

# Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

(Stand: 31. Oktober 2003)

*Im Folgenden werden die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin verwendeten (und in Weiterentwicklung befindlichen) Definitionen wiedergegeben. Definitionen müssen immer wieder an aktuelle Erkenntnisse, neue Gesetze und faktische Gegebenheiten angepasst werden. Im Hinblick auf die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache aller in der Palliativ- und Hospizarbeit Tätigen ist es aber wichtig, Begriffe möglichst präzise und einheitlich zu verwenden, wozu diese Übersicht beitragen möchte.*

*Wenn bei Berufsbezeichnungen nur ein Geschlecht benutzt wird, ist gleichzeitig die weibliche/männliche Form gleichberechtigt gemeint.*

**Ambulante Hospizgruppe bzw. Hospizinitiative<sup>#</sup>:** Eine Gruppe Interessierter, oft auch als e.V. rechtlich organisiert, die sich für die Belange Sterbender und deren Angehöriger einsetzt. Leitbild ist das von Cicely Saunders geschaffene Hospizkonzept (vgl. Hospiz, Hospizarbeit). Diese Tätigkeit beginnt mit Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Dazu kommen fakultativ geschulte ehrenamtliche Hospizhelfer, die Betroffenen psychosoziale Begleitung anbieten. Häufig bestehen auch Angebote für die Trauerbegleitung. (Wesentliches Element: ehrenamtliche Mitarbeit)

**Ambulanter Hospizdienst (AHD)<sup>#</sup>:** Ein AHD ist die Weiterentwicklung einer Hospizinitiative und verfügt über qualifizierte Hospizhelfer (mind. 15 geschulte Ehrenamtliche, mind. eine halbe Stelle für eine hauptamtliche, qualifizierte Koordinationskraft), die für Betroffene und Angehörige psychosoziale Unterstützung im Sterbe- und Trauerprozeß anbieten. Die Hospizhelferschulung wird entweder selbst durchgeführt oder vermittelt; die Hospizhelfer erhalten Begleitung (z. B. Supervision) und Fortbildungen. Der AHD ist zu festen Zeiten im Büro erreichbar. (Wesentliche Elemente: ehrenamtliche Mitarbeit, hauptamtliche Koordinationskraft)

**Ambulanter Hospiz- und PalliativBeratungsdienst (AHPB)<sup>#</sup>:** Dienst, der zusätzlich zum Einsatz ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter im Rahmen eines Ambulanten Hospizdienstes palliativpflegerische Beratungsleistungen anbietet. Die palliativpflegerische Beratung wird durch hauptamtliche Pflegekräfte gewährleistet, die eine Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben. Patient, Angehörige, ambulanter Pflegedienst und Hausarzt profitieren vom Fachwissen dieser Pflegekraft, die häufig folgende Leistungen erbringt: Mithilfe bei der rechtzeitigen Organisation nötiger Hilfsmittel, Unterstützung des Hausarztes bei der Symptomkontrolle, Erklärungen und Pflegeanleitung für die oft engagierten, aber überforderten Angehörigen. (Wesentliche Elemente: ehrenamtliche Mitarbeit, hauptamtliche Koordinationskraft, hauptamtliche palliativpflegerische Beratung).

**Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (AHPP)<sup>#</sup>:** Dienst, der zusätzlich zum Einsatz ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter im Rahmen eines Ambulanten Hospizdienstes palliativpflegerische Beratungs- und Pflegeleistungen anbietet. Die palliativpflegerische Beratung und Pflege wird durch hauptamtlich angestellte examinierte Pflegekräfte, die eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, gewährleistet. (Wesentliche Elemente: ehrenamtliche Hospizhelfer, hauptamtliche Koordinationskraft, hauptamtliche Palliativpflege durch eigene Pflegenden, 24-Stunden-Rufbereitschaft).

<sup>#</sup> Definitionen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz.

**Ambulanter Palliativdienst (APD):** Dienst, der sich ausschließlich auf die palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung spezialisiert hat. Erforderlich ist die Mitarbeit oder enge Kooperation mit einem spezialisierten Palliativmediziner, der sowohl beratend tätig ist als auch Hausbesuche bei Bedarf durchführen kann. Die hauptamtlichen examinierten Pflegekräfte verfügen über eine dreijährige Ausbildung sowie eine Palliative Care-Weiterbildung und können ausschließlich beratend oder auch direkt in der Versorgung tätig sein. Die Betreuung wird rund um die Uhr gewährleistet. Wünschenswert ist die Mitarbeit bzw. enge Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten sowie erfahrenen Sozialarbeitern, Seelsorgern und Psychologen.

**Brückenarzt:** hauptamtlicher Palliativmediziner (mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin), der einerseits in den Krankenhäusern der Region auf Anforderung die palliativmedizinische Therapie optimiert und andererseits auch Patienten zu Hause betreut (Brückenfunktion). Dazu bildet er (sofern eingerichtet) mit den Brückenschwestern (s.u.) der Region mobile Palliative-Care-Teams (s.u.). Gemeinsam führt er die Betreuung in enger Kooperation mit Hausärzten und ambulanten Pflege- und Hospizdiensten durch regelmäßige Telefonkontakte und Hausbesuche fort. Da er bei schwieriger Symptomkontrolle für Pflegekräfte, Hausarzt und Betroffene rund um die Uhr telefonisch erreichbar ist, gewährleistet der Brückenarzt eine optimale Symptomkontrolle, um stationäre Einweisungen auf das unbedingt Notwendige zu beschränken.

**Brückenschwestern/Brückenpflege:** Krankenschwestern/-pfleger mit Palliative-Care-Ausbildung übernehmen die Beratung, Betreuung und Optimierung der Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten. Ziel ist es, die Lebensqualität durch eine frühzeitige, gut vorbereitete Entlassung aus dem Krankenhaus zu verbessern und den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Brückenpflege koordiniert den schnellen Übergang vom Krankenhaus nach Hause, sorgt für eine Verbesserung der Verbindung zwischen Krankenhaus und Zuhause (Case-Management und integrierte Versorgung) und übernimmt die palliative Betreuung. Gleichbleibende kompetente Ansprechpartner, Rufbereitschaft rund um die Uhr und Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen geben dafür die nötige Sicherheit. Durch die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, den Brückenärzten, Sozialstationen/Pflegediensten, Sozialarbeitern und den ambulanten Hospizdiensten wird die Versorgung zu Hause optimiert und stationäre Einweisungen werden auf das unbedingt Notwendige beschränkt. Der Terminus Brückenschwester/Brückenpflege ist rechtlich geschützt, in Baden-Württemberg auf die Behandlung von Tumorpatienten beschränkt und dort seit 1994 pauschal durch die Krankenkassen finanziert.

**Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (BAG Hospiz):** Die BAG Hospiz ist Dachverband und bundesweite Interessenvertretung der organisierten Hospizarbeit. Zentrales Anliegen ist die Implementierung und Finanzierung der Hospizarbeit als unverzichtbarer Teil unseres Gesellschafts- und Gesundheitssystems. Die meisten Hospizeinrichtungen sind Mitglieder der in allen Bundesländern gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz (LAG Hospiz). Alle 16 LAGen sind als natürliche Mitglieder in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz vertreten. Darüber hinaus sind als überregional tätige Organisationen auch die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL), der Malteser Dachverband und „Omega“ in der BAG Hospiz als ständige Mitglieder vertreten.

**Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP):** Die DGP wurde 1994 mit dem Ziel gegründet, Palliativmedizin in Deutschland zu etablieren. Sie versteht sich als medizinisch wissenschaftliche Fachgesellschaft sowie als Gesellschaft für alle

Interessierten in palliativmedizinisch tätigen Berufsgruppen. Schwerpunkte des Engagements der DGP sind die Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Förderung palliativmedizinischer Forschung, die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen sowie die Konzeption und Entwicklung palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Sektor. Vor allem gilt es, Fachwissen in Palliativmedizin bei allen beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln und die Finanzierung palliativmedizinischer Angebotsstrukturen gesundheitspolitisch zu fördern.

**Deutsche Hospiz Stiftung:** gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts, die seit 1996 die Hospizarbeit unterstützt. Sie ist bestrebt, den Hospizgedanken zu verbreiten (Öffentlichkeitsarbeit) und zu fördern. Bundesweit werden Spenden gesammelt und Projekte auf Antrag gefördert.

**Finalphase:** siehe Sterbephase

**Home Care:** ist der englische Begriff für Betreuung zu Hause. Im Deutschen wird er oft im gleichen Sinn verwendet. Allerdings werden mit diesem Begriff verschiedene häusliche Versorgungselemente beschrieben, z.B. *Home Care Berlin* mit palliativmedizinisch tätigen Ärzten im ambulanten Bereich, andererseits auch von Firmen angebotene Ernährungs- und Infusionsprogramme für die häusliche Versorgung.

**Hospiz:** von lateinisch hospitium: Gastfreundschaft, Gast; bezeichnet einen Ort der gastfreundlichen Aufnahme. Im Mittelalter berühmt wurden die Hospize für Pilger an gefährlichen Wegpassagen (z.B. an Alpenübergängen). Um 1900 eröffneten die Sisters of Charity in Dublin und London Hospize für arme chronisch Kranke und Sterbende. Im Hospiz St. Joseph, London, arbeitete nach dem 2. Weltkrieg eine englische Sozialarbeiterin, Krankenschwester und Ärztin, Dr. Cicely Saunders. Sie kombinierte die dort praktizierte christliche Fürsorge mit den Erkenntnissen der modernen Medizin, insbesondere der Schmerzforschung und eröffnete 1967 das St. Christopher's Hospice mit dem von ihr geprägten neuen Hospizkonzept (siehe Hospizarbeit, Hospizbetreuung), um umfassend auf die speziellen Bedürfnisse Schwerkranker und Sterbender eingehen zu können. Das moderne Hospiz ist primär ein Konzept, seine Realisierungsformen können unterschiedlich sein – stationär wie auch ambulant.

**Hospiz, stationäres:** In Deutschland ist ein stationäres Hospiz eine vom Krankenhaus oder Seniorenheim unabhängige Pflegeeinrichtung, in der Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende betreut werden. Wenn ein Sterbender nicht zu Hause gepflegt werden kann und keine Behandlung im Krankenhaus (besser: auf einer Palliativstation) benötigt, bietet das stationäre Hospiz Geborgenheit und kompetente Betreuung (vgl. auch die „Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.3.1998). Anders als in Deutschland gehören Palliativmediziner in Großbritannien, Irland, USA oder Polen obligatorisch zum Behandlungsteam eines stationären Hospizes.

**Hospizarbeit, Hospizbetreuung:** Als international anerkannte Kriterien für Hospizarbeit haben sich, basierend auf dem Konzept von Dame Cicely Saunders (siehe Hospiz) herauskristallisiert:

- Der Sterbende und seine Angehörigen sind gemeinsame Adressaten des Hospiz-Angebotes.
- Die ganzheitliche Unterstützung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team (s.u.).
- Die Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams verfügen über spezielle Kenntnisse in der Symptomkontrolle.

- Qualifizierte ehrenamtliche Helfer sind essentieller Bestandteil des Betreuungsteams.
- Die Kontinuität der Betreuung ist auch nachts oder an Wochenenden rund um die Uhr gewährleistet.
- Trauerbegleitung wird angeboten.

**Multiprofessionelles Team:** Die Probleme Schwerstkranker betreffen physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte, die sich zusätzlich gegenseitig verstärken können. Eine umfassende Betreuung sollte deswegen auf die Expertise verschiedener Berufsgruppen zurückgreifen können. Dazu gehören in der Palliativmedizin: spezialisierte Pflegende und Ärzte sowie Ehrenamtliche und weitere Mitarbeiter, deren Kompetenz oft unverzichtbar ist, wie: Sozialarbeiter, Physiotherapeut, Psychologe, Seelsorger u.s.w.

**Palliativ-:** Das Wort „palliativ“ leitet sich ab vom lateinischen pallium: der Mantel, bzw. von palliare: mit dem Mantel bedecken, lindern.

**Palliativbetreuung:** siehe Palliative Care.

**Palliative Care:** ist ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002). Palliative Care ist der international übliche Fachausdruck. Als deutsche Übertragungen werden verwendet: Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung. Die Begriffe Palliativpflege und Hospizarbeit beinhalten wichtige Teilaspekte von Palliative Care.

**Palliative-Care-Team (PCT):** Multiprofessionelles Team, das Palliative Care im stationären und/oder ambulanten Sektor anbietet. Es besteht zumindest aus Palliativmediziner/in und -pflegender/m, die hauptamtlich in diesem Bereich tätig sind. Weitere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Seelsorger oder Psychologe können zum Palliative-Care-Team gehören. Eine enge Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist wünschenswert. Die im ambulanten Sektor tätigen Palliative-Care-Teams arbeiten mobil: sektorübergreifend stationär und ambulant (als Brückenarzt und Brückenschwester) oder auch nur konsiliarisch im Krankenhaus auf den Stationen. 24-stündige Bereitschaft und Erreichbarkeit sind unerlässlich zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen.

**Palliative Therapie:** Unter palliativer Therapie werden die Behandlungen verstanden, die das Leben verlängern können und auch die Lebensqualität verbessern sollen, wenn keine kurative (heilende) Therapie mehr möglich ist. In der Onkologie wird hier vor allem der Einsatz tumorspezifischer Behandlungen (Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Operation) bei nicht mehr heilbaren Erkrankungen verstanden.

**Palliativmedizin** ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden ebenso wie psychischer, sozialer und spiritueller Probleme an. Das Hauptziel der palliativmedizinischen Betreuung ist die Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörigen (auch über die Sterbephase hinaus). Im Deutschen wird Palliativmedizin auch als Übertragung des englischen Begriffes Palliative Care verwendet, sie beinhaltet gleichwertig pflegerische, ärztliche und psychosoziale

Kompetenz. Im engen Sinn kann unter Palliativmedizin (englisch: Palliative Medicine) auch der unverzichtbare, spezialisierte ärztliche Beitrag zu Palliative Care verstanden werden.

**Palliativmedizin (Zusatz-Weiterbildung):** Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin wurde mit der neuen vom 106. Deutschen Ärztetag 2003 verabschiedeten (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWO) eingeführt. Voraussetzung zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung ist demnach eine Facharzt-Anerkennung. Als Weiterbildungszeiten werden von der MWO gefordert:

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs.1 Satz 2 oder anteilig ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision
- 40 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs.8 in Palliativmedizin

**Palliativmedizinisch erfahrener Arzt:** Der palliativmedizinisch erfahrene Arzt nimmt im Rahmen der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vorgeschlagenen Dreistufung eine Mittelstellung ein und sollte folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Teilnahme am Basiskurs Palliativmedizin für Ärzte (40 Stunden) nach den Empfehlungen der DGP.
- Teilnahme am Aufbaukurs (80 Stunden), in dem Inhalte des Basiskurses vertieft und geübt werden (Die Empfehlung der DGP wird zur Zeit durch die Arbeitsgruppe „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ erarbeitet).
- 25 dokumentierte Sterbebegleitungen
- Fortlaufende Nachweise: Im Durchschnitt pro Jahr (berechnet in einem Zeitraum über 5 Jahre)
  - mindestens 12 dokumentierte Sterbebegleitungen
  - mindestens 12 Fortbildungspunkte in palliativmedizinischen Inhalten

Übergangsregelung bis Ende 2005: als Mindestvoraussetzung 40-stündiger Basiskurs Palliativmedizin für Ärzte sowie Nachweis von mindestens dreijähriger Praxis in der Begleitung und Betreuung Schwerstkranker und Sterbender.

**Palliativmedizinisch erfahrener Pflegedienst:** (die Bezeichnung wurde durch die Erweiterung des §39a des SGB V im Jahre 2002 eingeführt) Pflegedienst, der sich in besonderem Maße der Pflege schwerkranker und sterbender Menschen annimmt und sich den Inhalten der Hospizbewegung verpflichtet fühlt. Neben einer engen Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdienst(en) müssen nach Ansicht der DGP drei Voraussetzungen erfüllt werden:

- mindestens zwei vollexaminierte Krankenschwestern/Krankenpfleger des Pflegedienstes müssen eine 160-stündige Ausbildung in Palliative Care nachweisen (bzw. bis spätestens Ende 2005 absolviert haben),
- Fortlaufende Nachweise über mindestens 20 dokumentierte Sterbebegleitungen (z.B. DGP-Eckdatendokumentation) pro Jahr,
- die enge Zusammenarbeit mit einem palliativmedizinisch erfahrenen oder spezialisierten Arzt ist erforderlich.

**Palliativmedizinisch spezialisierter Arzt:** Der palliativmedizinisch spezialisierte Arzt nimmt im Rahmen der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vorgeschlagenen Dreistufung die Stelle des umfassend qualifizierten Arztes ein. Er arbeitet hauptamtlich als Palliativmediziner. Die Voraussetzungen für die Anerkennung werden zur Zeit von der DGP erarbeitet.

**Palliativmedizinische Grundversorgung:** In einer dreistufig angelegten Qualifizierung (1. Palliativmedizinische Grundversorgung, 2. Palliativmedizinisch erfahrener Arzt, 3. Palliativmedizinisch spezialisierter Arzt) bildet der für die

palliativmedizinische Grundversorgung weitergebildete Arzt die Basis. Er fühlt sich den Inhalten der Palliativmedizin und Hospizidee verpflichtet und weist folgende Qualifikation auf:

- Teilnahme am Basiskurs Palliativmedizinische Grundversorgung (40 Stunden) nach den Empfehlungen der DGP.
- Fortlaufende Nachweise: Im Durchschnitt pro Jahr (berechnet in einem Zeitraum über 5 Jahre)
  - mindestens 8 dokumentierte Sterbebegleitungen
  - mindestens 8 Fortbildungspunkte in palliativmedizinischen Inhalten

Mit einer derartigen Grundversorgung könnte bereits ein Teil der Palliativpatienten zu Hause betreut werden. Durch den Beschluss des 106. Deutschen Ärztetages 2003 wurde in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aller patientennahen Gebiete palliativmedizinische Weiterbildungsinhalte aufgenommen. Diese sollten den Anforderungen der hier benannten palliativmedizinischen Grundversorgung entsprechen. Daneben werden dringend spezialisierte Dienste gebraucht, die in schwierigen Situationen hinzugezogen werden können.

**Palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD):** Konsiliardienst, der palliativmedizinische Beratung anbietet. Er kann sowohl innerhalb einer stationären Einrichtung wie auch im ambulanten Sektor tätig sein – im günstigsten Fall Sektoren übergreifend. Der palliativmedizinische Konsiliardienst besteht entweder ausschließlich aus einem ärztlichen Angebot oder ist berufsgruppenübergreifend (wie beim Palliative Care Team).

**Palliativpatienten** sind Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den Symptomen dieser Erkrankung leiden. Sie benötigen Linderung von körperlichen Symptomen, Respektion ihrer Integrität und Würde, psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod. Auch die Familien von Palliativpatienten benötigen oft Hilfe (z. B. Pflegeanleitung und psychosoziale Unterstützung).

**Palliativpflege:** Im weiteren Sinn als (nicht ganz zutreffende) deutsche Übersetzung für „Palliative Care“ gebraucht. Im engen Sinn bezeichnet Palliativpflege das pflegerische Fachwissen und Vorgehen im Rahmen von Palliative Care (Palliativbetreuung/Palliativmedizin).

**Palliativstation:** Die Palliativstation ist eine Abteilung in oder an einem Krankenhaus. Sie ist spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatienten. Charakteristisch für die Palliativstation ist das multiprofessionelle Team aus hierfür qualifizierten Ärzten, Pflegeern, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen und weiteren Therapeuten, ergänzt durch ehrenamtliche Hospizhelfer. Auf der Palliativstation können medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Probleme wechselnde Priorität haben. Deshalb sind Kommunikation und Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Die Palliativstation arbeitet vernetzt mit medizinischen Zentren, Krankenhausabteilungen, Hausärzten, ambulanten Pflege- und Hospizdiensten, stationären Hospizen und anderen geeigneten Einrichtungen. Ziel ist es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder entlassen werden können.

**Palliativversorgung:** siehe Palliative Care

**Pflegedienst mit palliativpflegerischem Schwerpunkt (PDPP):** siehe Palliativmedizinisch erfahrener Pflegedienst

**Sterbephase (Finalphase):** Die Sterbephase umfasst die letzten Stunden (selten Tage) des Lebens. Ziel der Betreuung ist es jetzt, einen friedlichen Übergang zu ermöglichen und die Angehörigen zu stützen. Zu unterscheiden vom Begriff der Sterbephase ist der Begriff der Terminalphase (s. u.).

**Supportive Therapie:** „Unterstützende“ Therapie, die die Nebenwirkungen einer notwendigen Behandlung mildert. In der Onkologie sollen Belastungen der tumor-spezifischen Behandlungen (Chemo-, Strahlentherapie oder Operation) durch den Einsatz supportiver Maßnahmen möglichst gering bleiben.

**Tageshospiz:** Manche Hospizgruppen oder stationäre Hospize bieten zur Entlastung der Angehörigen ein Tageshospiz an: An einem oder mehreren Tagen in der Woche treffen sich Betroffene in einer Tagesstätte. Die Angebote dort variieren; es geht zum einen darum, konkrete Hilfen angeboten zu bekommen (z.B. palliativmedizinische Beratung), zum anderen aber auch darum, trotz Krankheit einen angenehmen Tag zu verbringen. Ziel ist es, Tage zu schaffen, auf die sich die Betroffenen freuen, und während denen die Angehörigen Zeit zur Regeneration haben.

**Terminalphase:** Wenn eine progrediente Erkrankung deutlich die Aktivität des Betroffenen beeinträchtigt, wird von Terminalphase gesprochen. Mit einem raschen Wechsel der Symptome ist zu rechnen, eine engmaschige Betreuung und vermehrte Unterstützung der jetzt noch stärker geforderten Angehörigen ist nötig. Meist zieht sich die Terminalphase über Wochen bis Monate hin, bevor sie in die Sterbephase mündet.