



© MAST - Fotolia.com

# Unruhe – eine Herausforderung für Pflegende



**Menschen, die unheilbar krank sind und zügig fortschreitend dem Tod entgegengehen, können viele Gründe haben, unruhig zu sein. Dieser Unruhe kompetent zu begegnen, ihre Ursachen zu ergründen und angemessene Maßnahmen zu ergreifen, ist auch Aufgabe der Pflegenden.**

VON **ADELHEID VON HERZ**

**U**nruhe bei Patienten in palliativen Situationen kann vielfältige Gründe haben. Für manchen Menschen ist schon die Dauer der Zeitspanne der letzten Lebensphase beunruhigend. Sie ist zu lang für den, der daran denkt, was zwischen jetzt und dem Tod noch alles auszuhalten ist. Sie ist zu kurz für den, der noch Wichtiges zu erledigen hat. Beunruhigend wirken auch Veränderungen im Körper

des betroffenen Menschen, die den Atem und die Sprachfähigkeit nehmen sowie die Wahrnehmungs- und Denkfähigkeiten verändern können. Für die meisten Menschen ist der Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper und die Lebensgestaltung, der Verlust der sozialen Funktion und der Zugehörigkeit zu den Lebenden mehr als beunruhigend.

## PRAXISBEISPIEL 1

Herr C. ist 83 Jahre alt. Bei ihm wurde ein fortgeschrittenes Bronchial-Carcinom diagnostiziert. Trotz körperlicher Auszehrung verlässt er – vorwiegend nachts – sein Bett und bewegt sich gangunsicher und desorientiert durch das Hospiz. Er hat dabei einen leidenden Gesichtsausdruck. Auf Nachfrage antwortet er, dass er die Toilette suche. Mit der Frage nach Schmerzen scheint er nichts anfangen zu können. Er wirkt so, als wüsste er nicht, was er darauf antworten soll. Herr C. ist in kurzen Zeitabständen schon einige Male gestürzt, glücklicherweise ohne größere Verletzungen. An verschiedenen Orten hinterlässt er Urinlachen. Die Einnahme von Medikamenten lehnt er ab.

Der alte Herr macht der Nachtwache viel Arbeit, besonders, wenn er auch noch andere Zimmer aufsucht und Mitpatienten verstört. Tagsüber ist der Hospizgast nur eingeschränkt aktivierbar. Seine Angehörigen meiden es, ihn tagsüber aus dem Schlaf zu holen, lieber brechen sie ihren Besuch ab. Die Söhne berichten, dass er schon immer – auch beruflich bedingt – einen nachtaktiven Lebensrhythmus hatte. Im Gespräch mit dem Seelsorger wird deutlich, dass Herr C. durch die Erinnerung an traumatische Lebensereignisse belastet ist.

Es werden Harnverhaltung und Obstipation festgestellt und Verdacht auf Schmerzen erhoben. Nach Einführung von klar strukturierten Betreuungsabläufen, regelmäßigen Gesprächskontakten, Anlage eines Blasenkatheters, Abführmaßnahmen und Applikation eines niedrig dosierten Fentanylpflasters wird Herr C. ruhiger.

Im weiteren Verlauf des Aufenthaltes treibt es Herrn C., trotz zunehmender Schwäche, nachts wieder öfters aus dem Bett und er stürzt häufiger. Er entwickelt eine zunehmende Belastungsdyspnoe und hohe Körperspannung. Über eine Subcutanpumpe erhält Herr C. kontinuierlich schmerzstillende und atemerleichternde Medikamente. Es wird eine Dosis angestrebt, die ihn von Schmerzen und Atemnot entlastet, ihn aber wach genug lässt, um Getränke und Essen nach Wunsch angereicht aufzunehmen. Eine Woche später stirbt Herr C.. Er hat in seinen letzten Tagen das Bett nicht mehr verlassen.

## Unruhe hat viele Gesichter

Die Erfahrung zeigt, dass fast jeder Patient und jede Patientin in der stationären palliativen Pflege, zumindest phasenweise, von Unruhe in unterschiedlichen Ausdrucksformen betroffen ist. Diese drückt sich nicht bei jedem Menschen in gleicher Form aus.

Es gibt eine leise Unruhe, die sich in angstvollem Blick, schwachem Stöhnen oder erhöhter Muskelspannung zeigen kann. Die dramatische Unruhe hingegen kann Sterbende zu aggressivem Verhalten oder mit ungeahnter Kraft und über alle Hindernisse hinweg aus dem Bett, dem Zimmer oder dem Haus treiben (→ **PRAXISBEISPIEL 1**).

## Unruhe ist eine Herausforderung

Unruhige Palliativpatienten beanspruchen häufig viel Zeit und Aufmerksamkeit der Pflegenden. Sie können sich durch ihre Unruhe zusätzliche Schäden zuziehen, andere Patienten verstören und ihre Ausscheidungen überall hinterlassen.

Viele unter Unruhe leidende Menschen

- ▶ wirken angespannt, angstvoll, aufgereg
- ▶ können verwirrt und desorientiert sein, Halluzinationen haben
- ▶ können aggressiv, handgreiflich und laut sein
- ▶ entledigen sich ihrer Kleidung.

Zusätzlich belastend für alle Beteiligten ist die nächtliche Steigerung der Unruhe. Durch Dunkelheit und Stille wird die Konzentration des Patienten auf das, was ihn belastet, verstärkt. Das hindert ihn am Schlafen und treibt ihn um.

Wenn alle Zuwendung und beruhigenden Worte nicht helfen, können bei den begleitenden Menschen Gefühle von Verunsicherung, Hilflosigkeit und Ohnmacht ausgelöst werden. Sie reagieren zum Teil angespannt, laut und aggressiv. Nervösen und aggressiven Pflegekräften können aber eher Fehler unterlaufen. So kann die Unruhe des Patienten sich auf Mitarbeitende bedrohlich auswirken und unter Umständen einen Teufelskreis auslösen: Ein Beruhigungsmittel wird verabreicht, obwohl die Ursache der Unruhe Schmerzen sein können, die der Betroffene nicht anders ausdrücken kann.

Frau D. liegt im Sterben. Sie bewegt sich kaum mehr. Jedes Ausatmen ist ein seufzendes Stöhnen. Ihr Ehemann ist beunruhigt. Er nimmt Kontakt zur Pflegeperson auf: „Meine Frau hat Schmerzen“. Die Pflegende stellt bei körperlicher Kontaktaufnahme mit Frau D. keinen erhöhten Muskeltonus fest, jedoch eine Änderung der Ausatmung: das Stöhnen wird zum schnurrenden Brummeln.

„Ich habe den Eindruck, die Äußerungen ihrer Frau haben nichts mit Schmerzen zu tun, sondern sind jetzt ihre Art, sich uns mitzuteilen.“ Die Pflegende ermuntert den Ehemann, mit seiner Frau körperlichen Kontakt aufzunehmen und mit ihr zu sprechen. Dies fällt ihm zunächst nicht leicht, aber es scheint ihm gut zu tun, als er die Veränderung in den Äußerungen seiner Frau durch seine Kontaktaufnahme bemerkt.

Das grundlegende Problem wird überdeckt, verschleppt und oft verschlimmert.

### Unruhe hat einen Sinn

Der Sinn (die Ursache) der jeweiligen Unruhe ist oft nur zu entdecken, wenn Pflegende sich von der Unruhe des Patienten nicht anstecken lassen. Wichtig ist, die Unruhe nicht als Störung sondern als Initiative zur Selbsthilfe zu verstehen. Nachfolgend einige Beispiele:

- ▶ Menschen, die ungünstig liegen, versuchen sich Druckentlastung und Entspannung zu verschaffen.
- ▶ Menschen mit Atemnot, vorzugsweise wenn sie auf zu weichen Matratzen liegen, suchen durch „Bettsflucht“ festen Boden unter den Füßen, um besser atmen zu können.
- ▶ Menschen mit Verlassenheitsängsten suchen Kontakt.
- ▶ Bei äußerer und/oder innerer Reizüberflutung – zu viel Besuchern, Halluzinationen – versuchen Betroffene, eine beruhigende Umgebung aufzusuchen.
- ▶ Übelkeit, Harnverhaltung oder Stuhldrang kann Menschen antreiben.
- ▶ Menschen, denen für ihre schmerzhafteste Körperwahrnehmung die Worte fehlen, können zur Bewegung getrieben werden.

### Ruhe bewahren – eine Kunst

Wichtig für Angehörige und professionelle Begleitende ist, selber ruhig und gelassen zu bleiben. Das wirkt auf die unruhige Person beruhigend, vermittelt ihr den Eindruck von Kompetenz, Vertrauen und Sicherheit. Geeignete Interventionen, innerhalb von Sekunden diese eigene Ruhe zu finden, sind u. a.:

- ▶ sich auf die eigene Atmung konzentrieren; langsam und tief ein- und ausatmen

- ▶ die Körperhaltung und -bewegung so gestalten, dass die Atmung nicht eingeengt wird
- ▶ sich nicht dem Atemrhythmus der unruhigen Person anpassen, den eigenen, ruhigen Rhythmus beibehalten
- ▶ sich auf Gedanken konzentrieren, die mental unterstützen; z. B.: „Ich brauche nur eine Idee für den nächsten Schritt zu haben, nicht für den übernächsten Schritt – der ergibt sich.“

Erst wenn eine Initialruhe eingetreten ist, kann die begleitende Person erforderliche Erstmaßnahmen, z. B. bei akuter Erstickungsgefahr, wirksam einleiten.

### Unruhe hat viele Ursachen

Aufgabe der Pflegenden ist u. a., die naheliegenden Ursachen von Unruhe zu erkennen und, im Rahmen ihres Handlungsspielraumes, zu beheben. Dabei kann ein „diagnostisches Raster“ hilfreich sein. Knipping (2007:470) schlägt hierzu die Differenzierung der Unruhe in biologische, umgebungsbedingte, psychosoziale und spirituelle Aspekte vor. Hierzu zählen u. a.:

#### Biologische Aspekte

Schmerzen, Übelkeit, Luftnot, trockene Schleimhäute, Obstipation, Harnverhalt, Blasenkatheter, Juckreiz, Dekubitus, Verlust des Körpergefühls, Seh- und Hörstörungen, Fieber, Hypoglykämie

#### Umgebungsaspekte

Zu kalt, zu warm, zu laut, zu leise, Unter- oder Überstimulierung, Umgebungswechsel

#### Psychosoziale Aspekte

Angst, Einsamkeit, unerledigte Lebensbereiche, Sorge um die Angehörigen, endgültige Verabschiedung von Lebensplänen

Hilfreich zur Einkreisung der Ursache ist die Beobachtung des zeitlichen Einsetzens und des zeitlich schwankenden, kontinuierlichen oder zunehmenden Verlaufs von unru-

higem Verhalten. Der behandelnde Arzt sollte über die pflegerischen Beobachtungen und Maßnahmen informiert werden, sodass dieser im Rahmen einer Differentialdiagnose auch weitere Ursachen – wie neurologische Prozesse, Medikamentennebenwirkungen, Drogenentzug oder Stoffwechselstörungen – in Betracht ziehen kann.

### Spirituelle Aspekte und präfinale Unruhe

In den Tagen vor Eintritt des Todes können die Phasen der Unruhe zunehmen. Die Unruhe kann durch die Ahnung des bevorstehenden Todes oder durch körperliche Prozesse ausgelöst werden. Sind die Patienten orientiert, können sie sich mitteilen, welche Gefühle und Wahrnehmungen sie umtreiben:

- ▶ Ohnmachtsgefühl angesichts des bevorstehenden Todes
- ▶ Verlassenheitsgefühle
- ▶ Schuldgefühle
- ▶ Angst vor dem, was kommt – was erwartet sie nach dem Tod
- ▶ Wahrnehmungen einer anderen Realitätsebene. Einige Menschen hören Stimmen oder sehen längst verstorbene Menschen. Diese Wahrnehmungen werden nicht immer als beängstigend, sondern mitunter auch als angenehm empfunden.
- ▶ Aufbruchstimmung, sich auf eine Reise begeben und seine Sachen packen zu wollen.

Dramatische Veränderungen in der Körperwahrnehmung können ebenfalls zu präfinalen Unruhezuständen führen:

- ▶ Verlust der Selbstwahrnehmung, durch krankheitsbedingte Veränderungen des Körperbildes (z. B. Lähmungen) und damit verbundene Bewegungseinschränkungen (→ Beitrag Feldenkrais, S. 35).
- ▶ Innere Blutungen, Tumordurchbrüche in Blutgefäße oder in den Wirbelkanal
- ▶ embolische Prozesse
- ▶ zunehmende Einengung der Atemwege.

Eine schwere Form der Unruhe wird durch das Auftauchen traumatischer Leidenserfahrungen aus der Vergangenheit ausgelöst (Zettl, 2011). Kriegserlebnisse, schwere Unfälle, Misshandlungen, die nicht verarbeitet wurden, können in der Nähe des Todes wieder an die Oberfläche gelangen und leidvolle Gefühle auslösen. Die Betroffenen erleben Angstzustände, Panikattacken oder auch Alpträume. Durch die Krankheit bedingte Symptome wie Schmerzen oder Luftnot können diese traumatische Erfahrungen wieder in Erinnerung rufen.

Die betroffenen Menschen nehmen die sie begleitenden Personen häufig als Feinde wahr. Das kann sich in starker Abwehr gegen Körperkontakt und panikartigem Schreien bei Kontaktaufnahme ausdrücken. Diese Patienten brauchen kontinuierliche Begleitung durch einen Menschen, den sie nicht als bedrohlich wahrnehmen, gute Symptomkontrolle, Ruhe vor beunruhigenden Nachrichten und unter Umständen auch angstlösende Medikamente.

### Unruhe erfordert geeignete Maßnahmen

Die Kontaktaufnahme zum Patienten ist eine wesentliche Intervention. Sie dient einerseits der Diagnostik und hat aber oft gleichzeitig schon eine beruhigende Wirkung. Hilfreichen Maßnahmen für Pflegende im Kontakt mit von Angst und Unruhe getriebenen Menschen können sein:

- ▶ Zunächst versuchen, den Menschen in seiner motorischen Unruhe zu begleiten; ihm im Bett eine sichere Umgebung zu verschaffen, in der er beschwerdefrei ruhen, bzw. sich möglichst selbstständig bewegen kann; ihm ermöglichen, aufzustehen und herumzulaufen unter Rahmenbedingungen, in denen er sich nicht gefährden kann. Oft ist der unruhige Mensch danach entspannter, zufriedener und müde.
- ▶ Einen Menschen, der wiederholt aus dem Bett strebt und dabei zu Boden stürzt, kann man auch auf eine Matratze auf den Boden betten (Pankraz, 2010).
- ▶ Körpersignale des Patienten und auch das eigene Erleben der Berührungen sollten Maßstab dafür sein, wie weit Körperkontakt hilfreich, erwünscht und auch für die begleitende Person möglich ist.

Anzeige



**Jetzt noch mal durchstarten!**

**UNI FREIBURG**

**... und mit Berufserfahrung Pflegewissenschaft studieren**

Sie sind Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger/-in und wollen sich beruflich weiterentwickeln? Qualifizieren Sie sich jetzt auf internationalem Niveau. Erweitern Sie Ihre Kompetenzen in unserem Bachelor-Studiengang Pflegewissenschaft.

Unser **Bachelor-Studiengang Pflegewissenschaft** bietet Ihnen beste Chancen im Beruf – nutzen Sie sie!

**DIREKT INFORMIEREN UND BEWERBEN!**

Mehr unter:  
[www.pflegewissenschaft.uni-freiburg.de](http://www.pflegewissenschaft.uni-freiburg.de)

**PFLEGEWISSENSCHAFT.**  
Ein Studium – alle Chancen.

- ▶ Individuell und bewusst eingesetzt kann Humor alle Beteiligten und die Situation entspannen und konstruktive Ideen freisetzen.

Ist eine behebbare Ursache der Unruhe zu ermitteln, sollte eine entsprechende Maßnahme im Rahmen des pflegerischen Handlungsspielraumes eingeleitet werden: z. B. Verabreichung von Schmerzmedikamenten nach Maßgabe eines Bedarfsmedikamentenplanes, Flüssigkeitsgabe, Abführmaßnahmen, Begleitung durch Ehrenamtliche, für eine ruhige Umgebung sorgen.

Ist in der Situation keine behebbaren Ursachen der Unruhe zu ermitteln, sollten zunächst unspezifische Maßnahmen angeboten werden:

- ▶ wiederholte ruhige Kontaktaufnahme, um eventuell übersehene Bedürfnisse und Wünsche des Patienten erkennen zu können
- ▶ Einreibungen oder Massagen, wenn erwünscht; vor allem Hand- und Fußmassagen mit einem entspannenden Öl können eine beruhigende Wirkung haben
- ▶ auch vertraute, beruhigende Musik kann hilfreich sein
- ▶ eine angenehme, gedämpfte Lichtquelle während der Nacht im Zimmer vermittelt Sicherheit.

Ziel dieser unspezifischen Maßnahmen ist, den Leidensdruck und die Anspannung des betroffenen Menschen zu vermindern.

#### Terminale Unruhe kann wichtig sein

Trotz aller wohlwollenden, fachkompetenten Interventionen sollte allen begleitenden Mitarbeitenden und Angehörigen auch klar sein, dass Unruhe – sofern eine körperliche Belastung ausgeschlossen werden kann – konstruktiv und unerlässlich für einen sterbenden Menschen in seinem Prozess des Abschiednehmens sein kann. Sie ist nicht selten

## Unruhe kann Ausdruck der Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod sein

ein Ausdruck der Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod. Daher muss der Unruhe eines sterbenden Menschen nicht unter allen Umständen und sofort entgegengesteuert oder diese medikamentös ausgeschaltet werden (Kränzle et al., 2006: 238). In dieser Phase benötigen die Angehörigen häufig die Unterstützung der Pflegenden.

#### Der Unruhe der Angehörigen begegnen

Vielen Angehörigen fehlt die Erfahrung in der Begleitung Sterbender und sie sind durch ihre Wahrnehmungen verunsichert und beunruhigt. Modellhaft vorgelebtes, ruhiges und strukturiertes Verhalten der Pflegenden ordnet das Chaos im Erleben der Angehörigen, vermittelt Vertrauen und Sicherheit. Die Spannung der Angehörigen kann so leichter nachlassen (→ **PRAXISBEISPIEL 2**, S. 10). Im Gespräch mit den Angehörigen kann die Frage nach deren Befindlichkeit den

Pflegenden Anhaltspunkte zur Einschätzung von Ursachen ihrer Unruhe geben. Diese bewegen sich von konkreten körperlichen Problemen, wie Übermüdung, über lebensorganisatorische Anforderungen, Existenz- und Verlustängste bis zum Ohnmachtsgefühl der Hilflosigkeit angesichts des Leids eines nahestehenden Menschen.

#### Selbstfürsorge stärken

Entscheidend ist die Unterstützung der Angehörigen in ihrer Selbstfürsorge. Ein angebotener Stuhl, ein Glas Wasser sind wichtige Gesten. Dabei spielt nicht die Dauer des Kontaktes zu den Angehörigen eine Rolle, sondern die Aufmerksamkeit für das, was aktuell die Not wenden könnte. Einige Angehörige zeigen sich beruhigt, wenn sie ermuntert werden, konkret etwas für den Sterbenden zu tun: z. B. die Hände massieren oder das verschwitzte Gesicht waschen. Anderen Angehörigen muss quasi „verordnet“ werden, konkret etwas für sich selber zu tun: z. B. zu essen, spazieren oder schlafen zu gehen.

Angehörigen, die gelernt haben, gut auf sich zu achten, und die eine gute Beziehung zu der ihnen nahestehenden sterbenden Person haben, können dieser in ihrer Unruhe oft eine sehr wirkungsvolle Unterstützung anbieten: eine intensive körperliche Zuwendung. Diese wird von Pankraz (2010) als „Kangarooing“ beschrieben. Bei dieser Kontaktgestaltung ruht der Sterbende mit großer Kontaktfläche am Körper des Begleitenden. Dieser intensive Körperkontakt vermindert über die gemeinsame Bewegung das Schwerkraftgefühl des Sterbenden, erleichtert ihm die Bewegung, vertieft die Atmung, vermittelt Sicherheit, Geborgenheit und beiden Kontaktpartnern eine tiefe Ruhe. ■

#### Literatur

- Knipping, C. (2007): *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Huber Verlag
- Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (2006): *Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung*. Heidelberg: Springer Verlag
- Pankraz, P. (2010): *Kangarooing bei terminaler Unruhe*. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 3/2010; Beilage. Stuttgart: Thieme Verlag
- Stähli, A. (2004): *Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege – ein Leitfaden*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Student, J.-C.; Napiwotzky, A. (2007): *Palliative Care – wahrnehmen, verstehen, schützen*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Zettel, S. (2011): *Wunden der Seele*. In: pflegen: palliative, 12: 16; Seelze: Friedrich Verlag



**ADELHEID VON HERZ**

Krankenschwester, stellvertretende  
Pflegedienstleitung Evangelisches Hospiz,  
Frankfurt/M  
a.vonherz@hospiz-frankfurt.de