

## Verbindliche Anmeldung

Seminar: Ethische Fallbesprechung - Advance Care  
Planning  
Termin: 9. Februar 2019  
Teilnahmegebühr: 139,- €

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Tätigkeitsfeld: \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

FH Münster  
FB Gesundheit  
Referat Weiterbildung  
Leonardo Campus 8  
**48149 Münster**

Die Teilnahmebedingungen können im Internet unter [https://www.fh-muenster.de/gesundheits/downloads/weiterbildung/Unsere\\_Teilnahmebedingungen.pdf](https://www.fh-muenster.de/gesundheits/downloads/weiterbildung/Unsere_Teilnahmebedingungen.pdf) eingesehen werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese an.

## Organisation

### Veranstaltungsort

FH Münster  
University of Applied Sciences  
FB Gesundheit  
Referat Weiterbildung  
Johann-Krane-Weg 21  
48149 Münster

### Termin

9. Februar 2019

### Kursgebühr

139,- € inklusive Skript und  
Erfrischungsgetränke

### Anmeldung

Verbindliche Anmeldung bis zum  
10. Januar 2019

### Online unter

<https://www.fh-muenster.de/fb12/weiterbildung/>

oder per Post mit dem Anmeldeabschnitt  
des Flyers

oder per Fax  
an +49 (0)251/83-65843

### Auskunft zur Weiterbildung

Hella Wintermeyer  
Tel.: 0251/83-65862  
E-Mail: [weiterbildung.msh@fh-muenster.de](mailto:weiterbildung.msh@fh-muenster.de)

Für dieses Seminar erhalten Sie  
Fortbildungspunkte.



FH MÜNSTER  
University of Applied Sciences

Fortbildungsseminar | Referat Weiterbildung

## Ethische Fallbesprechung

## Advance Care Planning

9. Februar 2019

9:00 - 17:00 Uhr

**Dr. med. Christoph Gerhard**

**MSH** FB Gesundheit  
Münster School of Health

## Seminarbeschreibung

Advance Care Planning (ACP) ist ein in Deutschland noch wenig verbreitetes Verfahren, das u.a. als gesundheitliche Vorausplanung übersetzt wird. Das Verfahren unterstützt insbesondere ältere und chronisch kranke Menschen schon in der früheren Phase ihrer Erkrankung durch einen professionell und kontinuierlich begleiteten Kommunikationsprozess dabei, ihre persönliche Zukunft vor dem Hintergrund des zu erwartenden Krankheitsverlaufs, evtl. Notfallsituationen, Auswirkungen der Erkrankung auf das Umfeld etc. gedanklich zu erfassen und ihre Entscheidungsfindungen in Bezug auf ihre Behandlungswünsche zu entwickeln, zu reflektieren und zu aktualisieren. Ziel ist es, die selbstbestimmte Gestaltung der Behandlung und Betreuung bei Einwilligungsunfähigkeit zu wahren.

In diesem Seminar werden Modelle und Methoden der autonomiezentrierten ethischen Fallbesprechung und Möglichkeiten zur Umsetzung von Advance Care Planning durch ethische Dialoge/Fallbesprechungen vorgestellt.

### Themenschwerpunkte

- Was ist Advance Care Planning?
- Mehr Autonomie im Gesundheitswesen
- Mehr Autonomie für die Bedürftigen durch spezielle Modelle (KRISE)
- Modelle der ethischen Fallbesprechung

### Ziele

- Autonomie als Paradigma der Ethikberatung
- Erlernen und Erproben von Modellen und Methoden der autonomiezentrierten ethischen Fallbesprechung
- Beratung in Fragen der gesundheitlichen Versorgungsplanung (Advance Care Planning)

### Arbeits- und Lehrformen

- Impulsreferate,
- Plenum- und Kleingruppenarbeiten

### Zielgruppe

Gesundheitsberufe in der stationären und ambulanten Versorgung, Pflege, Beratung und Begleitung.

### Dozent



### Dr. med. Christoph Gerhard

Arzt für Neurologie, Palliativmedizin, Schmerztherapie.

Zertifikatsstudium medizinische Ethik, Ausbildung zum Ethikberater (AEM), Palliative Care Trainer (Harvard University) für universitären Palliativunterricht.

Vorsitzender des Ethikkomitees und Chefarzt der Abteilung für Palliativmedizin des katholischen Klinikums Oberhausen; Leiter des Kompetenzzentrums QB 13 Palliativmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg–Essen;

Sprecher der Arbeitsgruppe Nichttumorpatienten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; Mitglied der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Task Force „Advance Care Planning“. Zertifizierter Trainer und Gesprächsbegleiter für Advance Care Planning.

**DIENSTLICH**  
 RECHNUNGSANSCHRIFT

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
PLZ: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Tel.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

BITTE VOLLSTÄNDIG UND GUT LESBAR AUSFÜLLEN

**PRIVAT**  
 RECHNUNGSANSCHRIFT

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ: ( \_\_\_\_\_ ) Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_