

# Vorabbeurteilung der medizinischen Indikation für Reanimationsversuche bei Pflegeheimbewohnern durch Hausärzte

## Ex Ante Assessment of the Medical Indication for Resuscitation Attempts in Nursing Home Residents by Family Physicians

Andreas Günther<sup>1</sup>, Juliane Poeck<sup>2</sup>, Jutta Bleidorn<sup>2</sup>, Nils Schneider<sup>3</sup>, Sven Schwabe<sup>3</sup>

### Zusammenfassung

Die Entscheidungsfindung, ob bei Kreislaufstillstand ein Reanimationsversuch unternommen wird, erfolgt in einem Spannungsfeld zwischen Vorausplanung und Zwangsläufigkeit bei eingetretenem Kreislaufstillstand. Dabei verteilt sich die Verantwortung für die Entscheidung in Pflegeeinrichtungen zwischen Bewohnern, Pflegefachpersonen und Hausärzten. Für die Vorausplanung wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung empfohlen, deren Umsetzung durch verschiedene Hürden begrenzt wird. In der Versorgungsrealität muss die Verantwortung für Entscheidungen über Reanimationsversuche häufig von Pflegekräften getragen werden. Mit einer Vorabbeurteilung können Hausärzte zur stärkeren Differenzierung zwischen der medizinischen Indikation für einen Reanimationsversuch im Fall eines Kreislaufstillstandes und dem diesbezüglichen Patientenwillen beitragen und die medizinische Basis für die Entscheidungsfindung stärken. Mit einer derartigen Vorabbeurteilung würden Ärzte ihre medizinische Kompetenz in die individuelle gesundheitliche Vorausplanung einfließen lassen, was zur Stärkung der Patientenautonomie beitragen könnte. Das Ergebnis einer Vorausbeurteilung kann in eine gesundheitliche Versorgungsplanung einfließen und auch einen Einstieg in eine Vorausplanung im Sinne von *Advance Care Planning* bieten. Hausärzte können eine Vorabbeurteilung der Indikation für eine Wiederbelebung ohne Weiteres praktizieren. Weitere spezifische Forschungsarbeiten könnten die Verbreitung befördern.

### Schlüsselwörter

Reanimation; Pflegeeinrichtung; Pflegefachperson; Hausarzt; gesundheitliche Versorgungsplanung

### Summary

Decision-making about cardiopulmonary resuscitation in nursing homes happens in an area of conflict between advance planning and ad hoc decision when cardiac arrest occurs. Responsibility is distributed among nursing home residents, nurses and family physicians. In advance planning, shared decision making is recommended, but it is restricted by different obstacles. In the reality of care, the responsibility for decisions about resuscitation attempts is often shouldered by nurses. To distinguish indication for resuscitation attempts from patients' wishes more clearly, family physicians could assess the medical indication ex ante. This would improve integration of medical expertise in decision-making about resuscitation attempts in both situations, when cardiac arrest occurred and in advance planning. Exerting such ex ante assessment, family physicians would introduce their medical competence into advance planning, which could promote personal autonomy of nursing home residents. The result of an ex ante assessment can be integrated in an advance care planning process and can provide a beginning of such a process. An ex ante assessment of the medical indication for resuscitation attempts can be exerted by family physicians without further ado. Specific research could promote dissemination.

### Keywords

Resuscitation; nursing home; nurse; family physician; advance care planning

<sup>1</sup> Stadt Braunschweig, Fachbereich Feuerwehr

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 04.04.2022; akzeptiert: 24.07.2022

DOI 10.53180/zfa.2022.0346-0350

## Hintergrund

Pflegeeinrichtungen haben als Sterbeorte erheblich an Bedeutung gewonnen [1, 2]. In diesem primär arztfreien Umfeld stehen die Pflegekräfte bei Bewohnern mit Kreislaufstillstand vor der Entscheidung, einen Reanimationsversuch (RV; engl.: *cardiopulmonary resuscitation attempt*) zu beginnen oder zu unterlassen. Daraus kann ein ethisches und rechtliches Dilemma entstehen. Auf der einen Seite wird eine Pflicht für einen RV gesehen, sofern keine anderslautende Patientenverfügung oder sicherere Todeszeichen vorliegen. Andererseits stellt sich bei vielen RV die Frage, ob diese überhaupt medizinisch sinnvoll, ethisch vertretbar und mit dem mutmaßlichen Patientenwillen vereinbar sind [3, 4]. Die Folgen der daraus resultierenden Unsicherheit können so weitgehend sein, dass in Einzelfällen Wiederbelebungsmaßnahmen vorgetäuscht werden (sog. *slow code*) [4] oder dass Pflegekräfte die Zimmer Sterbender meiden. Eine Erhöhung der Handlungssicherheit kann also der Versorgung von Pflegeheimbewohnern zuträglich sein.

## Vorausplanung kann Unsicherheit reduzieren

Auf einen RV kann rechtssicher verzichtet werden, wenn ein Dokument vorliegt, das den eindeutigen Willen des Bewohners oder die Feststellung der Hausärztin enthält, dass ein RV nicht indiziert oder erwünscht ist. Ein wirksames Instrument zur Vorausplanung von Notfallsituationen und zur Erstellung derartiger Dokumente ist *Advance Care Planning* (ACP), das auf dem partnerschaftlichen Modell der Arzt-Patient-Beziehung (englisch: *shared decision making*) basiert. Es wird derzeit als gesundheitliche Versorgungsplanung in deutschen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe eingeführt [5]. Im ACP-Prozess ermitteln geschulte Gesprächsbegleiter mit Bewohnern deren Willen für erwartbare Notfallsituationen. Eine ärztliche Beurteilung der medizinischen Indikation soll im weiteren Verlauf des ACP-Prozesses erfolgen. Dabei bietet die Einbindung von Ärzten die Möglichkeit, Fehlindikatio-

nen zu erkennen und ggf. zu korrigieren. Eine Entscheidung über einen RV, die im Voraus getroffen und dokumentiert wurde, kann die Sicherheit der handelnden Personen erhöhen und so zur Verbesserung der Versorgung von Pflegeheimbewohnern beitragen.

## Gemeinsame Entscheidungsfindung als Herausforderung

Für die Entscheidungsfindung bei der Vorausplanung von RV gilt *shared decision making* (SDM) als erstrebenswert [4, 6]. Dabei kann ACP als Spezialfall eines SDM-Prozesses eingeordnet werden. Ein entsprechender Gesprächsprozess folgt einem partnerschaftlichen Modell, bei dem nicht einfach die geäußerte Behandlungspräferenz des Patienten als dessen autonome Behandlungsentscheidung hingenommen wird. Vielmehr wird diese im Gesprächsprozess aktiv erforscht und gemeinsam mit dem Patienten auf Kongruenz mit seinem zugrundeliegenden Wertesystem untersucht. Alternativen werden durchgespielt und so dem Patienten Möglichkeiten eröffnet, seine Behandlungsentscheidung in seinem Sinne zu entwickeln. Diese idealtypische

Vorgehensweise ist in der Versorgungsrealität bisher nicht annähernd verwirklicht. Aus dem in der Regel unvermeidlichen Informations- und häufig auch Machtgefälle zwischen Ärzten und Patienten wird eine erhebliche ärztliche Bringeschuld abgeleitet [6]. Es finden sich also nur selten die Voraussetzungen, die für die Umsetzung von ACP-Prozessen relevant sind und Hausärzte haben die Möglichkeit, Verbesserungen herbeizuführen. Die Betrachtung der Indikationsstellung und der Einwilligung bei der Vorausplanung von RV kann Ansätze dafür aufzeigen.

## Indikationsstellung und Einwilligung

Im Behandlungsfall und bei der Vorausplanung ist eine medizinische Indikation die erste Voraussetzung für einen RV und jede Behandlungsmaßnahme [7, 8]. Bietet eine Behandlungsmaßnahme eine (zumindest minimale) Aussicht auf Erfolg, so ist sie medizinisch indiziert (oder zumindest vertretbar). Wenn schon im Voraus zuverlässig erkennbar ist, dass das vom Patienten angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden kann, so

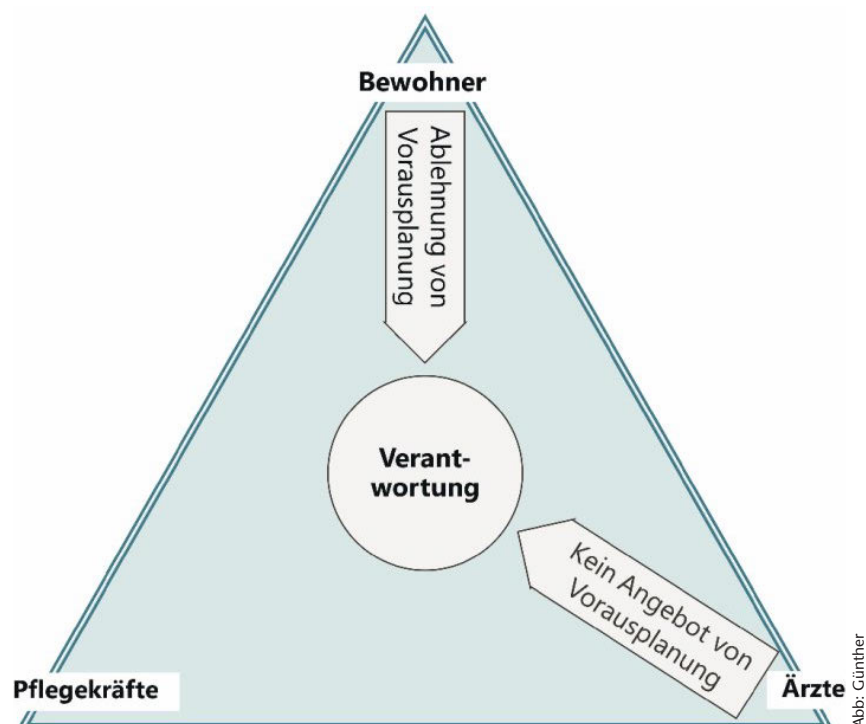


Abbildung 1 Die Verantwortung für Entscheidungen um Reanimationsversuche (RV) verteilt sich zwischen Pflegeheimbewohnern, Pflegekräften und Ärzten.

ist diese Maßnahme medizinisch nicht indiziert und darf [7] oder soll [4] dem Patienten nicht angeboten werden. Das angestrebte Therapieziel muss sich an den individuellen Wertvorstellungen der Betroffenen orientieren. Fremde Wertvorstellungen dürfen nicht auf den Patienten übertragen werden [4, 5]. Vor diesem Hintergrund wird die Diskussion um medizinische Aussichtslosigkeit (engl.: *futility*) geführt. Aussichtslosigkeit ist abhängig von der Definition des Erfolges und bei einer engen Definition sehr selten. Deshalb liegt zur Beurteilung der Aussichtslosigkeit medizinischer Interventionen im Endstadium des Lebens keine praktisch brauchbare Evidenz vor [9]. Unabhängig von den Wertvorstellungen der Betroffenen ist ein RV medizinisch nicht indiziert, wenn im Voraus zuverlässig erkennbar ist, dass bei Stillstand des Kreislaufes dieser allenfalls vorübergehend wiederhergestellt werden kann und damit nur eine Verlängerung des Sterbeprozesses erreichbar wäre.

### Verteilung der Verantwortung

Wenn Entscheidungen über RV im Voraus getroffen werden, verschiebt sich die Verantwortung zwischen den Akteuren. Für die Bewohner soll ACP und jede gesundheitliche Vorausplanung freiwillig sein [5]. Auch Ärzte sind rechtlich nicht verpflichtet, eine Vorausplanung anzubieten. Am Ende der Verantwortungskette stehen Pflegekräfte. Die Abbildung 1 verdeutlicht, dass Bewohner und Ärzte der Verantwortung ausweichen können, Pflegekräfte dagegen nicht. Sie müssen als erste Kontaktperson bei eingetretenerem Kreislaufstillstand zwangsläufig entscheiden.

### Indikationsverantwortung

Eine stärkere Differenzierung zwischen der medizinischen Indikation für einen Reanimationsversuch (CPR-Indikation) und dem Patientenwillen kann einen Ansatz bieten, das Entscheidungs- und Verantwortungsdilemma zu lindern. Ausgehend von einem zukünftigen Kreislaufstillstand könnten Hausärzte sich zunächst selbst die Frage beantworten, ob ein RV allenfalls eine vorübergehende Kreislaufwiederherstellung und damit eine Verlängerung des Ster-

beprozesses bewirken würde. Wenn dieses zuverlässig erkennbar ist, müssen die individuellen Wertvorstellungen des Patienten nicht bekannt sein, um zu entscheiden, im Falle eines Kreislaufstillstandes keinen RV durchzuführen oder durch Dritte durchführen zu lassen.

### Vorabbeurteilung der Indikation zur Wiederbelebung (CPR; cardiopulmonary resuscitation)

Eine Vorabbeurteilung der CPR-Indikation ohne Kenntnis der persönlichen Wertvorstellungen der Betroffenen würde vermutlich nur in seltenen Fällen dazu führen, dass die Indikation für einen RV ausgeschlossen wird. Mit einer ärztlichen Anordnung, die einen Verzicht auf RV vorgibt (engl.: *do not attempt resuscitation*; DNAR), könnte diese Information an die Pflegekräfte weitergegeben werden [4, 7]. Eine DNAR sollte auf einer individuellen Beurteilung des Betroffenen und auf klinischer und wissenschaftlicher Evidenz basieren [4]. Einen Fall, bei dem nach Stillstand des Kreislaufes dieser allenfalls vorübergehend wiederhergestellt werden könnte, soll das erste Beispiel darstellen.

#### Beispiel 1

Ein 86 Jahre alter Herr mit ausgeprägter Kachexie ist vollständig abhängig von Unterstützung. Wegen ausgeprägter Kontrakturen an Armen und Beinen sowie einer Kyphose ist eine Lagerung auf dem Rücken unmöglich, er kann nur auf der Seite gelagert werden.

Hier kann der Ausschluss einer CPR-Indikation medizinisch und unabhängig von Wertvorstellungen erfolgen. Es ist zuverlässig erkennbar, dass nach Kreislaufstillstand ein RV allenfalls eine Verlängerung des Sterbeprozesses erreichen könnte und deshalb nicht indiziert ist.

### „CPR-Indikation medizinisch nicht ausgeschlossen“

Das Ergebnis einer Vorabbeurteilung wird häufig sein, dass eine CPR-Indikation medizinisch nicht ausgeschlossen ist. Dieses soll das zweite Beispiel verdeutlichen.

#### Beispiel 2

Eine 88 Jahre alte Dame ist bei einigen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen. Sie geht regelmäßig selbstständig in den Speisesaal der Einrichtung. Ihre Herzinsuffizienz ist kompensiert. Nach einer Katarakt-OP hat sich ihr Visus so weit gebessert, dass sie wieder in der Zeitung liest.

Hier ist die Chance auf Überleben im Falle eines Kreislaufstillstandes gering, kann aber nicht ausgeschlossen werden. Davon geben Daten des Deutschen Reanimationsregisters einen Eindruck. Deutschlandweit wurden 4 % der Pflegeheimbewohner, die einen RV durchliefen, lebend aus dem Krankenhaus entlassen, rund 2 % hatten keine schweren neurologischen Defizite. Im Krankenhaus verstarben 31 %, am Einsatzort 65 % dieser Patienten. Außerhalb von Pflegeeinrichtungen wird bei circa 10 % der RV ein neurologisch gutes Outcome erreicht [10]. Die eingeschränkte Prognose von Pflegeheimbewohnern ist nicht überraschend, denn schwere chronische Vorerkrankungen und insbesondere fortgeschrittene Gebrechlichkeit gelten als Prädiktoren für einen unterdurchschnittlichen Erfolg von Intensivbehandlungen [11].

Wenn ein RV medizinisch nicht ausgeschlossen ist, sind auch die Aussichten auf negative Effekte eines RV relevant. Eine Abwägung kann nur unter Berücksichtigung der individuellen Wertvorstellungen der Betroffenen erfolgen. So kann ein medizinisch vergleichbares Ergebnis unterschiedlich oder sogar konträr bewertet werden. Betroffene könnten ein Überleben in Pflegebedürftigkeit insoweit begrüßen, dass sie diese Situation dem Tod als Alternative vorziehen. Andere Betroffene könnten den Tod bevorzugen, weil sie ein Überleben in Pflegebedürftigkeit als inakzeptabel bewerten. Wegen der möglichen Unterschiede bei der Bewertung der Outcomes von RV ist für die Entscheidungsfindung ein ACP-Prozess angebracht, solange eine CPR-Indikation bei einer Vorabbeurteilung medizinisch nicht ausgeschlossen ist. Daraus resultieren unterschiedliche Implikationen und Herausforderungen für Hausärzte und für die weiteren Akteure.

### Implikationen für Hausärzte

Wie dargestellt haben Hausärzte die Möglichkeit, im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung Verbesserungen herbeizuführen. Auch wenn Ärzte rechtlich nicht verpflichtet sind, eine Vorausplanung anzubieten, so kann es doch als eine ärztliche Aufgabe angesehen werden, das Thema von RV bei Pflegeheimbewohnern anzusprechen oder es zu bearbeiten. Eine Vorabbeurteilung der CPR-Indikation bietet Hausärzten einen Ansatz, stärker Verantwortung für individuelle Vorausplanungen zu übernehmen. Nach der Herausforderung, die Aussichten auf mögliche Outcomes zu beurteilen, muss entschieden werden, an wen das Ergebnis kommuniziert wird. Neben der betroffenen Bewohnerin und ihrer Bevollmächtigten sind besonders die Pflegefachpersonen und die Gesprächsbegleiter der Einrichtung potenzielle Adressaten.

### Separate Vorabbeurteilung

Ob die Betroffenen über das Ergebnis einer Vorabbeurteilung informiert werden sollten, kann nicht pauschal entschieden werden. Im Falle des Ausschlusses einer CPR-Indikation würde die Forderung nach expliziter Information der Patienten wie eine Parodie der Grundsätze und Praxis einer guten Medizin wirken. [3] Trotzdem kann die Information über das Ergebnis sinnvoll sein. Nicht zuletzt, weil sie den Beginn eines ACP-Prozesses darstellen kann. Allerdings wird dringend empfohlen, bei einem derartigen proaktiven Angebot von ACP alles zu vermeiden, was bei Pflegeheimbewohnern das Gefühl einer Verpflichtung zu ACP fördern könnte. [5] Demnach dürfte auch aus der Information, dass eine CPR-Indikation medizinisch nicht ausgeschlossen ist, kein Druck zur Vorausplanung entstehen. Nur wenn die Betroffenen es wünschen, sollten sie über das Ergebnis der Vorabbeurteilung informiert werden. Ob ein derartiger Wunsch besteht, könnte im ärztlichen Gespräch, durch Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer pflegefachlichen Kompetenz oder durch Gesprächsbegleiter im ACP-Prozess abgeschätzt werden. Folglich kann sowohl die Information, dass eine CPR-Indikation medizinisch nicht ausgeschlossen ist, als auch ihr Aus-

schluss den Beginn eines ACP-Prozesses darstellen. Eine systematische Einbindung der Vorabbeurteilung in die Versorgung könnte zur geforderten Verbesserung der Kommunikation und des Informationsflusses zwischen Versorgern wie Pflegeeinrichtungen und Hausärzten auf Systemebene beitragen [12].

### Integration in ACP

Die hausärztliche Einschätzung, dass eine CPR-Indikation medizinisch (nicht) ausgeschlossen ist, kann in einen ACP-Prozess einfließen oder ihn anstoßen. In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe können solche ACP-Gesprächsprozesse, die erfahrungsgemäß mehrere Arbeitsstunden dauern, von hierfür spezifisch qualifizierten nichtärztlichen ACP-Gesprächsbegleitern gemäß § 132g SGB V zu Lasten der GKV durchgeführt werden. Den Einrichtungen steht es frei, ob sie diese Option GKV-finanzierter Gesprächsbegleiter im Umfang von einer Stelle für 400 Leistungsberechtigte in Anspruch nehmen. Von besonderer Bedeutung ist die vorgesehene Kooperation der Gesprächsbegleiter mit Hausärzten, die das Ergebnis der Vorausplanung im Sinne eines Vier-Augen-Prinzips überprüfen und insbesondere die Einschätzung der Prognose in definierten hypothetischen Szenarien beim gegebenen Patienten einbringen können. Für die hausärztliche Kooperation in diesem Prozess ist eine extrabudgetäre Vergütung vorgesehen (GOP 37400). Mit ACP sind auch die notwendigen Strukturelemente wie Dokumente, mit denen unter anderem ein RV indikations- und/oder wunschgemäß wirksam ausgeschlossen werden kann, grundsätzlich etabliert [4, 5, 7].

### Verbesserung der Versorgung

Eine belastbare Entscheidung für Situationen mit Kreislaufstillstand kann die Handlungssicherheit von Pflegekräften und damit die Versorgungsqualität für Pflegeheimbewohner steigern. Im Idealfall ist eine derartige Entscheidung das dokumentierte Ergebnis eines ACP-Prozesses. Auch Vorabbeurteilungen, die nicht zu einem ACP-Prozess führen, hätten Implikationen für die Versorgung. So würde

die strukturiert eingebrachte ärztliche Kompetenz die medizinische Basis der Entscheidungsfindung über RV stärken. Die Entscheidung von Pflegekräften als erste Kontaktperson bei Bewohnern mit eingetretenem Kreislaufstillstand und ohne dokumentierte Entscheidung über RV würde stärker aus einer interprofessionellen Abstimmung zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzten resultieren. Insgesamt kann eine Vorabbeurteilung der CPR-Indikation einer Fehlversorgung entgegenwirken. Sie könnte mit medizinisch fundierteren Entscheidungen zur Reduzierung von Über- und Unterversorgung mit RV beitragen. Durch Anregung eines ACP-Prozesses könnte sie die Autonomie von Pflegeheimbewohnern stärken.

### Schlussfolgerung und Ausblick

Eine Vorabbeurteilung der CPR-Indikation ermöglicht, ausgehend von einem zukünftigen Kreislaufstillstand, einen Einstieg in die individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung. Ein derartiges Verfahren ist ohne Weiteres praktikierbar. Vermutlich beurteilen bereits jetzt einzelne Hausärztinnen und Hausärzte eine CPR-Indikation bevor sie die individuellen Wertvorstellungen der Betroffenen ermitteln. Für eine weite Verbreitung wäre es hilfreich, die medizinische Evidenz für eine Vorabbeurteilung der CPR-Indikation zu präzisieren und die ethischen und rechtlichen Aspekte spezifisch für Vorabbeurteilungen der CPR-Indikation darzustellen. Die Rahmenbedingungen in den einzelnen Pflegeeinrichtungen können Hausärzte selbst klären, aber diese strukturellen Voraussetzungen sollten auch auf Systemebene ermittelt werden.

#### Dr. med. Andreas Günther, DTM&H ...

... ist Anästhesist, Notfall- und Tropfenmediziner. Neben seiner Tätigkeit als Notarzt war er als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst der Stadt Braunschweig tätig und nimmt aktuell die Funktion des Ärztlichen Koordinators im Innovationsfondprojekt NOVELLE wahr. Medizinisch-wissenschaftlich bearbeitet er interprofessionelle und sektorenübergreifende Aspekte der Notfallversorgung.

**Interessenkonflikte:**

Interessenkonflikte werden keine angegeben. Die präsentierte Idee zu einer Vorabbeurteilung der medizinischen Indikation für einen Reanimationsversuch baut auf den gemeinsamen Arbeiten der Autoren im Projekt NOVELLE (FKZ: 01NVF19007; G-BA Innovationsfonds) auf.

**Literatur**

1. Dasch B, Zahn PK. Analyse von Todesbescheinigungen sowie pseudonymisierten Daten ausgewählter PKDs in Westfalen. Dtsch Arztebl 2021; 118: 331–338
2. Herbst FA, Stiel S, Wiese B, Rothmund A, Yilmaz M, Schneider N. Wo versterben die Menschen in der Region Hannover? Z Allg Med 2020; 96: 457–462
3. Cahill S. Should human rights and autonomy be the primary determinants for the disclosure of a decision to withhold futile resuscitation? New Bioethics; 25: 39–59
4. Mentzelopoulos SD, Couper K, van Voorde P de, et al. ERC Guidelines 2021: Ethics of resuscitation. Resuscitation 2021; 161: 408–432
5. Zentrale Ethikkommission. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten der Bundesärztekammer: „Advance Care Planning (ACP)“. Dtsch Arztebl 2019; 116: A-2372
6. in der Schmitt J. Autonomie gewähren genügt nicht – Patienten-Selbstbestimmung bedarf aktiver Förderung durch Ärzte. Z Allg Med 2014; 90: 246–250
7. Feddersen B, Petri S, Marckmann G, in der Schmitt J. Advance Care Planning – eine Chance für ambulant tätige Ärzte. MMW Fortschr Med 2020; 162: 45–48
8. Gotthard P, Fandler M. Abbruch der Reanimation. <https://nerdfallmedizin.blog/2021/10/23/abbruch-der-reanimation-2/> (letzter Zugriff am: 29.10.2021)
9. Wegscheider K. Gibt es eine Evidenz für medizinische Aussichtslosigkeit? Notfall Rettungsmed 2012; 15: 667–70
10. Günther A, Schildmann J, in der Schmitt J, Schmid S, Weidlich-Wichmann U, Fischer M. Chancen und Risiken von Reanimationsversuchen in Pflegeeinrichtungen. Dtsch Arztebl 2020; 117: 757–63
11. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs. Intensive Care Med 2020; 46: 57–69
12. Geiger K, Schneider N, Bleidorn J, Klindtworth K, Jünger S, Müller-Mundt G. Caring for frail older people in the last phase of life. BMC Pall Care 2016; 15: 52

**Korrespondenzadresse**

Dr. med. Andreas Günther, DTM&H  
Stadt Braunschweig,  
Fachbereich Feuerwehr  
Eisenbütteler Straße 2  
38122 Braunschweig  
[andreas.guenther@braunschweig.de](mailto:andreas.guenther@braunschweig.de)

Gesellschaft für Hochschullehre in der Allgemeinmedizin e.V.

## Einladung zur Mitgliederversammlung



Zeit: Freitag, den 18.11.2022, um 18:00 Uhr  
Ort: pentahotel Leipzig, Großer Brockhaus 3, 04103 Leipzig

**Tagesordnung:**

- TOP 1: Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit
- TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung mit evtl. Anträgen  
Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung 2021
- TOP 3: Gedenken der Verstorbenen
- TOP 4: Bericht aus dem Vorstand
- TOP 5: Bericht der Schatzmeisterin und der Kassenprüfer
- TOP 6: Entlastung der Schatzmeisterin und des Vorstandes
- TOP 7: Vorstellung der neuen GHA-Mitglieder
- TOP 8: Laudatio und Vergabe des GHA-Lehrpreises 2022
- TOP 9: Verschiedenes
- TOP 10: Seminar: Lehre und Didaktik 2022
- TOP 11: Termine 2023

Hinweisen möchten wir auch auf das Seminar Lehre und Didaktik am Samstag, dem 19.11.2022, an der Selbstständigen Abteilung Allgemeinmedizin (SAA) der Medizinischen Fakultät (Universität Leipzig).  
Folgende Seminare und Workshops sind geplant (Änderungen vorbehalten):

1. Longitudinale Programme zur Nachwuchsförderung
2. Interdisziplinäre und interprofessionelle Lehre
3. Lehrangebote im Praktischen Jahr

Dr. Irmgard Streitlein-Böhme, 1. Vorsitzende

Nähere Informationen: [www.gha-info.de](http://www.gha-info.de)