

„Angst und Unruhe - störendes Symptom oder Teil des Sterbeprozesses?“

Ein Qualitätszirkel von Beate Hundt (Apothekerin) und Barbara Spandau (Palliativfachkraft)



Sterben vs. Tod

Sterben= Teil des Lebens, ein Prozess



TOD= Ende des Lebens, Abstrakt.





Ich habe keine Angst vor dem Tod-
**ICH MÖCHTE NUR NICHT DABEI SEIN, WENN ER
KOMMT!** (WOODY ALLEN)

Wichtige Kernaussagen

- Sterben ist ein multidimensionaler Prozess
- Sterben ist ein intimer Prozess
- Es gibt weder eine genaue Definition für den Beginn noch für das Ende des Sterbeprozesses.
- Es ist wichtig den Sterbeprozess noch besser zu erkennen, weil dies Auswirkungen auf medizinische, pflegerische und diagnostische Interventionen hat



4 Phasen nach Nauck

- **Rehabilitationsphase**= Monate bis Jahre
Ziel von PC gute Symptomkontrolle, bestmögliche Lebensqualität
- **Präterminalphase**= Wochen bis Monate
umfassende Schmerz- und Symptomkontrolle, Einschränkungen in der Aktivität können nicht mehr vollständig verhindert werden



4 Phasen nach Nauck

- **Terminalphase**= Tage bis Wochen
Patienten sind durch die Erkrankung weitgehend eingeschränkt. Zunehmende Schwäche und intensive Pflegebedürftigkeit sind möglich
- **Finalphase**= letzten 72 Stunden



Die Finalphase

- Ausgeprägtes bleiches oder livides Mund-Nasen-Dreieck
- Fehlender Lidschluss
- Schwacher Puls aber hohe Frequenz, RR-Abfall, Sättigung < 89%
- Cheyne-Stoke-Atmung, Schnappatmung
- Rasselatmung



Die Finalphase

- Starke motorische Unruhe, Drang zum Aufstehen oder Bewusstseinsintrübung bis zum Koma
- Kalte Extremitäten oder übermäßiges Schwitzen
- Dunkle livide Verfärbung der Körperunterseite, Hände, Knie und/oder der Füße (Marmorierung) und/oder bleiche wächserne Hautfarbe



Unruhe

- In der Finalphase sind Unruhe und Verwirrtheit oft Zeichen des nahen Todes
- Unruhe spielt als Symptom meist erst dann eine Rolle, wenn die Patienten nicht mehr klar orientiert oder nur eingeschränkt ansprechbar sind.
- Die Motorische Unruhe mit mentaler Beeinträchtigung wird in der Sterbephase als terminale Agitation bezeichnet. Diese geht oft mit Phasen von Halluzinationen und paranoiden Wahnvorstellungen einher.



Ausdrucksformen der Unruhe in der Finalphase

- Herumnesteln
- häufige Lageänderung im Bett
- Stöhnen oder Hilferufe.



Ursachen und Wirkungszusammenhänge

- Sekundäre zerebrale Störungen (von außen auf das Gehirn einwirkende Schäden), z.B. Hypoxie, Pharmaka, Leber- und Niereninsuffizienzen
- Intrakranielle Erkrankungen, z.B. hirneigene Tumoren, Metastasen
- Es kann zu Störungen des Erlebens und des Verhaltens kommen



Was ist denn Angst?

- Angst ist ein Affektzustand, bei dem eine Gefahr erwartet wird, auf die sich die Psyche bereits vorbereitet hat
- Sie kann akut und vorübergehend oder chronisch persistierend sein und mit unterschiedlicher Intensität auftreten



Ursachen für Angst im palliativen Kontext

- **Organische Ursachen:** Schmerzen Schlaflosigkeit Schwäche Lungenerkrankungen (Atemnot/Asthma) Herzerkrankungen Metabolische Entgleisung (Hyperkalzämie, Hyperthyreose, Hypoglykämie)
- **Medikamenten induzierte Ängste:** paradoxe Reaktion auf Medikamente ist möglich Bsp. Kortikosteroide, Benzodiazepine



Ursachen für Angst im palliativen Kontext

- **Seelische Ursachen:** Gedanken über Vergangenheit, Schuldgefühle, Gedanken über die Zukunft, Gedanken über die Zeit nach dem Tod
- Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, die eigene Würde zu verlieren, verletzende Situationen, Bedingungen, Zustände, Autonomieverlust, Kontrollverlust uvm.
- **Religiöse Ängste:** Hölle, Strafe, Fegefeuer



Depression oder Demoralisation

- Das depressive Syndrom ist bei schweren körperlichen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Zwei- bis Vierfache erhöht
- Depressive Störungen häufig mit Angstsyndromen vergesellschaftet
- **Aber:** Abgrenzung von manifester depressiver Erkrankung zur tiefen Trauer des Patienten schwierig



Erkennen einer Demoralistaion

- Antidepressiva wirken nicht
- Patient kann abgelenkt werden und es ist sogar möglich ihn zum Lachen zu bringen



Verlauf einer „Angststörung“

normales
Verhalten



krankhaftes
Verhalten



Krankhafte Angst

- Angst hat ihre Schutzfunktion verloren
- Situation, vor der Angst besteht, ist nicht mehr angemessen
- Beeinträchtigung der Lebensführung
- Angst schützt nicht mehr, sondern kann sogar gefährden



Vorkommen

- Angststörungen und Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen
- ca. 15% der Bevölkerung sind betroffen
- Frauen deutlich häufiger als Männer



Angststörungen

- Panikstörung
- Generalisierte Angststörung
- Soziale Phobie
- Spezifische Phobie



Körperliche Symptome

- Schweißausbrüche
- Erhöhte Anspannung
- Nervosität
- Druckgefühl über Brust und Herz
- Mundtrockenheit
- Durchfall
- Herzrhythmusstörungen
- Schlafstörungen
- Atemnot



Medikamente



Trizyklische
Antidepressiva

SSNRI

SSRI

Benzodiazepine

MAO-Hemmer



Foto: © by-studio/ Fotolia.com

Wirkstoffe für Angsterkrankungen

- **Antidepressiva:**

- tricyclische (z.B. Imipramin, Clomipramin)

- Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z.B. Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin)

- Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer:
(z.B. Venlafaxin, Duloxetin)



Wirkstoffe für Angsterkrankungen

- **Benzodiazepine:** (z.B. Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, Clonazepam)
- **diverse:** Opipramol, Buspiron, Pregabalin, Moclobemid



Wirkungseintritt:

- Benzodiazepine wirken sofort, (Akuttherapie!)
- SSRI und SNRI nach 2 -6 Wochen, Maximum erst nach weiteren 4-6 Wochen
- Pregabalin nach ca. 1 Woche



Vergleich Schmerz

akut

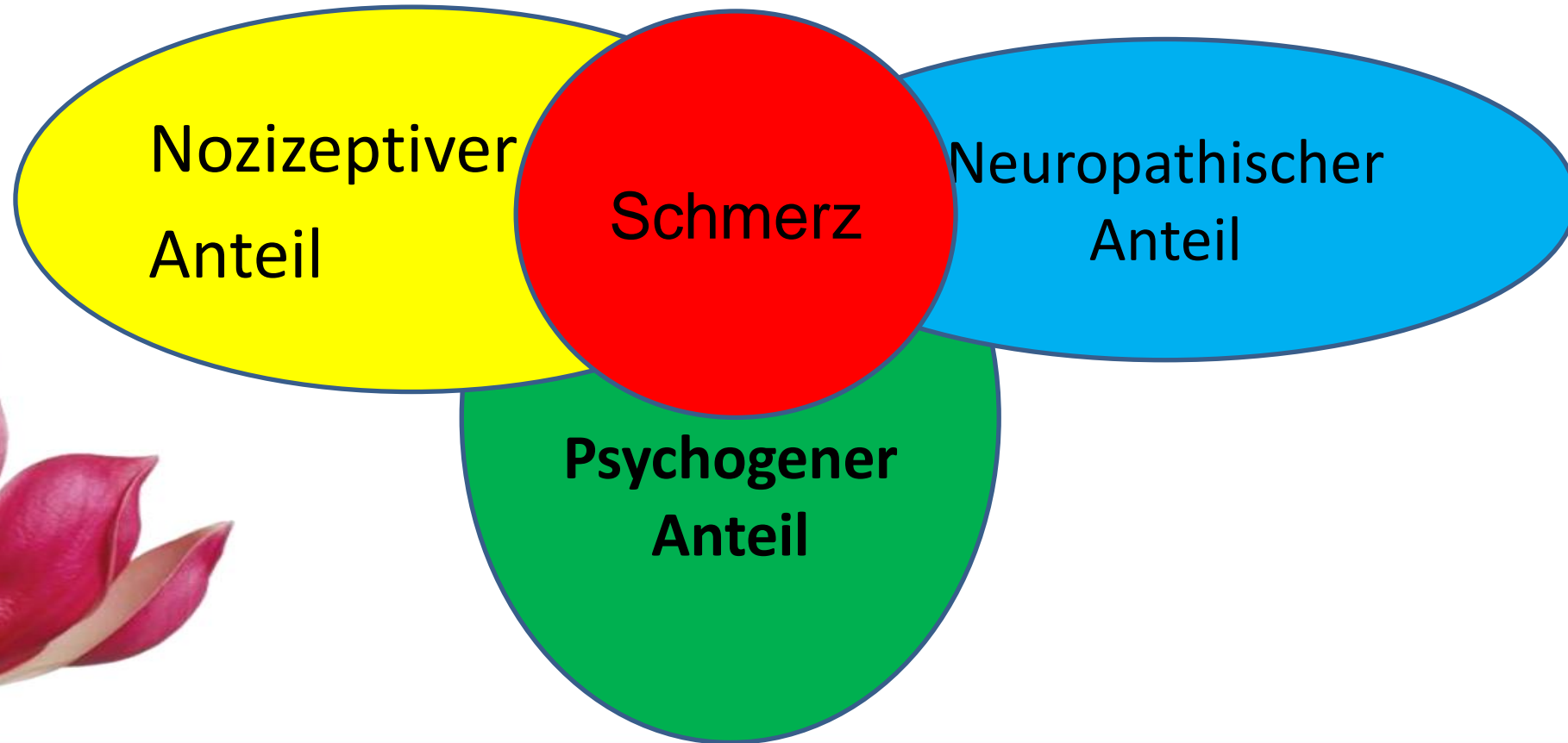
- Warnzeichen
- sinnvoll, teilweise lebenserhaltend
- Schutzfunktion

chronisch

- Schmerz, der über die Heilungszeit hinausgeht
- Keine Schutz-/Heilfunktion mehr
- wird zur „Schmerzkrankheit“



Mixed Pain



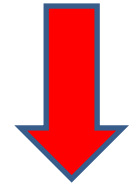
Beeinflussung der Schmerzschwelle

Erhöhung



- gute Symptomkontrolle
- Schlaf
- Empathie, Verstehen
- kreative Aktivität
- Reduktion von Angst
- verbesserte Stimmung

Erniedrigung



- Unwohlsein
- Schlaflosigkeit
- Angst
- Wut
- Traurigkeit, Depression
- soziale Isolation



Benzodiazepine

große Stoffgruppe, wirken:

- antiaggressiv und anxiolytisch
- schlafinduzierend und sedativ
- Muskel relaxierend
- reduzieren epileptische Anfälle
- teilweise paradoxe Reaktionen
- Problem: Halbwertszeiten (auch der Metabolite)



Benzodiazepine

- **Gruppe 1** - kurz wirksam: z.B. Midazolam und Alprazolam
- **Gruppe 2** – mittellang wirksam: z.B. Bromazepam
Lormetazepam, Lorazepam und Oxazepam
- **Gruppe 3** – lang wirksam: z.B. Diazepam und Flunitrazepam



Einsatzgebiete Midazolam

- oft eingesetzte Substanz in palliativer Versorgung
- wasserlöslich, im Körper Umbau in fettlösliche Form (Umverteilung ZNS)
- daher schnell und kurz wirksam: 5-10 min s.c., 2-3 min i.v.
- Wirkdauer von verschiedenen Faktoren abhängig:
Herz-/Leberfunktion, Alter



Vorteil Midazolam

gute Steuerbarkeit der Sedierung:

- reversibel möglich (z.B. bei Verbandswechsel, Lagerung)
- klassischer Einsatz als Prämedikation vor Op's
- flach (Patient noch weckbar) oder tief (narkotisch)
- gut als subcutane Dauerinfusion einsetzbar
- Bei palliativer Sedierung Mittel der Wahl



Lorazepam

- z.B. Tavor expidet[®]:
 - Wirkstoff mittellang wirksam (HWZ 10-20 h)
 - Schmelztablette ermöglicht schnellen Wirkungseintritt
 - sehr geringe Flüssigkeitsmenge (bzw. Speichel) zum Auflösen der Tablette notwendig



Angst/Atemnot

- Symptome stehen oft im Zusammenhang
- Indikation Atemnot klassisches Beispiel für „off-label-use“ von Morphin:
 - höhere Toleranz gegenüber CO₂
 - Atemantrieb am Atemzentrum sinkt
 - effektivere Atmung möglich
 - Sauerstoffverbrauch sinkt



Cannabis

Das Wundermittel auch gegen Angst?
Was hat sich überhaupt geändert?



Gesetzesänderung

- Seit dem 10. März 2017 ist in Deutschland die Verordnung von Cannabis als Medizin ohne spezifische Antragstellung möglich



Voraussetzungen zur Verordnung

- Patient leidet unter einer sogenannten „schwerwiegenden Erkrankung“
- Allgemein anerkannte, d.h. dem medizinischen Standard entsprechende Leistung steht nicht zur Verfügung oder
- Unter Abwägung der zu erwartenden ...Nebenwirkungennicht zur Anwendung kommen kann und
- Eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.....besteht



Situation bis dahin

- mehr als 1000 Sondergenehmigungen zur Selbsttherapie mit Cannabis



Hintergrund

- Cannabis eine der ältesten Kulturpflanzen
- Ausbreitung vor allem im Hinduismus und Islam (Alkoholverbot)
- Konsum verbreitet unter Künstlern, Wissenschaftlern Intellektuellen
- bis 1961 in Deutschland so gut wie unbekannt
- 1972 BTM-Gesetz tritt in Kraft



Cannabinoide

- Bis 2014 über 100 verschiedene Cannabinoide nachgewiesen
- die bekanntesten:
 - 9- Tetrahydrocannabinol (THC)
 - Cannabidiol (CBD)



Wirkung

- über körpereigenes Endocannabinoidsystem (ECS)
- ECS wird aktiviert um : zu entspannen
zu ruhen
zu schützen
zu essen



Klinische Wirksamkeit

Denkbare Indikationen

- chronischer Schmerz
- Spasmen bei MS
- Übelkeit und Erbrechen nach Chemotherapie
- Appetitsteigerung bei HIV/AIDS
- Depressionen/Psychosen
- Angst-/Schlafstörungen
- Glaukom
- Epilepsie



Verschreibungsfähig sind

- Fertigarzneimittel: Sativex[®]
Canemes[®]
- Cannabisblüten: zur Inhalation
zur Teezubereitung
- Cannabisextrakt
- Rezepturzubereitungen: ölige Dronabinol Tropfen/
Dronabinol Kps.

ölige Cannabidiol-Lösung
ölige Cannabisölharz-Lösung

.....



Abrechnung/Erstattung

- Geregelt durch § 31 SGB V
- Genehmigung der Krankenkasse vor Beginn der Therapie notwendig:
 - Frist 3/5 (bei MDK Gutachten) Wochen, 3 Tage bei SAPV
 - Ablehnung nur in begründeten Ausnahmefällen
 - gilt auch für Fertigarzneimittel bei off-label-use



Pflegerische Interventionsmöglichkeiten

- Kontaktatmung
 - Atemstimulierende Einreibung
 - 5-Stern-Massage
 - Mundpflege
 - Häufige kleine Lagewechsel= Micro-Lagerung
 - Musik, Snoezelen
- => Grundlage=Biographiearbeit**



Was können die Betreuenden noch tun?

- Mit dem Sterbenden sprechen: Danken, kläre, vergeben
- Sterbenden die Erlaubnis „des gehen Dürfens“ erteilen
- Schauen, was noch fehlen könnte, was der Sterbende noch braucht. Bsp. Besuch vom Sohn
- Licht nicht ganz ausschalten
- Türen offen lassen, evtl. das Fenster öffnen



Gefahren der ausgeprägten Unruhe in der Sterbesituation

- Stürze und Verletzungen
- Überlastung des betreuenden Teams
- Gefühle der Hilflosigkeit und Überforderung
- Entstehung von starken Gefühlen wie Wut



Möglichkeiten für die Betreuenden

- Auszeiten einplanen
- Auf eigenen Atemrhythmus achten und nicht „mit atmen“
- Für eigene Bedürfnisse sorgen:
Zimmertemperatur, Hunger und Durst usw.
- Handschmeichler oder ähnliches, das einem selber Ruhe und Kraft gibt
- Eigene Grenzen auch ansprechen



Fazit

- Schwerwiegendes, oft unterschätztes Symptom
- Betrifft immer Sterbenden und das System
- Kann die gesamte Umgebung an die Grenzen der Belastbarkeit bringen
- Unruhe ist aber auch konstruktiv und unerlässlich für den sterbenden Menschen im Prozess des Abschiednehmens
- Häufig Ausdruck des nahen Sterbens
- Es muss nicht unter allen Umständen und sofortmedikamentös entgegengesteuert werden!





**VIELEN DANK FÜR DIE
AUFMERKSAMKEIT**

Literaturnachweise

- Palliative Care 5.Auflage (Springer-Verlag)
- Eigene Folien und Unterrichtsmaterial
- Internetrecherche

