

Anrechenbar auf die jährliche Pflichtfortbildung für Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI (zuvor § 87b SGB XI)

## Seminar zum ?Umgang mit suchtkranken Bewohnern?

für Betreuungskräfte sowie Pflegekräfte und weitere Interessierte

22. April 2024 bis 23. April 2024

### Seminarbeschreibung

#### Seminarziel

Nach diesem Seminar kennen die Teilnehmenden die Definition von Sucht. Sie wissen welche Auswirkungen die Sucht auf das Verhalten der betroffenen Menschen hat und sie können mit dem Wissen über zielführend mit den betroffenen Personen umgehen.

#### Seminarinhalte

- Austausch aus dem Praxisalltag
- Was ist Sucht generell (Suchtverhalten/Auswirkungen)?
- Grundlagen zu Trauma und Traumafolgen sowie die Zusammenhänge mit Suchterkrankungen erkennen
- Gesprächsführung bei Menschen mit Suchterkrankungen
- Ursachen problematischer Verhaltensweisen (Persönlichkeitsstörungen, Schmerzen, Suchtdruck) und deren
- Umgang mit problematischer Verhaltensweise (Erkennen von Verboten, Deeskalationsstrategien)
- Kenntnisse über suchtmittelverursachten Mangelerscheinungen, Gefahren und Notwendigkeiten
- Nennung der möglichen beteiligten Einrichtungen bzw. Bereiche (Suchtbeauftragte, Fachkliniken, Selbsthilfegruppen)

#### Abschluss

Trägerbescheinigung

#### Zielgruppe

Betreuungskräfte sowie Pflegekräfte und weitere Interessierte

#### Seminarzeitraum

22. April 2024 bis 23. April 2024

#### Seminarort

campus MB gGmbH, Neue Straße 26 in 26316 Varel

#### Seminarzeit

Jeweils 09:00 bis 16:00 Uhr

#### Seminarumfang

16 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten

#### Seminargebühr

**129,00 Euro**

## Anmeldeformular

Wir freuen uns, dass Sie sich für die Teilnahme an einer Fortbildung im Hause campus MB gGmbH entschieden haben. Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen aus und senden Sie ihn gerne per Mail oder Fax an uns zurück. Wir freuen uns auf Sie!

**Bezeichnung der Fortbildung:** Seminar zum ?Umgang mit suchtkranken Bewohnern?  
**Datum der Fortbildung:** 22. April 2024 bis 23. April 2024

**Teilnehmer/in:**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum - Geburtsort - Qualifikation

\_\_\_\_\_  
Telefon-/Mobilnummer - Emailadresse

**Arbeitgeber:**

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

**Rechnungsempfänger:**

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Rechnungsempfänger/in

**Nur von campus auszufüllen**

\_\_\_\_\_  
Eingangsdatum

\_\_\_\_\_  
Name