

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

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

- Auskünfte: Mo, Mi, Fr 10 bis 12 Uhr

Di, Do 14 bis 16 Uhr

**Kursleitung:**

Sabine Weingardt

Dipl. Stress-Mentalcoach, Palliative Fachkraft, Trainer, Krankenschwester, Pain Nurse, Kassel

Susanne Weingardt

Palliative-Care Schwester, Palliativ-Team, Trainer, Kassel

**Wissenschaftliche-Leitung**

Dr. med. Wolfgang Spuck

Arzt für Innere Medizin, Palliativmedizin, Kassel

**Tagungsort:**

Palliativzentrum Nordhessen  
DRK-Nordhessen gGmbH  
Akademieräume, Station D4  
Hansteinstraße 29  
34121 Kassel

**Erklärung:**

Die Fortbildungsmaßnahme ist produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

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

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

durch die Landesärztekammer Hessen  
anerkannte Weiterbildungseinrichtung

# Palliative Care

Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegende

## 2019 / 2020

nach dem  
Curriculum Kern, Aurnhammer und Müller  
- Stand: 2007 -



## Kursbeschreibung:

Die Weiterbildungsmaßnahme Palliative Care richtet sich an examinierte Krankenschwestern/-pfleger sowie examinierte AltenpflegerInnen mit 3-jähriger Berufsausbildung. Diese Weiterbildung vermittelt ein Betreuungskonzept für fortgeschritten unheilbar Kranke, die in unterschiedlichen Strukturen, vorzugsweise zu Hause, versorgt werden sollen.

Palliative Care ist ein individuelles, kreatives und bedürfnisorientiertes Handeln unter Einbindung der Angehörigen und in Kooperation mit allen erforderlichen Berufsgruppen, insbesondere Hausärzten und Pflegediensten.

Ausgesuchte Fallbeispiele und kreative Lehr- und Lernmethoden stellen Bezüge zur täglichen Praxis her.

Der Kurs ist Qualifizierungsbestandteil für die Versorgung in Palliative-Care-Teams für die Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV nach §§ 37b und 132d SGB V) und für leitende Pflegekräfte in stationären Hospizen (§39a Abs. 1 SGB V) und in ambulanten Hospizdiensten (§ 39a Abs. 2 SGB V).

### Themen sind:

- Grundlagen und Organisation von Palliative Care
- Spezielle Methoden der Grund- und Behandlungspflege
- Schmerzmanagement und Symptomlinderung
- spirituelle und psychosoziale Aspekte der Pflege
- Sterben, Tod und Trauer
- Kommunikation
- Ethische und rechtliche Fragen in der Versorgung nahe dem Lebensende
- Teamentwicklung, Konfliktbearbeitung und Selbstfürsorge

## Organisatorisches:

### 1609 PC      Wochenseminare (4 x 5 Tage)

<b>Teil 1/4</b>	<b>Modul 1</b>
vom	23. bis 27.09.2019*
<b>Teil 2/4</b>	<b>Modul 2</b>
vom	28.10. bis 01.11.2019*
<b>Teil 3/4</b>	<b>Modul 3</b>
vom	Februar 2020*
<b>Teil 4/4</b>	<b>Modul 4</b>
vom	Mai 2020*
<b>Kursgebühr 1.600,00 € *</b>	

\*) Änderungen in der Terminwahl, der Kursgebühren etc. bleiben dem Veranstalter vorbehalten

Ratenzahlung sind möglich, gern sind wir Ihnen behilflich, sprechen Sie uns an.

### Bewerbungsunterlagen:

- Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- tabellarischer Lebenslauf

### 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.

Ein Rücktritt von der Anmeldung ist bis spätestens zum 15. Juli 2019 kostenlos möglich. Die Absage bedarf der Schriftform. Bei späterer Absage wird die Kursgebühr aller 4 Module als Ausfallgebühr fällig.

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

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

Ich bin exam. Krankenschwester / -pfleger

Ich bin exam. Altenpfleger / -in

### Korrespondenzadresse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift