



2011/2012

Kurs

(Pflegekurs gem. § 45 SGB XI)

Sterbende begleiten

Zielsetzung: Der Kurs „Sterbende begleiten“ richtet sich an Menschen, die sich mit dem Gedanken tragen, schwerstkranken und sterbenden Menschen beizustehen, sie zu begleiten sowie Angehörige und Trauernde zu unterstützen. Der Kurs soll Orientierungshilfen geben und die erforderlichen Kenntnisse vermitteln, vor allem aber ermutigen und Menschen zur Sterbebegleitung innerhalb und außerhalb von Hospizeinrichtungen befähigen. Die Inhalte des Kurses orientieren sich am Bild der Begleitung und widmen sich dem Standpunkt des Begleiters, der Situation des unheilbar kranken Menschen und den Bedingungen der Sterbebegleitung. Sie umfassen folgende Themenschwerpunkte:

- **Selbsterfahrung:** Erlebnisse, Erfahrungen, Gefühle, Ängste, Hoffnungen der Kursteilnehmer;
- **die Situation der kranken Menschen:** Reifungs- und Verarbeitungsprozesse, Krankheitsbilder und Symptome, soziale und psychische Situation, Rechte, spirituelle Dimensionen;
- **Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden:** Schmerztherapie und Symptomenkontrolle, Wahrnehmung und Kommunikation, Trauerarbeit, Seelsorge, Hospizkonzepte, Umgang mit Angehörigen;
- **Die Tätigkeit als Hospizhelfer:** Ehrenamtlich, Helferpersönlichkeit und -rollen, Reflexion und Supervision, Rechts- und Versicherungsfragen;
- **Praktikum:** Lernen von kranken und sterbenden Menschen.

Zeitplan: Der Kurs umfasst ca. 60 Stunden, die aufgeteilt sind auf Abend- und Samstagveranstaltungen. Der nächste Kurs findet im Herbst 2011 statt.

Kosten: Die Kosten für den Kurs werden i.d.R. von den Pflegekassen (=Krankenkassen) getragen. Die Kostenbeteiligung durch die Teilnehmer ist daher auf Euro 35,- beschränkt. In diesem Beitrag sind auch die Kosten für die Verpflegung an den Samstagveranstaltungen enthalten.

Ich interessiere mich für den Kurs „Sterbende begleiten“. Bitte informieren Sie mich rechtzeitig über die nächste Informationsveranstaltung.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: Privat: _____ dienstlich: _____

Pflegekasse Name: _____

Pflegekasse Straße: _____

Pflegekasse PLZ: _____ Pflegekasse Ort: _____

Pflegekasse Versichertennummer: _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____