



ELISABETH
KÜBLER-ROSS AKADEMIE
HOSPIZ
STUTT GART

Palliative Care Tipps

Unruhe

Christa Barron, Susanne Haller

Unruhe

Es hat sich gezeigt, dass fast alle Patientinnen und Patienten im palliativen Setting von Unruhe in den verschiedensten Ausdrucksformen betroffen sind.

Es gibt auf der einen Seite die dramatische Unruhe, die sich durch aggressives Verhalten und das Mobilisieren ungeahnter Kräfte äußert. Sie beansprucht häufig viel Zeit und Aufmerksamkeit durch die bestehende Gefahr, zusätzliche Schäden herbeizuführen, andere Patientinnen und Patienten zu verstören, verängstigen oder durch hinterlassene Ausscheidungen Ekel auslösen. Diese Unruhe kann augenscheinlich immobile Menschen aus dem Bett, dem Zimmer, der Wohnung oder der Station treiben.

Auf der anderen Seite gibt es auch die leise Unruhe, die sich manchmal nur durch einen verängstigten Blick, erhöhtem Muskeltonus oder schwachem Stöhnen zeigt³. Die typischen Erscheinungsformen der motorischen Unruhe sind das Zupfen, Glätten und Streichen an Bettdecken und Kleidung, das Suchende nach oben Fassen, sich ausziehen oder aufdecken wollen, der Versuch aufzustehen, das Rufen von Namen und eine starke, vielleicht aggressive Reaktion bei Kontaktaufnahmen⁴.

Meist tritt die Unruhe in Verbindung mit Schlaflosigkeit auf (es gilt aber auch zu beachten, dass die Menschen häufig unter Schlaflosigkeit leiden, aber nicht an Unruhe). Diese nächtliche Steigerung der Unruhe ist für alle Beteiligten zusätzlich belastend. Durch die Stille und Dunkelheit wird die Konzentration der oder des Betroffenen auf das Belastende zusätzlich verstärkt, was am Schlafen hindert und das Bedürfnis nach Aktion verstärkt³.

Es gilt nicht die Regel: Je lauter und fulminanter die Unruhe nach außen wirkt, desto größer wird sie auch von den Betroffenen wahrgenommen!

Die Frage, warum Unruhe oft erst im Prozess der Terminalphase und Finalphase auftritt, beantwortet Elisabeth Kübler-Ross in Interviews mit Sterbenden: „Es ist eine Auseinandersetzung mit dem Sterben und manchmal eine Art der (symbolischen) Kommunikation. Unruhe hat also einen Sinn. Sie ist der aktive und unbewusste Versuch Sterbender, sich auf den Weg zu machen und durch Bewegung seine oder ihre Angst abzubauen. Ich gehe, mache mich davon, löse mich von dem irdischen, mache mich frei von allem, was mich festhält in der irdischen Welt“⁴.

Wahrnehmen der Symptome

Veränderung im Bewegungsdrang

- Komplexe Bewegungen wie *Nesteln* mit den Händen, Herumfuchteln mit den Armen, *Rudern* mit Armen und Beinen, suchendes Nach-oben-fassen
- Zupfen, Glätten, Streichen an Bettdecke oder Kleidung
- Ausziehen von Kleidung, Aufdecken
- Versuch aufzustehen

Veränderungen in der Gefühlswelt

- Reizbarkeit, aggressive Reaktion bei Kontaktaufnahme
- Ratlosigkeit

Veränderter Schlaf-Wachrhythmus

- Häufig Schlaflosigkeit

Veränderungen der Denkfunktionen/ Auffälligkeiten beim Denken

- In der Erinnerung
- In der Orientierung
- Im Sprechen

Verstehen der Ursachen

Unruhe hat einen Sinn. In vielen Fällen ist Unruhe ein Kommunikationsversuch, den es zu entschlüsseln gilt. Unruhe ist, so gesehen, keine Störung, sondern eine Ressource.

Hilfreich zur Einkreisung der Ursache ist die Beobachtung des zeitlichen Einsetzens und des zeitlich schwankenden, kontinuierlichen oder zunehmenden Verlaufs von unruhigem Verhalten. Die Aufgabe der Pflegenden ist, die Ursachen für symptombedingte Unruhe zu erkennen und im Rahmen des Handlungsspielraums zu beheben. Unterstützend dafür kann ein diagnostisches Raster sein, mit der Einteilung in psychosoziale Aspekte, Umgebungsaspekte, biologische Aspekte und spirituelle Aspekte¹⁰.

1. psychosoziale Aspekte

- Angst, Isolation, unversöhnte, nicht aufbereitete, unerledigte Lebensbereiche
- Unumgängliche Verabschiedung von persönlichen Lebensperspektiven und -entwürfen, die unter Umstände einen bedeutungsvollen Lebensinhalt darstellten
- Sorge um Zurückbleibende (Ehepartnerin, Ehepartner, Kinder), endgültiges Zurücklassen der Freunde und Familie

Das Wiederaufkommen traumatischer Leidenserfahrungen aus der Vergangenheit kann eine schwere Form der Unruhe auslösen. Misshandlungen, schwere Unfälle und/oder nicht verarbeitete Kriegserlebnisse können im Sterben wieder an die Oberfläche geraten und leidvolle Gefühle auslösen. Angstzustände, Panikattacken und Alpträume treten auf und bestehende Symptome wie Schmerzen, Dyspnoe usw. können diese quälenden Erfahrungen in Erinnerung rufen. Gleichzeitig können diese Symptome bei aufkommenden Erinnerungen in Erscheinung treten und verstärkt werden.

Exkurs in die Praxis:

Ein Privatinsolvenzverfahren aus der Vergangenheit treibt einen Gast um. Er sieht in mir eine ehemalige Angestellte. Er fordert mich immer wieder dazu auf, wir müssten „Papiere durchsehen“, „Kontakte pflegen“ und „die richtigen Leute kennenlernen“.

Im stationären Hospiz hatten wir einen ca. 90-jährigen Gast, der beim Läuten der Kirchenglocken starke Unruhe entwickelte. Nach Gesprächen mit Angehörigen kam die Idee auf, dass ihn das Läuten an den Fliegeralarm des 2. Weltkrieges erinnerte.

Die begleitenden Personen werden häufig als Feinde wahrgenommen, bzw. es findet eine Übertragung der beteiligten Personen aus der Vergangenheit auf die der Gegenwart statt. Dies kann sich in panikartigem Schreien bei Kontaktaufnahme oder Abwehr gegen Körperkontakt ausdrücken³.

2. Umgebungsaspekte

- Zu warm, zu kalt
- Unter- oder Überstimulation (z.B. laufender Fernseher, Radio ...)
- Zu laut, zu leise
- Plötzliche ungewohnte Umgebungskulisse
- Relokationsstressyndrom (plötzliche, ungewohnte Umgebung durch abrupte Verlegung auf eine andere Abteilung, in ein anders Zimmer; Verlust von gewohnter Bettnachbarin/ gewohntem Bettnachbarn)

Exkurs in die Praxis:

Wenn ein Gast stirbt, dann verbreitet sich meist eine latente Unruhe im Haus. Die Stimmung wird vom Personal zu den Gästen und Angehörigen gebracht. Umgekehrt können Angehörige ebenfalls Unruhe von draußen hereinbringen.

3. Körperliche Aspekte

- Verlust des Körpergefühls
- Schmerzen, Atemnot, Mundtrockenheit, Durst, Harndrang, Übelkeit, Verstopfung, Stuhldrang, Juckreiz
- Seh- und Hörstörungen
- Fieber
- Entzugssymptomatik (Illegale Drogen, Alkohol, Nikotin, Schmerzmittel)
- Medikamentennebenwirkung
- Infektionen
- Stoffwechselstörung
- Organversagen (Leber- oder Nierenversagen)¹⁰.

Exkurs in die Praxis:

Immer wieder haben wir Gäste mit implantierten Herzschrittmachern. Hier haben wir die Beobachtung gemacht, dass gerade in den letzten Tagen und Stunden motorische Unruhe zunimmt.

4. Spirituelle Aspekte

Ausgelöst durch die Ahnung des bevorstehenden Todes und/oder durch Verstärkung der körperlichen Prozesse kann in den Tagen vor dem unmittelbaren Eintritt des Todes die Phasen der Unruhe zunehmen. Manchmal, bei entsprechender Orientierung, können die Betroffenen ihre Gefühle und Wahrnehmungen mitteilen. Die spirituellen Aspekte der Unruhe sind oft ausgelöst oder verstärkt durch:

- Ohnmachtsgefühle angesichts des bevorstehenden Todes
- Nicht wissen, wohin es geht
- Verlassenheitsgefühl
- Retrospektiv belastende Lebens-etappen (z.B. Verlust des Kindes)
- Schuldgefühle
- Angst vor dem (Ver-)Gehen
- Unsicherheit, vor dem was nach dem Tod kommt
- Angst vor Gott, dem Strafgericht, ...
- Wahrnehmungsveränderungen einer anderen Realitätsebene. Einige Menschen hören Stimmen längst Verstorbener oder sehen diese. Diese Wahrnehmungen sind nicht unbedingt beängstigend, sondern werden mitunter als angenehm empfunden.
- Sich auf die Reise begeben, die Sachen packen wollen, Aufbruchsstimmung¹⁰.

Exkurs in die Praxis:

Eine intensive, für die Umgebung sehr bedrohlich wirkende Erfahrung haben wir im Hospiz mit einer Frau gemacht, die zwei Tage lang vor ihrem Versterben fast kontinuierlich das Ave-Maria betete.

Schützen

Die oberste Regel bei der Begegnung mit unruhigen Menschen ist, selbst ruhig und gelassen zu bleiben.

Unruhige Menschen brauchen verstärkte Aufmerksamkeit: Sie können unerwartete Kräfte entwickeln, sie können stürzen, sich Wunden zuziehen oder Katheter herausreißen.

1. Ruhige Anwesenheit ausstrahlen

Sich selbst Ruhe und Gelassenheit verschaffen. Dies klingt einfach, ist es aber nicht!

Die Lippenbremse

Das bewusste, langsame Ausatmen mit fast geschlossenen Lippen hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Senkung der Herzfrequenz

- Bleiben Sie kurz vor dem Zimmer stehen und achten Sie auf Ihre eigene Ruhe und Präsenz.
- Achten Sie auf Ihren Ein- und Ausatemrhythmus. Nehmen Sie bewusst tiefe und ruhige Atemzüge.
- Spüren Sie Ihre Füße und stellen Sie einen guten Bodenkontakt her.
- Achten Sie auf eine sichere, entspannte Körperhaltung.
- Nehmen Sie eine positive Denkhaltung ein: „Eins nach dem Anderen“.
- Verlassen Sie sich auf Ihre Intuition und vertrauen Sie darauf, das Richtige für die Menschen zu tun.
- Nehmen Sie mit ruhiger, freundlicher Stimme und langsamem Sprechen Kontakt auf und finden Sie heraus, ob Körperkontakt erwünscht ist.

2. Behandlung der behebbaaren Ursachen

Eine erfolgreiche Schmerz- und Symptomkontrolle von Pflegekräften verlangen, z. B. durch

- **Anpassung der Schmerzmedikation**
Wichtig ist es, zu beachten, dass vor der Gabe von Sedativa die Schmerzmittelgabe erfolgt, denn sedierende Medikamente können zwar die Schmerzüßerungen dämpfen, aber nicht die Schmerzen
 - **Entlastende Lagerung**
 - **Abführmaßnahmen bei Obstipation**
 - **Entleerung der übervollen Blase**, bzw. Unterstützung dabei (evtl. Katheterisierung)
 - **Alkoholgabe bei Entzugssymptomatik¹²**
 - **Änderung bei der Flüssigkeitsgabe.** Flüssigkeitsgabe kann bei Juckreiz und trockenen Schleimhäuten¹³ helfen (immer im Blick sollte dabei eine mögliche Überwässerung sein). Unruhe kann auch das Anzeichen eines Nierenversagens sein. Dann ist eine Verringerung der Flüssigkeitsgabe zu überlegen.⁴
- Die von Unruhe Getriebenen in ihrer motorischen Unruhe durch Berührung und Körperkontakt begleiten:
- Kann ich ihr/ihm ermöglichen, aufzustehen und herumzulaufen, unter Rahmenbedingungen, in denen sie/er sich nicht gefährdet?
 - Kranke vom Bett kurz aufstehen lassen (mit mehreren unterstützenden Personen), hilfreich ist schon oft ein kurzer Bodenkontakt mit den Füßen!
 - Schuhe im Bett anziehen gibt ein Gefühl der Erdung!



Foto: © Christa Barron

3. Känguru-Methode

Eine vertraute Person setzt sich in einer halb sitzenden und halb liegenden Position hinter den Menschen ins Bett.

- Achten Sie auf eine angenehme Position für sich selbst! Verwenden Sie zusätzlich Decken und Kissen zur Unterstützung.
- Denken Sie daran, zunächst selbst zur Ruhe zu kommen und achten Sie auf Ihre Präsenz.
- Der Mensch liegt mit dem Rücken auf der vertrauten Person.
- Unterstützen Sie den Menschen anfangs mit seinen Bewegungsimpulsen und seiner Atmung.

Bereits nach kurzer Zeit können Sie beobachten, wie die Menschen entspannen. Die Atemzüge werden ruhiger und tiefer, sie kommen zur Ruhe. Diese Methode eröffnet für die Angehörigen einen intensiven Körperkontakt. Sie können viel zur Ruhe und Entspannung beitragen.

4. Am Boden – bei extremer Unruhe

Entfernen Sie alle störenden Gegenstände und legen Sie zwei Matratzen auf den Boden. Die Betroffenen haben so die Sicherheit und genügend Raum, sich in ihrer Unruhe auszuleben. Auch hier kann die vertraute Person sich neben diese legen oder am Fußende Platz nehmen und sie in ihrer Aktivität über direkten Körperkontakt begleiten.



Foto: © Ulrike Groß

5. Blauer Betthimmel

Ein Betthimmel kann mit einem Magneten am Bettaufrichter oder an der Decke befestigt werden. Die Farbe Blau ist die Farbe des Himmels, sie steht für Ruhe, Sehnsucht und Vertrauen und hilft bei Schlafstörungen, Erregbarkeit und Unruhezuständen.

6. Eine vertraute Atmosphäre schaffen und Geborgenheit vermitteln

Rituale helfen, den Alltag zu strukturieren und geben ein Stück Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit z. B.: gewohnter Tagesablauf, gewohnte Begleitperson, summen, singen, gemeinsames Gebet sprechen, Fotos von früher anschauen.

Beispiel Unterarmberührung: Trotz Beruhigungsmitteln findet ein Schwerkranker keinen Schlaf – er ist von seiner inneren Unruhe sehr geplagt. Die Begleiterin nimmt sich zehn Minuten Zeit, sie legt ihren Unterarm unter seinen, Der Gast flüstert stammelnd „schön...schöööön...“, atmet tiefer durch, entspannt und schläft ein. Sanft kann die Begleiterin ihren Arm wieder wegnehmen. Bei der großflächigen Berührung konnte der Schwerkranker seine Unruhe loswerden.

- Beruhigende Handmassage, Fußeinreibung oder Fußmassage mit entsprechenden Ölen (z. B. Lavendelöl)
- Aromalampe mit beruhigendem und entspannendem Öl (z. B. Lavendelöl)

- Musik mit Entspannungssequenzen, vertraute oder beruhigende Musik
- Ggf. Licht in der Nacht anlassen (Möglichkeit: Nachtlicht für Kinder, Salzkristalllampe).
- Entspannungs- und Lebensgewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen kennen
 - Welche Personen sind wichtig?
 - Welche Berührung mag sie/er – und wo?
 - Welche Berührung mag sie/er nicht – und wo?
 - Welche Lage wird bevorzugt?
 - Welche Gerüche werden bevorzugt?
 - Welche Geschmacksrichtungen werden bevorzugt?
 - Was sieht sie/er gerne, was nicht?
 - Mag sie/er gerne Ablenkung, z.B. durch Filme?
- Vertrauten und geliebten Gegenstand in die Hand geben: Maskottchen, Lieblingstuch, Rosenkranz oder ein Stofftier
- Jemanden an die Seite geben (Ehrenamtliche des Hospizdienstes)
- Auf Bedürfnisse des Gegenübers eingehen z. B. Waschen nach Tagesform
- Fersen halten
- Basale Stimulation®
 - Beruhigende Ganzkörperwahrnehmung
 - Lagerung (z.B. Nestlagerung fördert die Körperwahrnehmung)
 - Berührung durch Unterarmkontakt
- Wickel und Auflagen
- Ölkpressen
- Entspannungsgeschichten
- Medikation nach Anordnung der Ärztin/des Arztes⁵

Literaturangaben

- (1) Ariès, P. (2005): Die Geschichte des Todes, 11. Aufl. dtv Verlagsgesellschaft, München
- (2) Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (2010): Leitfaden Palliative Care Palliativmedizin und Hospizbetreuung, 4. Aufl. Urban&Fischer, München.
- (3) Herz, von A. (2012): Unruhe- eine Herausforderung für Pflegenden. In: pflegen:palliativ (14)8 S.8-12.
- (4) Schmid, U. (2014): Unruhe und Schlaflosigkeit. In: Werner Burghelm (Hrsg.): Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen. Merching: Forum Verlag.
- (5) Student, C.; Napiwotzky, A. (2011): Palliative Care Wahrnehmen – verstehen – schützen, 2. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart.
- (6) Sewtz, C. (2018): Angst und Depression bei Palliativpatienten – Ergebnisse der prospektiven PaRoLi-Studie (Palliative Care in Rostock: Focus on Quality of Life). Dissertation. Abteilung für Hämatologie und Onkologie Klinik III des Zentrums für Innere Medizin Universitätsklinikum Rostock
- (7) Kloke, M. (2016): Schwerwiegend, aber auch behandelbar. In: Schmerzmedizin (32)3 S. 34-39.
- (8) Doll, A. (2016): Keine leichte Aufgabe Patient liegt im Sterben: sicher erkennen, angemessen handeln und darüber reden. In: MMW Fortschritte der Medizin (1)158 S. 39-43.
- (9) Müller, T. (2015): Palliativmedizin - 13 Zeichen für den nahenden Tod. In: Schmerzmedizin 31(2) S.18.
- (10) Knipping, C. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Palliative Care, 2. Aufl. Hans Huber, Bern.
- (11) WHO (2002) : https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (zuletzt aufgerufen am 29.07.2019)
- (12) Haller, S., Napiwotzky, A. (2011): Palliative-Care-Tipps für Angehörige, Betroffene sowie ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter „Unruhe“.
- (13) Mücke, M.; Conrad, R.; Bleckwenn, M. (2016): Luftnot, Jucken und Depression in der Palliativmedizin. In: Schmerz 30 S.193–208.
- (14) Oechsle, K.; Scherg, A. (Hrsg.) (2019): FAQ Palliativmedizin Antworten – prägnant und praxisnah. Elsevier, München.
- (15) Mehler, A.; Hucklenbruch-Rother, E.; Krib, A. (2019): Hautkontakt von Frühgeborenen im Kreißsaal. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 167 S.18–25.
- (16) Alt-Epping, B.; Sitte, T.; Nauck, F.; Radbruch, L. (2010): Sedierung in der Palliativmedizin: Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. European Association for Palliative Care (EAPC). In: Schmerz, 24, S. 342–354.
- (17) Radbruch, L. (2019): Palliative Sedierung: eine medizinische Intervention am Lebensende. In Leitfaden 1 S. 22-26.
- (18) Schildmann, E.; Pörnbacher, S.; Bausewein, C. (2016): „Palliative Sedierung“? Kontinuierliche Gabe von Sedativa innerhalb der letzten 7 Lebenstage auf einer Palliativstation. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 17(05) S.1-59. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1594203?update=true> (zuletzt aufgerufen am 31.07.2019)
- (19) Groß, U. (2019): Einführung eines Snoezelenwagens. In: Praxisprojekte und Abschlussarbeiten Multidisziplinärer Basiskurs Palliative Care 2018 – 2019 XX; Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie: Stuttgart

Die Palliative Care Tipps geben allgemeine Hinweise auf Möglichkeiten, wie mit bestimmten Symptomen umgegangen werden kann. Jede Maßnahme ist im Einzelfall mit den Betroffenen, dem betreuenden Pflegepersonal und ggf. mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt abzustimmen.

Alle Palliative-Care-Tipps stehen zum Download bereit unter: www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de/palliative-care-tipps

Die Autorinnen:

Christa Barron: Gesundheits- und Krankenpflegerin, Palliative-Care-Fachkraft Stationäres Erwachsenenospiz des HOSPIZ STUTTGART

Susanne Haller: Leiterin der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie® für Bildung und Forschung des HOSPIZ STUTTGART

Stand: 2020



Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie®
für Bildung und Forschung*
Diemershaldenstraße 7 – 11, 70184 Stuttgart
Leitung: Susanne Haller
Sekretariat: Gabi Weiß
Telefon +49 (0) 711/23741 -811
g.weiss@hospiz-stuttgart.de
akademie@hospiz-stuttgart.de
www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de

*Gefördert durch die Addy von Holtzbrink Stiftung



Evangelische
Kirche
in Stuttgart