

## **Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Nordhessen**

durch die Landesärztekammer Hessen  
anerkannte Weiterbildungseinrichtung

### **2. Herbstforum**

# **Indikation und Einwilligung**

## **Über ethische und rechtliche Grundlagen von Behandlung und Behandlungsbegrenzung**

**6. Oktober 2010**

Rathaus, Bürgersaal  
Obere Königsstrasse 8, 34117 Kassel



### **in Zusammenarbeit mit:**

Palliativ-Care-Team Kassel  
des DRK Kreisverband Kassel-Wolfhagen e.V.  
Königstor 24, 34117 Kassel  
Tel.: 0561 72904-140, Fax: 0561 72904-149  
E-Mail: palliativ@drk-kassel.de  
Internet: www.drk-kassel.de

Beratungsstelle des Hospizvereins Kassel e.V.  
Die Freiheit 2, 34117 Kassel  
Tel.: 0561 7004-161, Fax: 0561 7004-229  
E-Mail: hospizverein-kassel@t-online.de  
Internet: www.hospiz-kassel.de

Deutsche Angestellten-Akademie  
Fachbereich Gesundheit und Soziales  
Angersbachstraße 4, 34127 Kassel  
Tel.: 0561 80706-153, Fax.: 0561 80706-188  
E-Mail: andrea.schmidt-jungblut@daa-bw.de

Hospiz Kassel  
Konrad-Adenauer-Straße 1, 34131 Kassel  
Tel.: 0561 3169-765, Fax: 0561 3169-767  
E-Mail: hospiz.kassel@t-online.de  
Internet: www.gesundbrunnen.org

Kasseler Hospital,  
Verein f. Palliativ- u. Hospizarbeit e.V.  
- Amb. Hospiz- u. Palliativberatungsdienst -  
Bergmannstraße 32, 34121 Kassel  
Tel.: 0561 602-5848, Fax: 0561 602-5847  
E-Mail: info@kasseler-hospital.de  
Internet: www.kasseler-hospital.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Bezirksstelle Kassel  
Pfannkuchstraße 1, 34117 Kassel  
Tel.: 0561 7008-0, Fax: 0561 772296

Palliativbereich der Medizinischen Klinik  
- Palliativ-Team-  
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel gGmbH  
Hansteinstraße 29, 34121 Kassel  
Tel.: 0561 3086-579, Fax: 0561 3086-4404  
E-Mail: ziegler@rkh-kassel.de  
Internet: www.rkh-kassel.de

Akademie  
für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit-  
Nordhessen e. V.  
Frau Astrid Leonhard  
Bergmannstraße 32  
34121 Kassel

**Fax: 0561 937-3268**

Die APPH Nordhessen lädt gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern ein

- zum **Forum Palliativmedizin und Hospizarbeit** alle Berufsgruppen und Laien, die in der Palliativmedizin und in der Hospizarbeit tätig sind oder Interesse haben. Alle Veranstaltungen sind grundsätzlich berufsübergreifend, zur besseren Orientierung ist die thematische Gewichtung angezeigt. Besonders empfohlen für Ärzte, Pflegendе, Ehrenamtliche und Interessierte.
- zum **Qualitätszirkel für Palliativmedizin** Ärzte, nach Anmeldung auch nichtärztliche Berufsgruppen, die in der Palliativmedizin tätig sind.
- zum **Qualitätszirkel Palliativpflege und Sterbebegleitung** ambulant und stationär Pflegendе

## Organisatorische Hinweise

### Veranstalter:

Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Nordhessen e.V.

Bergmannstraße 32  
34121 Kassel

**Tel.:** 0561 937-3258

**Fax:** 0561 937-3268

**E-Mail:** info@apph-nordhessen.de

**Internet:** www.apph-nordhessen.de

## Programm

- 15.30 Uhr **Begrüßung**  
*Dr. Wolfgang Spuck*  
APPH Nordhessen e.V.
- 15.44 Uhr **Konflikte in der Behandlung mit palliativer Zielsetzung**  
*Prof. Dr. med. Friedemann Nauck*  
Abteilung Palliativmedizin,  
Universitätsmedizin Göttingen
- 16.30 Uhr **Was bedeutet es, eine Indikation zu stellen?**  
*Dr. Gerald Neitzke*  
Institut Geschichte, Ethik und  
Philosophie der Medizin,  
Medizinische Hochschule Hannover
- 17.15 Uhr **Rechtliche Normen in der Umsetzung des Patientenwillens**  
*Dr. Sonja Rothärmel*  
Juristische Fakultät,  
Universität Augsburg
- 18.00 Uhr Pause
- 18.30 Uhr **Podiumsdiskussion mit den Referenten**  
*Moderation: PD Dr. Alfred Simon*  
Akademie für Ethik in der Medizin,  
Göttingen
- 19.45 Uhr Ende der Veranstaltung

Die Teilnahme an der Veranstaltung  
Ist kostenfrei.

Die Zertifizierung mit 5 Punkten ist bei der  
LÄKH beantragt.

Um Anmeldung bis zum 5. September 2010  
wird gebeten.

## ANMELDUNG

per Brief oder Fax: 0561 937-3268

**Herbstforum** der APPH Nordhessen e.V.

am: **06. Oktober 2010 in Kassel**

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Personenzahl

**Korrespondenzadresse:**

Klinik  Praxis  privat

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift