gruppen gebildet, die sich regelmässig zur Sportausübung treffen. In der Gruppe berichten sie dann vom positiven Effekt der körperlichen Aktivität auf ihr Wohlbefinden. Die meisten unserer geschulten Diabetiker machen regelmässig richtige körperliche Bewegung, und das unabhängig von Wetter und Jahreszeit.

Beim Gruppentreffen werden sehr viele positive Erlebnisse berichtet, welche die Teilnehmer und uns anspornen, diesen Weg weiter zu gehen.

Durch die Gruppenschulungen erleichtern wir uns sicher auch den Ordinationsalltag, weil wir mit besser informierten Diabetikern konfrontiert sind. Die Einzelberatungen sind dadurch strukturierter und nehmen weniger Zeit in Anspruch.

Drei Schulungen führten wir bis jetzt mit sehr gutem Erfolg durch. Die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer sind Anreiz, diesen Weg weiter zu gehen. Für den Kurs im September 2003 hatten sich erneut 10 Teilnehmer angemeldet. Durch die Mundpropaganda sind unsere Diabetiker jetzt leichter zum Mitmachen zu motivieren.

Wir hoffen, dass wir weiterhin unsere Patienten dafür gewinnen können, an diesen Schulungen und Nachfolgetreffen teilzunehmen, damit sie mit ihrem Diabetes ein zufriedenes und langes Leben führen können, möglichst frei von belastenden Spätfolgen.

Apolonija Steinmann's Group therapy in Family Medicine in Ljubljana

Am WONCA-Kongress 2003 in Ljubljana bin ich in der riesigen Poster-Galerie auf die Präsentation der slowenischen Kollegin Apolonija Steinmann gestossen. Eindrücklich schildert sie die Wirkung der Gruppentherapie auf die PatientInnen und ÄrztIn-

nen. Ich lasse das Poster für sich sprechen, ohne es weiter zu interpretieren (siehe S. 389).

... aber es dauert ein Weilchen

nach 5 Jahre dauernder «Brutzeit» und auf der Basis der positiven Erfahrungen von Erwin und Christa Rebhandl sowie Apolonija Steinmann könnte es nun an der Zeit sein, den mutigen Schritt zur Gruppensprechstunde zu wagen.

Background [1, 2]

Patienten mit chronischen Krankheiten nehmen zahlenmässig zu und werden das Budget der Gesundheitsausgaben zunehmend ganz besonders belasten. Ihnen gebührt – aus Gründen der individuellen Lebensqualität sowie der Kosten – in Zukunft ein ganz besonderes Augenmerk. Dabei kommt der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin eine zentrale Rolle zu.

Chronische Krankheiten und Komorbiditäten – ein Mit-, Neben- und Gegeneinander

Chronisch Kranke, die gegen aussen sehr oft gesund aussehen, sich nicht selten auch recht gesund fühlen und heute auch ein ziemlich normales Leben führen können, gehören gleichzeitig zur Bevölkerungsgruppe mit dem häufigsten Vorkommen von Komorbiditäten.

Aus dieser erschwerenden Konstellation ergeben sich, damit eine Therapie erfolgreich sein kann, ganz spezielle Anforderungen.

■ Massnahmen, die für die Behandlung einer der vorliegenden Krankheiten sinnvoll sind, können durch begleitende Krankheiten nicht selten erschwert oder verunmöglicht werden. Daher gilt es für Arzt und Patient, gemeinsam kreative Lösungsstrategien zu entwerfen; denken wir beispielsweise an eine nötige *Bewegungstherapie* bei einem *bewegungsbehindernden Zusatzleiden*.

■ Bei der *Multidisziplinarität* der verschiedenen in Abklärung und Therapie involvierten Ärzte und Institutionen müssen Wege zum *Vermeiden von Doppelpurigkeiten* festgelegt werden. *Kooperation, Koordination, Überblick bewahren, Synthese der Resultate* sind mehr als blosser Worthülse.

■ Mit zunehmender Zahl von gleichzeitig zu behandelnden Krankheiten müssen – in einem *ganzheitlichen, personenzentrierten, bio-psycho-sozialen* Vorgehen – *Behandlungsschwerpunkte* definiert werden, zur Förderung von *Motivation* und *Compliance* des Patienten, zum Bewahren einer *zielgerich-*

GROUP THERAPY IN FAMILY MEDICINE, WONCA

20. 6. 2003, Cankarjev dom

Author: APOLONIJA STEINMANN, Clinical centre, Centre for war veterans, Vodnikova 62, 1000 Ljubljana, Slovenia

Introduction: presenting an example of group therapy in family medicine

Meetings : first was in March 2002, later once a week, 2 to 3 hours

Number of patients : 3-10, when they had time

Profession of the patients : different; from students to retired people

Age : from 20 to 75 years

Diagnosis of patients : several ones

Guests : different experts for family therapy

Aims:

- to cure the illness with small or no amount of medication at all, to understand the cause of his illness, to make the patient aware of and accept his pain (somatic, psychical, mental, subconsciously or any other pain or problem inside him or in his surroundings)
- to change the pattern of thinking in his/her family: to change it in *positive* patterns



"Our mistakes are our best teachers" (Nietche)

Outcomes of group therapy:

1. Conclusions of patients:

- there is more time for each patient
- medication has little or no effect
- represents a great support and safety to the patient, environment where he can find compassion, understanding, humanity, confidence, trust, a home, "somebody said it is like a *diamond* - a jewel, when somebody listens, hears and helps you"
- behind the somatic illness there is a hidden psychical, physical, spiritual, social or other
- he decided to do something for himself, reached internal *peace*
- *this is a school without appraisals, is not compulsory, but is obligatory for oneself*
- learning to accept kind of disease, help to cure and faster rehabilitation
- *acceptance of oneself* as a person, his family, relatives, friends, understand my soul
- *positive approach to himself* and his own life, with no more suicidal thoughts
- important are differences in the group itself
- *"I was very tired, I lost my life energy, I don't know what is going on in my body?"*
- he is laughing again, enjoying life again, happy to have a pleased face, has less or no pain in his/her body, has better sleep, and is overall more calm

2. Conclusions of the family doctor:

- this practice represents a kind of continuing the clinical remedies
- *better quality of interpersonal relationships between: patient- doctor-medical service- health system- state- world- whole approach to the patient*
- the patient expresses openly his difficulties, which were not told in years of therapy
- taking calmly of the illness or own incompatibilities
- listening to *internal voice*, discovering of suppressed emotions
- recovering was achieved by less medicaments, rehabilitation process was accelerated and it represents prevention of chronic diseases
- the establishment of the *positive approach to oneself*
- dismissing negative patterns like old resentments, guilts, anger, hatred which are often rooted in childhood and erupt quite late in the life-cycle or at cases of bereavement.
- it is important to be able: to pardon to all who have hurt us, be able to accept good and bad news
- meaning of one's life, understanding of the stress

Summary:

- group therapy is one of rare manners of therapy where we are looking for the causes of *disorders*, it is like *archeology to find subconscious prints from the past!*
 - they needed less or no medication in therapy
 - they were more peaceful, became aware of *generation patterns and thoughts*, they have their own options, are good personalities, are individual beings
 - they can openly communicate with a group, become strong, calm persons
 - they learned to express their feelings
 - the result rate was approximately 90 %
 - they are able to avoid a stressful situation or an illness by *resting more, to take time for illness*
 - to make the health more efficient and thus *less expensive*

For good relationships among people it is of paramount importance to have a lot of endurance, compassion, and unconditional love!

teten Orientierung von Arzt und Patient, für ein *optimales Zeitmanagement* in der Sprechstunde.

■ Durch Information und Förderung des *patient empowerment* dürften etwelche *Hospitalisationen* verhindert werden könnten. Der Kranke erhält mehr *Sicherheit* und *Lebensqualität*, bei niedrigeren *Kostenfolgen*.

Alle diagnostischen, therapeutischen und präventiven Interventionen sollten demzufolge in ein von Arzt und Patient gemeinsam erarbeitetes, auf den Patienten und dessen Familie individuell angepasstes *Gesamtkonzept* eingegossen sein. Es muss ein *personenbezogenes* Therapiekonzept resultieren, das *die Self-Care-Kompetenz fördert* und *die Lebensziele des Patienten unterstützt*, das also weit über die Summe der *diagnosebezogenen* Massnahmen jeder vorhandenen Einzelkrankheit hinausgeht.

Zum Beispiel der Diabetes mellitus Typ II

Ein häufiges Beispiel soll diesen theoretischen Exkurs auf einen praktischen Boden stellen. Ein Diabetiker leidet nur selten an einem Diabetes allein. Sehr oft tritt diese Krankheit im Rahmen eines metabolischen Syndroms auf; und darüber hinaus leiden die betroffenen PatientInnen oft zusätzlich an kardiovaskulären, rheumatischen, pulmonalen, Augen- und anderen Folge- und Begleiterkrankungen und – mit zunehmender Zahl von Komorbiditäten – nicht selten zusätzlich an depressiven Störungen.

Es kann also kaum genügen, die Zielwerte für die einzelnen Komponenten, den Blutdruck nach den WHO-Kriterien, das Cholesterin und den Blutzucker gemäss den AGLA¹-Richtlinien, das Gewicht nach den Normtabellen einzustellen, und die nötigen Augen-, Fuss- und weiteren Kontrollen zu den in den Guidelines vorgesehenen Zeitpunkten abzuhaken.

Für einen «guten» Langzeiterfolg müssen vielmehr auch die persönlichen gesundheitlichen Schwerpunkte sowie die familiären und beruflichen Umstände des Patienten mit berücksichtigt werden. Lebenseinstellung, grundsätzliche Risikobereitschaft und weitere, den Therapiezielen förderliche oder mit diesen im Widerspruch stehende Lebensschwerpunkte müssen in die diagnostischen und therapeutischen Entscheide integriert werden. Erst auf dieser tragenden Basis kann ein «shared decision making» aufgebaut werden.

1 Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie

2 Netzwerke im herkömmlichen Sinn – ein Arzt arbeitet zusammen mit einem Netz von ihm bekannten Spezialisten, Institutionen und Spitälern – oder Versicherungsnetzwerke mit oder ohne Budgetverantwortung.

Lösungsansätze

Netzwerke² und Disease-Management-Projekte und/oder ...

Dies sind wichtige Ansätze in die richtige Richtung. Solche Strukturen und Programme fördern die Interdisziplinarität und dienen damit der Verbesserung der Therapiequalität, der Optimierung der Therapiekette sowie dem «patient empowerment». Sie erfüllen aber nicht eo ipso die weiteren Kriterien einer personenzentrierten Vorgehensweise, die zur Gestaltung des Mit- und Nebeneinanders der verschiedenen Krankheiten unabdingbar nötig ist.

Es besteht also ein weiterer Bedarf nach innovativen Lösungen zur Qualitätsverbesserung der ärztlichen Behandlung von polymorbiden chronisch Kranken.

... Gruppensprechstunde

Diese bisher kaum praktizierte Behandlungsform könnte dem Ziel einer ganzheitlich ausgerichteten Therapie von chronisch kranken PatientInnen mit Komorbiditäten hilfreich sein.

Die PatientInnen als Experten ihrer Krankheiten und ihres jeweiligen Gesundheitspotentials erhalten durch die Fachpersonen, ihren gemeinsamen Arzt und die allenfalls beigezogenen SpezialistInnen aus ärztlichen und pflegerischen Bereichen, das nötige «objektive» Wissen über ihre Krankheit, deren Wesen und bio-psycho-sozialen Zusammenhänge, die bestehenden Präventions- und Therapiemöglichkeiten usw. ...

Dieser Informationsteil kann durch die workshopartige Vermittlung in der Gruppe möglichst interaktiv gestaltet werden; dies ist bekanntlich eine wichtige Grundlage für einen möglichst optimal wirksamen Wissenstransfer.

Durch den Austausch mit den anderen betroffenen PatientInnen/KrankheitsexpertInnen dürfte sich (höchst wahrscheinlich) ein positiver Effekt auf die Reflexion der eigenen Ziele, die Motivation sowie die kreative Entwicklung von individuellen Strategien für die nötigen Verhaltensmodifikationen ergeben.

Die Summe aller Gruppenelemente dürfte es jedem Beteiligten erleichtern, den individuellen Umgang mit *seinem* Diabetes im Rahmen *seiner* persönlichen Komorbiditäten, *seiner* Persönlichkeit und *seines* Umfeldes zu definieren. Im moderierten konstruktiven Gesprächskreis werden die PatientInnen – im Spannungsfeld zwischen dem objektiv Machbaren und ihrem persönlichen Einsatzwillen sowie im Hinblick auf die für sie bestmögliche und erstrebenswerte Lebensqualität – über ihre persönlichen Ziele und Möglichkeiten nachdenken können.

Wo sich der Bedarf nach einem individuellen Therapieansatz ergibt, dürfte die Intervention um so gezielter stattfinden können, da der Patient seine «kontemplative» Arbeit in der Gruppe bereits absolviert haben dürfte. Und wir wissen ja, der Weg von der Idee zum Wissen, was wir wollen, vom Wort zur Tat – zur tatsächlichen Umsetzung ... (siehe oben).

Epilog

Was bringt's? – eine wissenschaftliche Begleitung

Eine objektiv messbare Wirkung dürfte wohl nicht rasch erwartet werden. Die subjektive Arzt- und Patientenzufriedenheit hingegen könnte sich schnell bemerkbar verändern.

Ideal wäre es, wenn eine Umsetzung dieser Idee von Anfang an wissenschaftlich begleitet würde. Allerdings dürften sich solche Studien keinesfalls auf eine ökonomische Sicht der einzelnen Diseases, die im Rahmen der Komorbiditäten vorliegen, beschränken. Es gälte, die «Geschichte» *komplexer* zu erfassen, ganzheitlich, personenbezogen.

Zusätzlich zu statistischen Zahlen, die bekanntlich nie auf eine einzelne Person anwendbar sind, sollten individuelle *narrative* Reporte, allenfalls nach einem einheitlichen Raster, verfasst werden. So könnte das bunte Bild unserer individuellen Patienten mit chronischen Leiden und deren Umgang mit ihren verschiedenen Komorbiditäten abgebildet werden, wie wir HausärztInnen es in unserer täglichen Praxis realiter antreffen – multipel, komplex, individuell, originell ...

Ein neuer «Flatus» oder frischer Wind?

Vielleicht ein neuer «Flatus»! Die Gruppensprechstunde brächte jedoch in jedem Fall einen neuen Ansatz, frischen Wind in die Arzt-Patientenbeziehung; denn der moderne Mensch ist im Dauerrauschen von Informationen aller Art und im Zeitalter der «Lebensabschnittspartnerschaften» auf neue starke Anreize angewiesen, damit er sich auf einen spezifischen Punkt konzentrieren kann.

Eine Gruppensprechstunde könnte der «Monotonie», die sich wie bei jeder Beziehung auch zwischen dem immer gleichen Arzt und dem immer gleichen Patienten einstellen und die Dynamik der Sprechstunde zunehmend und unbemerkt lähmen kann, entgegenwirken – und auf beiden Seiten neue kreative Fähigkeiten öffnen!

Eine solche Auffrischung der therapeutischen Beziehung, verstärkt durch den Geist der Gruppe, muss sich positiv auf die Gesundheit der PatientInnen und des Arztes – und des Gesundheitswesens – auswirken.

Quod erat demonstrandum! Wer macht mit?

Literatur

- 1 Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Family Med* 2003;1:4–7.
- 2 Bayliss EA, Steiner JF, Fernakd DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Family Med* 2003;1:15–21.

Bruno Kissling
Elfenauweg 6
3006 Bern
E-Mail: bruno.kissling@hin.ch