

# Ablehnen, Einbestellen oder Hinfahren?

Analyse einer E-Mail-Diskussion unter Hausärzten

## *Decline, Call In, or Visit at Home?*

*An Analysis of an Email Discussion Amongst Family Practitioners*

Norbert Weismann<sup>1</sup>, Bert Huenges<sup>1</sup>, Dorothea Osenberg<sup>1</sup>, Herbert Rusche<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Welche Motive spielen eine Rolle bei der Entscheidung, einen Hausbesuch durchzuführen? Eine E-Mail-Diskussion zum Thema Hausbesuch wurde mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse untersucht. Argumente von Hausärzten für bzw. gegen die Durchführung von Hausbesuchen lassen sich in die Kategorien *Selbstverständnis/Rollenverständnis, Evidenz, Recht/Verträge, gesellschaftliche Erwartungen, Telefontriage, persönliche Erfahrungen, Zeitaufwand* und *sonstige* einteilen, die neben der medizinischen Indikation bei der Entscheidung, einen Hausbesuch durchzuführen, eine Rolle zu spielen scheinen. Aus den Beiträgen werden eine gewisse Ambivalenz von Hausärzten gegenüber der Durchführung von Hausbesuchen sowie das Fehlen von evidenzbasierten Daten zur Hausbesuchstätigkeit deutlich. Hier sollte Abhilfe geschaffen werden.

*Schlüsselwörter:* Hausbesuch; Motivation; qualitative Inhaltsanalyse

**Summary:** Which motivations are relevant in the family practitioners decision to make a home visit? An email discussion about home visits was examined by a qualitative analysis. The arguments of family doctors could be clustered in the categories *self-conception/role perception; evidence; law/contracts; social expectations; phone triage; personal experience; time expenditure* and *others*. These categories seem to determine the decision for a home visit besides the medical indication. The contributions highlight the ambivalence of family doctors regarding home visits and the respective scientific data. More evidence is urgently needed.

*Keywords:* Home Visits; Motivation; Qualitative analysis

## Einleitung

„Hausbesuche? Welche Last!“ sagen viele Kollegen, die bekanntlich alle unter Zeitdruck stehen. Durch innere Abwehr wird die Belastung noch unerträglicher. Wie kommen wir aus diesem Teufelskreis heraus? Für die Gesellschaft und den einzelnen Patienten ist der Hausbesuch unersetzlich, für unser Fachgebiet Haus- und Familienarzt ist er eine zentrale Aufgabe, die es neu zu bewerten und wiederzuentdecken gilt“ schrieb 2005 Romberg [1] in seinem Artikel „Hausbesuch – ungeliebt, aber wichtig und unser Markenzeichen“.

Bereits aus dieser Aussage spricht eine gewisse Ambivalenz gegenüber Hausbesuchen; ein Widerspruch zwischen Anspruch, Ethos und als Belastung empfundenen Maßnahme aus der allgemeinmedizinischen Vergangenheit. Sehen das unsere akademisch interessierten, allgemeinmedizinischen Kollegen genauso? Worin besteht der innere Widerspruch und welche Abwägungen gehen in uns vor, wenn wir uns für oder gegen einen Hausbesuch entscheiden?

Im April 2009 wurde auf einer E-Mail gestützten Diskussionsplattform (Allgemeinärzte diskutieren Fragen aus

der Praxis) eine Debatte zum Thema Hausbesuch durchgeführt.

Auslöser der Diskussion war diese Situation:

[...] Ein Patient forderte (im Notdienst) einen Hausbesuch indirekt durch die Diakonieschwester der betreuten Mutter an, da er wg. des Todes seiner Mutter „[...] unter Schock stehe [...]“ und wohl etwas zur Beruhigung brauche. Das Angebot des Arztes zur Konsultation in der Praxis wurde abgelehnt, da man nicht wisse, „[...] wie man das bewerkstelligen sollte [...]“. Auf Nachfrage wird schnell klar, dass der Patient wach, ansprechbar, kardiopulmonal unbeeinträchtigt

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin, Ruhr-Universität Bochum

Peer reviewed article eingereicht: 29.09.2010, akzeptiert: 16.12.2010

DOI 10.3238/zfa.2011.0158

tigt und ohne Schmerzen war. Der diensthabende Kollege hat daraufhin sein Konsultationsangebot erneuert, aber einen Hausbesuch mangels erkennbarer medizinischer Indikation abgelehnt.

Im Rahmen der Diskussion wurden unterschiedliche Ansichten geäußert; eine einheitliche Selbstverständlichkeit der Hausbesuchstätigkeit von Allgemeinärztinnen und -ärzten scheint nicht mehr angenommen werden zu können.

**Fragestellung** für die vorliegende Untersuchung: Welche Beweggründe für oder gegen die Beibehaltung, Ausdehnung oder Verminderung der Hausbesuchstätigkeit lassen sich aus einer E-Mail-Diskussion von Hausärzten zum Thema Hausbesuch ermitteln?

Diese könnten einerseits eine Reflexion über die eigene Hausbesuchstätigkeit der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland auslösen, andererseits Ausgangspunkt einer systematischen Untersuchung der Hausbesuchstätigkeit sein.

## Material und Methoden

41 E-Mails von 27 Autoren im Zeitraum vom 19.4.2009 (erstes Posting zu diesem Thema) bis 25.4.2009 (letztes Posting) wurden aus dem Archiv der Allmed-Liste aufgerufen, ausgedruckt und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [2] unterzogen. Diese Methode ermöglicht eine nachvollziehbare Analyse von Texten, indem aufgeführte Argumente durch ein standardisiertes Verfahren in thematische Überbegriffe zusammengefasst werden können. Die Methode ermöglicht die strukturierte Analyse einer Diskussion, bei der die Argumente auf unterschiedlichen Ebenen benutzt werden, ohne diese hinsichtlich ihrer Bedeutung zu gewichten.

Im Rahmen der Inhaltsanalyse wurde das Material nach Definition der Forschungsfrage von 2 Gutachtern (NW und BH) unabhängig voneinander auf mögliche Kategorien für Gründe, die für bzw. gegen das Durchführen eines Hausbesuchs sprechen, analysiert. Die Texte wurden dann deduktiv mit Hilfe von Kodierrichtlinien auf diese Kategorien untersucht. Nach dem ersten, getrennt durchgeführten, Durchgang wurde das Ergebnis mit allen Autoren diskutiert

und die Kategorien erweitert, da die ursprünglich festgelegten Kategorien die Argumente der Diskussionsteilnehmer nicht ausreichend abbildeten. Anschließend erfolgte eine Prüfung der Einzelaussagen, wobei jeweils festgelegt wurde, ob der analysierte Beitrag im Ganzen ausschließlich Argumente für oder gegen die Durchführung eines Hausbesuchs im vorgegebenen Fall benennt oder sich Argumente für beide Positionen finden lassen. Letztere werden im Folgenden als „ambivalent“ bezeichnet.

Anschließend wurde zur Plausibilitätskontrolle und Diskussion der Ergebnisse eine Medline gestützte Literaturrecherche mit der Frage durchgeführt, ob sich die genannten Argumente in der bestehenden Literatur wiederfinden.

## Ergebnisse der Textanalyse

Im Folgenden werden die gebildeten Inhaltskategorien, eine kurze Beschreibung und beispielhafte Aussagen aus der E-Mail-Diskussion aufgelistet.

### Selbstverständnis / Rollenverständnis

Berufung auf Rollenverständnis, auch ohne Definition der Rolle als Allgemeinmediziner und / oder Berufung auf eine eigene Vorstellung, von der Tätigkeit eines Allgemeinmediziners.

- *Der „gute“ Hausarzt ist das Problem.*
- *Allgemeinmedizinisches [...] Diktum der erlebten Anamnese.*

### Evidenz

Berufung auf Evidenz oder fehlende Evidenz, ohne Beurteilung der tatsächlichen Evidenz.

- *Geringe wissenschaftliche Evidenz.*
- *Die Treffsicherheit hausärztlicher Entscheidungsfindung liegt beim Hausbesuch nicht schlechter als [...] in der Praxis ...*

### Recht / Verträge / Vergütung

Berufung auf rechtliche und / oder vertragliche Gegebenheiten ohne Überprüfung auf Richtigkeit.

- *Angesichts des RVL werden wir solche Serviceleistungen komplett lassen.*
- *Die Bezahlung kann letztlich kein Maßstab sein ...*

### Gesellschaftliche Erwartungen

Berufung auf irgendwie geartete gesellschaftliche Erwartungen.

- *Hausbesuche sind unverzichtbarer Bestandteil im Ethos „von der alten Schule“.*
- *[...] geringe Wertschätzung originärer haus- und fachärztlicher Leistungen.*

### Telefontriage

Berufung auf die Möglichkeit einer Telefontriage im positiven und negativen Sinne.

- *Meist stecken [...] Ängste, Vermutungen und Befürchtungen dahinter, die sich telefonisch klären lassen.*
- *[...] man entscheidet [...] ich komme nicht [...] und verlebt unruhige Stunden.*

### Persönliche Erfahrungen und Einstellungen

Berufung auf irgendwelche persönlichen Erfahrungen oder Erlebnisse.

- *Mir sind Tage in Erinnerung, wo (mich) Hausbesuche unter Hektik [...] zur Unzeit mit Krisen- und sonstigen Notfall-Interventionen [...] an physische und psychische Grenzen getrieben haben.*
- *Ich liebe Hausbesuche.*

### Zeitaufwand

Berufung auf zeitliche Belastung oder Entlastung

- *[...] wenn ich alleine schon 1 Stunde reine Fahrzeit / Hausbesuch habe.*

Einige Argumente konnten im vorgegebenen Verfahren nicht kategorisiert werden, sind aber von möglicher Bedeutung und sollen deswegen im Folgenden benannt werden:

- Behindertengerechte Praxis
- Unterschied Stadt – Land
- Unterschiede Notdienst – Routinehausbesuche
- Unterschied eigene – fremde Patienten
- Soziale Bedeutung
- Bedingungen der Arbeit außerhalb der Vergütung

In 7 von 8 Inhaltskategorien wurden Argumente sowohl für, als auch gegen die Durchführung eines Hausbesuches gefunden. Allein der Zeitaufwand wurde in der Diskussion immer als Argument gegen einen Hausbesuch aufgeführt.

Die Frage nach Evidenz „Wann sind Hausbesuche medizinisch angemessen und sinnvoll?“ durchzieht die meisten Beiträge der Diskussion.

## Ergebnisse der Literaturrecherche

Zu dem Thema Hausbesuch wurden bei einer Literaturrecherche in Pubmed (Stichworte „house call“, „home visit“, (keine Zeitbegrenzung) 1131 Treffer, davon 37 Reviews gefunden. Der größte Teil bezieht sich auf einzelne Krankheitsbilder oder besondere Patientenkollektive. Zur Einschränkung der Auswahl wurden nur die Publikationen seit 1990 berücksichtigt, 16 Publikationen beschäftigten sich auch mit den aufgeführten Kategorien und der Einstellung zu Hausbesuchen.

Snijder et al. [3] analysierten zwischen 2002 und 2007 durchgeführte Hausbesuche von 136 Göttinger und Freiburger Praxen. Insgesamt benötigten 12 % der hausärztlichen Patienten einen Hausbesuch, 9 von 100 Konsultationen in Form von Hausbesuchen durchgeführt; 2/3 der Hausbesuche waren Notfallbesuche. Festgestellt wurde, dass in Deutschland im internationalen Vergleich noch verhältnismäßig viele Besuche durchgeführt werden. Allerdings ging die Anzahl im Untersuchungszeitraum zurück – das entspricht dem Trend in den Niederlanden [4].

Von 1130 analysierten Hausbesuchen und 688 Telefonkontakten in Großbritannien wurden Hausbesuche in 66,6 % der durchgeführten Fälle als dringlich notwendig klassifiziert. Dabei benötigten 53 % der Patienten dringend körperliche Hilfe, 31,0 % psychologische oder emotionale Unterstützung und zu 10,1 % bestanden soziale Notsituationen. Insgesamt hatten 28,1 % der Patienten ohne körperliche Indikation emotionale oder soziale Notsituationen, die einen Arztkontakt erforderlich machten. Nur 20,7 % der Kontakte wurden als nicht dringlich eingestuft, der Rest der Kontakte konnte nicht sicher eingestuft werden. 26,3 % der durchgeführten Hausbesuche stellten sich im Nachhinein als medizinisch nicht indiziert heraus und hätten genauso effektiv von nicht ärztlichem Personal durchgeführt werden können [5].

Steinmetz et al. stellten fest, dass sich die medizinische Notwendigkeit von Hausbesuchen im Vorher-Nachher Vergleich oft nicht bestätigen lässt und die Ansicht, ob eine „dringliche“ Situation vorliegt, zwischen Patient und Arzt oftmals erheblich differieren kann. Hausbesuche werden im Nachhinein aber meist vom Arzt als gerechtfertigt eingestuft [6]; eine sichere Einschätzung am Telefon sei nach Meinung des Autors daher mitunter nur schwer möglich.

Die stationären Einweisungsraten bei durchgeführtem Hausbesuch lagen bei einer Studie aus Großbritannien bei 6,8 % [5] und in Griechenland bei 9,1 % [7]. Aus der Bundesrepublik liegen hierzu keine verlässlichen Zahlen vor. Insgesamt scheinen sich jedoch die meisten Probleme zu Hause lösen zu lassen.

Mit Zunahme älterer Patienten scheint der Stellenwert des Hausbesuches wieder zuzunehmen [8]. Hierfür sind aber neben demografischen, auch das Gesundheitssystem betreffende Faktoren verantwortlich: So wurde in den USA zwischen den Jahren 1998 und 2004 nach einem Abfall bis 1997 wieder ein Anstieg der Hausbesuche festgestellt. Faktoren, die dafür verantwortlich gemacht wurden, waren die verbesserte finanzielle Entschädigung für Hausbesuche und die Zunahme an frühen Krankenhausentlassungen mit zum Teil an Krankenhäuser angeschlossenen Hausbesuchsprogrammen [9].

Die Vergütung von Hausbesuchen scheint jedoch nur einer der entscheidenden Faktoren zu sein, der für die Entscheidung „hinfahren oder nicht“ eine Rolle spielt. Auch der soziale Status des Patienten scheint – zumindest am Beispiel kanadischer Palliativpatienten – eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen [10]. Neben Patientenfaktoren wie Alter, Geschlecht, Morbidität oder sozialem Status scheinen aber auch vom jeweiligen Arzt abhängige Faktoren bei der Häufigkeit durchgeführter Hausbesuche eine entscheidende Rolle zu spielen [11]. So führen ältere, männliche Hausärzte, die alleine in ländlichen Gebieten arbeiten, verhältnismäßig mehr Hausbesuche durch als jüngere Kolleginnen in städtischen Gemeinschaftspraxen [12]. Ob dies in erster Linie dem unterschiedlichen Patientenkollektiv oder der unterschiedlichen Einstellung des Arztes zuzuschreiben ist, wurde bisher nicht systematisch untersucht.

Adelman et al. konnten zeigen, dass neben Fachdisziplin, Geschlecht, Alter und Praxischarakteristik auch die Haltung des Hausarztes eine Rolle spielt. Hausärzte machten dann mehr Hausbesuche, wenn sie die Erfahrungen gemacht hatten, dass Hausbesuche zu hoher Patientenzufriedenheit beitragen, Hausbesuche wichtig für die umfassende Patientenversorgung sind und Besuche für den Hausarzt als befriedigend erlebt werden [13]. Neben Fachdisziplin und Einstellungen des Arztes finden sich in der Literatur ferner Hinweise zu einer nicht unerheblichen Rolle des Funktionierens von alternativen, lokalen Einrichtungen [14].

Ob eine Zunahme an Hausbesuchen das Gesundheitswesen finanziell entlastet, ist umstritten. Die Frage, ob Routinehausbesuche bei älteren Patienten Effekte hinsichtlich der Vermeidung von Heimbehandlungen, Krankenhauseinweisungen, Morbidität oder Mortalität hat oder auch nur die Lebensqualität der Patienten erhöht, sahen Meinck et al. aufgrund der mangelhaften Studienlage für die Bundesrepublik im Jahre 2004 nicht befriedigend beantwortet [8]. Eine Metaanalyse, die Studien aus Dänemark, England und Australien berücksichtigt, deutet darauf hin, dass regelmäßige Hausbesuche bei über 75 Jährigen eine signifikante Reduktion von Mortalität und Altenheimaufnahme bzw. Einweisungen (number needed to visit, 40 Patienten pro Altenheimaufnahme und erheblichen, finanziellen Entlastungen für das gesamte Gesundheitswesen bewirken können [15]. Allerdings sind die Organisationsformen des allgemeinärztlich durchgeführten Notdienstes in den Ländern sehr unterschiedlich [16], sodass der internationale Vergleich von Behandlungsraten und Effekten mit Vorsicht zu genießen ist.

## Diskussion

Auf den ersten Blick wurden die Stellungnahmen von jeweils 10 der mitdiskutierenden Teilnehmer eher für bzw. gegen die Beibehaltung bzw. Ausweitung der Hausbesuchstätigkeit eingeordnet (3 Autoren verhielten sich diesbezüglich neutral und 3 nannten Argumente für beide Positionen).

Die meisten der aufgeführten Argumente konnten in der Literaturrecherche

**Dr. med. Norbert Weismann ...**



... Facharzt für Allgemeinmedizin, seit 24 Jahren niedergelassen.  
Seit 1998 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Ruhr-Universität Bochum.

che wiedergefunden werden, sodass die Diskussion und die anschließende Analyse inhaltlich plausibel erscheinen. Die Gewichtung der Einzelfaktoren zueinander ist auch in der Literatur bislang nicht befriedigend geklärt und bedarf weiterer quantitativer Untersuchungen.

Die durchgeführte Inhaltsanalyse ergab, dass die Mehrheit der Beiträge Argumente enthielt, die sowohl für als auch gegen die Durchführung von Hausbesuchen in bestimmten Situationen aufgeführt werden können. Nur die Kategorie „Zeitaufwand“ erbrachte ausschließlich Argumente für weniger Hausbesuche. Die Frage der Evidenz von Hausbesuchen ist nicht befriedigend geklärt.

In einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1963 wurde die Allgemeinmedizin noch als „*personal care of the individual in his own home*“ [17] definiert. Seit einer im selben Jahr dargestellten Übersicht zu gängigen Einstellungen gegenüber Hausbesuchen in Großbritannien und USA [18] scheint sich in oben aufgeführter Diskussion nicht sehr viel geändert zu haben. Die Einstellungen gegenüber

Hausbesuchen variieren erheblich und die Entscheidung, ob ein Hausbesuch durchgeführt wird oder nicht, ist immer noch von einer Einzelfallentscheidung abhängig, bei der die persönliche Einstellung des jeweiligen Arztes eine zentrale Rolle zu spielen scheint. In Zeiten der evidenzbasierten Medizin wächst allerdings der Wunsch nach Forschungsarbeiten, die die Effektivität von Hausbesuchen in Abhängigkeit unterschiedlicher Patientenkonstellationen objektivieren.

Ein Teilnehmer der Diskussion hat auf lesenswerte Leitlinien für Hausbesuche in North Staffordshire [19] hingewiesen, die einen möglichen Ansatz zur Objektivierung von Hausbesuchsindikationen darstellen könnte.

Solche Leitlinien könnten Hausärzte nicht nur davon befreien, eine schlaflose Nacht nach einem abgelehnten Hausbesuch zu durchleben, wie einer der Diskutanten es formuliert hat, sondern auch Rechtssicherheit hinsichtlich der Entscheidung zum Hinfahren oder Ablehnen geben.

## Schlussfolgerungen

Die fehlende Evidenz der Effizienz von Hausbesuchen mit klaren Kriterien, wann ein Hausbesuch medizinisch sinnvoll und kosteneffektiv erscheint, verlangt nach Klärung. Bis zum Vorliegen von Ergebnissen der dazu nötigen Forschung, wäre eine Konsensbildung wünschenswert. Hierfür sind neben weiteren qualitativen Aussagen auch quantitativ belastbare Daten, wie sie durch Umfragen erhoben werden können, erforderlich. Die aufgeführten Kategorien könnten dafür eine Grundlage bilden, um zentrale Motive, die für bzw. gegen das Durchführen eines Hausbesuchs sprechen, abbilden zu können.

Die empirische Datenlage ist äußerst mangelhaft, weitere Studien zu diesem Bereich sind nicht zuletzt aufgrund der Zunahme älterer Patienten und der frühen Krankenhausentlassungen, auch aus Kosten / Nutzenüberlegungen heraus, dringend notwendig.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Norbert Weismann  
Abteilung für Allgemeinmedizin  
Ruhr-Universität Bochum  
44801 Bochum  
E-Mail: [norbert.weismann@helimail.de](mailto:norbert.weismann@helimail.de)

## Literatur

1. Romberg HR. Hausbesuch – ungeliebt, aber wichtig und unser Markenzeichen. Er ist viel besser als sein Ruf. *Hausarzt* 2005; 15: 42–47
2. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Technik. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 2000
3. Snijder EA, Kersting M, Theile G et al. Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 679–685
4. van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJ, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Fam Pract* 2006; 58 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/58>
5. Shipman C, Dale J. Responding to out-of-hours demand: the extent and nature of urgent need. *Fam Pract* 1999; 16: 23–27
6. Steinmetz D, Tabenkin H. Characteristics of urgent house calls in an urban clinic. *Harefuah* 1992; 122: 622–624
7. Peppas G, Theocharis G, Karveli EA, Falagas ME. An analysis of patient house calls in the area of Attica, Greece. *BMC Health Services Research* 2006; 112 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/112>
8. Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra BP. Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 732–738
9. Landers SH, Gunn PW, Flocke SA et al. Trends in house calls to medicare beneficiaries. *JAMA* 2005; 294: 2435–2436
10. Burge FI, Lawson B, Johnston G. Home visits by family physicians during the end-of-life: Does patient income or residence play a role? *BMC Palliat Care* 2005; 4:1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC551519/?tool=pubmed>
11. Sullivan CO, Omar RZ, Forrest CB, Majeed A. Adjusting for case mix and social class in examining variation in home visits between practices. *Fam Pract* 2004; 21: 355–363
12. Keenan JM, Bland CJ, Webster L, Myers S. The home care practice and attitudes of Minnesota family physicians. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1100–1104
13. Adelman AM, Fredman L, Knight AL. House call practices: a comparison by specialty. *J Fam Pract* 1994; 39: 39–44
14. Boling PA, Retchin SM, Ellis J, Pancoast SA. Factors associated with the frequency of house calls by primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 335–340

15. Stuck AE, Egger M, Hammer A et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *JAMA* 2002; 287: 1022–1028
16. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 105
17. Wood P. The future of general practice. *Lancet* 1963; 281: 154–155
18. Anonymous. House calls and home Visits. *Lancet* 1963; 281: 1409
19. North Staffordshire Local Medical Committee; General Practitioners Visiting Guidelines; <http://www.northstaffslmc.co.uk/ocuments/VISGUIDE%20revised.pdf>



Einladung zum

## 36. GHA-Symposium

### Neue Berufsbilder in der Medizin – neue Versorgungsstrukturen?

**Termin: 28./29. Mai 2011**

**Veranstaltungsort:**

**Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT**

**Wolfratshauer Straße 9**

**D-82065 Baierbrunn bei München**

**Anmeldung/Programm: [www.gha-info.de](http://www.gha-info.de)**