

Weyarn, den 2. Februar 2016

### **Palliativ-Spirituelle Fortbildung 2016/2017**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen.

Der Deutsche Bundestag hat im November 2015 mit großer Mehrheit **ein neues Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung** beschlossen, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist. Es enthält Maßnahmen zur Förderung eines **flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung** in Deutschland.

In der **Domicilium Akademie** in Weyarn beginnt am 22. April dieses Jahres eine **18-monatige Palliativ-Spirituelle Fortbildung**. Der Verein Stiftung Domicilium betreibt seit 1986 ein Kursangebot, das internationale Anerkennung genießt. Hier unterrichten **Dozenten aus Deutschland, Europa, Indien, Japan und China**. Seit 2001 engagiert sich das Domicilium mit seiner Palliativ-Spirituellen Akademie im Bereich der Hospizarbeit und gründete 2004 eine **Hospiz-Gemeinschaft**.

Die Fortbildung will **auf hohem fachlichem Niveau und multiprofessionell** auf diese dringende gesellschaftliche Aufgabe reagieren. Sie enthält **gemäß den gesetzlichen Anforderungen** den **Basiscurriculum „Palliative Care Fachkraft“** sowie den **„Basiskurs Palliativmedizin“** und wird erweitert um den wichtigen **Teilbereich „Spiritual Care“**.

Das Besondere ist die **Verknüpfung von medizinischen und spirituellen Aspekten**. So wird theoretisch und praktisch eine **ganzheitliche Sicht** auf die letzte Lebensphase und den **Prozess des Sterbens** möglich, denn gerade hier treffen letzte Fragen, **Sehnsüchte und Ängste des Menschen** mit **körperlich beschreibbaren Prozessen** zusammen, die einander wechselseitig beeinflussen.

Wir alle haben **unsere eigenen Erfahrungen** in diesem Bereich, und dies wollen wir nutzen, damit möglichst **viele Menschen in Würde ihr Leben zu Ende leben** können, was ja auch auf uns als **Ärzte, Pflegende, Helfer und Begleiter positiv zurück wirkt**.

**Träger: Stiftung Domicilium e. V.**  
Holzkirchener Straße 3  
83629 Weyarn  
Tel. 08020/9048-51 | Fax 08020/9048-59  
[meditationshaus@domicilium-weyarn.de](mailto:meditationshaus@domicilium-weyarn.de)

**Gesetzliche Vertretung**  
1. Vorsitzender Sebastian Snela  
Amtsgericht München  
Registernummer VR 11909  
Sitz des Vereins München

**Bankverbindung**  
Sparkasse Miesbach-Tegernsee  
IBAN DE89 7115 2570 0012 0947 69  
SWIFT-BIC BYLADEM1MIB  
Steuernummer 143/222/31033

Die Palliativ-Spirituelle Fortbildung spricht **Ärzte und Fachkräfte im medizinisch-pflegerischen und sozialen Bereich** an, die sich **weiter qualifizieren** wollen, richtet sich aber auch an **Laien, die Angehörige versorgen, ehrenamtlich arbeiten** wollen oder auch **für sich selbst bestimmte Lebensfragen klären** möchten.

Wir bitten Sie, in Ihrem Umfeld **auf diese bisher einzigartige Möglichkeit hinzuweisen** und die Fortbildung bekannt zu machen. Vielleicht haben Sie auch den Wunsch, sich selbst oder **eigene Mitarbeiter fortzubilden** und zu dieser Palliativ-Spirituellen Fortbildung zu entsenden?

Mit freundlichen Grüßen

**Prof. Dr. Michael von Brück**  
Rektor Palliativ-Spirituelle Akademie Domicilium

**Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl**  
Medizinische Leitung

PS: Nutzen Sie das beiliegende Faxformular für eine **einfache und schnelle Rückmeldung** oder informieren Sie sich online unter **[www.domicilium-weyarn.de](http://www.domicilium-weyarn.de)**

**Faxantwort # 080209048-59 // Palliativ-Spirituelle Fortbildung 2016/2017**

- Ja, ich interessiere mich für die Fortbildung, habe aber noch Fragen und bitte um Rückruf  
unter \_\_\_\_\_

- Bitte senden Sie \_\_\_\_\_ Stk. Infobroschüren zur Palliativ-Spirituellen Fortbildung an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Einrichtung, Praxis, Unternehmen

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

- Ja, ich möchte mich hiermit für die Palliativ-Spirituelle Fortbildung anmelden

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Einrichtung, Praxis, Unternehmen

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

- Ja, ich melde hiermit folgende/n Mitarbeiter/in/nen zur Palliativ-Spirituellen Fortbildung an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Einrichtung, Praxis, Unternehmen

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auftraggeber