

**Veranstalter:**

Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege  
und Hospizarbeit Nordhessen e.V.  
Hansteinstraße 29  
34121 Kassel

**Ansprechpartner:** Astrid Leonhard

**Tel.** 0561 937-3258

**Fax** 0561 937-3268

**E-Mail** [info@apph-nordhessen.de](mailto:info@apph-nordhessen.de)

- Auskünfte: Mo, Mi, Fr 10 bis 12 Uhr  
Di, Do 14 bis 16 Uhr

[www.apph-nordhessen.de](http://www.apph-nordhessen.de)

**Tagungsort:**

**Palliativzentrum Nordhessen**

Akademieräume  
Hansteinstraße 29  
34121 Kassel

**Zertifizierung:**

Die Zertifizierung mit Fortbildungspunkten ist bei  
der Landesärztekammer Hessen beantragt.

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

durch die Landesärztekammer Hessen  
anerkannte Weiterbildungseinrichtung

**Aktuelle Palliativ-  
Versorgung**

**24. - 26.03.2017**

für Ärzte, Pflegende und nicht-pflegende Berufe,  
die in der Palliativversorgung tätig sind



Die APPH Nordhessen lädt zu folgenden  
**Fortbildungsveranstaltung** ein

## Aktuelle Palliativ-Versorgung

**Kurs-Nr.: 1703 FP**

**Termin: 24. bis 26. März 2017**

Beginn: Freitag 15.30 Uhr

Ende: Sonntag 14.30 Uhr

Inzwischen ist mehr als ein ganzes Jahr nach dem Hospiz- und Palliativgesetz vergangen und die im Gesetz vorgesehenen Arbeitsfristen verstrichen. Es ist an der Zeit, Bilanz zu ziehen und den aktuellen Stand der Umsetzung des HPG kennenzulernen: Welche Qualität wird die allgemeine ambulante Palliativversorgung besitzen? Wie soll die gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende zu gestalten sein?

Wiederholt wurde als Diskussionsgegenstand die palliative Versorgung nichttumoröser Erkrankungen von Teilnehmenden angefragt: Wir vermuten, dass mit dieser Fragestellung auf einen der häufigsten Gründe für einen Widerspruch gegen eine Verordnung von SAPV eingegangen und Klärung herbeigeführt werden soll. Wir sehen hier eine Chance, weil uns eine Referentin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zugesagt hat.

Endlich können wir das Versprechen einlösen, einen Erfahrungsbericht über tiergestützte Therapie zu präsentieren. Damit bewegen wir uns in ein ungewohntes Feld palliativer Versorgung, das uns möglicherweise neuen Zugang zu schwerstkranken Menschen erschließt.

Neben theoretischen Betrachtungen sollen wieder berufsübergreifende Falldiskussionen den praktischen Bezug herstellen. Dabei sind auch Erfahrungen der Teilnehmenden willkommen, sowohl aus der hausärztlichen und ambulanten-pflegerischen Erfahrung als auch aus der Erfahrung von SAPV und stationärer Versorgung.

## Organisatorisches:

Die Kurse sind zum angegebenen Termin geplant, das Programm finden Sie in einer ersten Version auf unserer Homepage ([www.apph-nordhessen.de](http://www.apph-nordhessen.de)).

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, deshalb lohnt sich die rechtzeitige Buchung.

### Teilnahmegebühr:

250,00 € für Ärzte

130,00 € für Pflegepersonal

### Übernachtung:

Für Kursteilnehmer/innen steht in verschiedenen Hotels ein Zimmerkontingent zur Verfügung. Gern geben wir Ihnen vorab Auskunft über die verschiedenen Buchungsmöglichkeiten.

### Anmeldung/Rücktritt:

Wir bitten um eine möglichst frühzeitige schriftliche und somit verbindliche Anmeldung. Bei Überbelegung berücksichtigen wir die Anmeldungen nach der Reihenfolge des Posteingangs für einen Platz im Nachrückverfahren.

Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung, weiterführende Kurs-Informationen und eine Kursrechnung über die Kursgebühr.

Ein Rücktritt von der Anmeldung ist bis 8 Wochen vor Kursbeginn kostenlos möglich. Die Absage bedarf der Schriftform. Bei späterer Absage wird die Kursgebühr als Ausfallsgebühr fällig.

Der Anspruch auf Teilnahme gilt erst mit der Unterschrift der Kursgebühr auf dem Konto der APPH. Sollte die Nachfrage zu gering sein, erfolgt bis spätestens 4 Wochen vor Beginn eine Absage der Veranstaltung sowie eine Rückerstattung der Kursgebühr in voller Höhe.

## Anmeldung

per Brief oder Fax: **0561 937-3268**

1703 FP- Update

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

\_\_\_\_\_  
Medizinische Fachrichtung

### Korrespondenzadresse:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift