

Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung	2
2.	Zielgruppe.....	2
3.	Definition.....	2
4.	Ursache von Angst in der Palliative Care	3
5.	Mögliche Symptome von Angst.....	4
6.	Entscheidungsfindung.....	5
7.	Interventionsvorschläge bei Angst in der Palliative Care	6
8.	Angst in der terminalen Phase	10
9.	Dokumentation.....	10
10.	Querverweise.....	11
11.	Literatur	11
12.	Autoren	13

1. Zielsetzung

- Die Pflegefachpersonen erkennen und erfassen Angst und wenden die nötigen Interventionen individuell an.
- Der Patient erhält Linderung der Angst.
- Der Patient äussert sich in Bezug auf seine Angst und deren Einfluss auf seine Lebensqualität.

2. Zielgruppe

Palliativ-Patienten mit Angst

3. Definition

Angst kommt von dem lateinischen Begriff „angustus“ und dem englischen „anxiety“. Dies bedeutet Enge oder Beklemmung. Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2002) definiert die Pflegediagnose Angst als: „unbestimmtes, unsicheres Gefühl des Unwohlseins oder der Bedrohung, dessen Ursache für die betroffene Person oft unspezifisch oder unbekannt ist, begleitet von einer autonomen Reaktion; ein Gefühl des Besorgtseins verursacht durch die Vorwegnahme einer drohenden Gefahr. Es ist ein alarmierendes Signal, das vor einer kommenden Gefahr warnt und es der Person erlaubt, Massnahmen zum Umgang mit der Bedrohung zu ergreifen.“ Die Intensität von Angst wird eingeteilt in mild, gemässigt, stark oder Panik.

Furcht ist eine Emotion, welche sich auf eine reale oder vorausgeahnte Gefahr bezieht ausgehend von einer Situation oder einem Objekt. Furcht und Angst sind gesunde, lebensnotwendige Emotionen, welche die Wahrnehmung einer Bedrohung begleiten und so zu einer Überprüfung dieser Bedrohung und des Verhaltens führen im Sinne einer Bewältigung oder Anpassung. Furcht wird immer zusammen mit Angstgefühlen erlebt, so dass im folgenden Text im Sinne einer Vereinfachung nur noch Angst erwähnt wird. Panik ist ein Ausdruck intensivster Angst.

Angst tritt in palliativen Situationen häufig auf. Bis zu 77% der palliativen Patienten können unter Angst leiden. Die Ursachen dafür sind vielfältig und oft liegen mehrere Gründe vor. In der Palliative Care ist Angst selten ein isoliertes Symptom, häufig zeigt sich Angst im Zusammenhang mit anderen Symptomen und ist deshalb schwierig zu erkennen. Deshalb sollte bei Patienten, deren Symptome auf eine adäquate Therapie nicht ansprechen, immer an Angst als Mitursache gedacht werden. In einigen Fällen tritt Angst als Begleiterscheinung einer Depression, einer Angsterkrankung mit Panikattacken oder einer Zwangsstörung auf. Die Übergänge von dem Symptom Angst zur Angst als eigenständige Erkrankung (reale Ängste versus neurotische Ängste) können fließend sein. Das Betreuungsteam sollte darauf achten.

Angst gehört in bestimmten Ausmassen zum Leben, jedoch kann ausgeprägte Angst grosses Leiden bei Patienten und Angehörigen verursachen oder vergrössern. Weiter kann Angst die Belastbarkeit von Patienten vermindern, ihre Anpassung an die veränderte Situation erschweren, ihre Beziehungen belasten und ihre Entwicklung behindern. Ebenso kann Angst die Sicht auf das Leben einschränken, da die Patienten nur noch auf den Angstinhalt fokussiert sind und andere Lebensinhalte in den Hintergrund rücken (Trichterblick). Die Lebensqualität von den Patienten und ihren Angehörigen kann

durch Angst eingeschränkt werden. Falls ein Patient unter seinen Angstgefühlen leidet, sollte er unterstützt und behandelt werden.

Angehörige leiden in diesen Situationen ebenfalls unter verschiedenen Ängsten. In der Empfehlung „Angehörigenbetreuung in der Palliative Care“ sind verschiedene Interventionsvorschläge zum Thema Angst und Angehörige beschrieben ([IT- 3245](#)).

4. Ursache von Angst in der Palliative Care

Da Angst ein multidimensionales Symptom ist, gibt es verschiedene Ursachen bei palliativen Patienten.

Auslöser im körperlichen Bereich

- Körperliche Symptome (z.B. Dyspnoe, Schmerzen oder Nausea)
- Kardiovaskuläre (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Arrhythmien), pulmonale (Lungentumore oder Metastasen, COPD, Lungenembolie oder Asthma), endokrinologische (Hypo- oder Hyperthyreose), metabolische (Hypoglykämie, Hyperkaliämie, Hyponatriämie) oder neurologische (chronisch degenerativ, Tumore/Metastasen) Erkrankungen
- Medikamente und deren Nebenwirkungen (z.B. Kortikosteroide oder Anticholinergika)
- Delir oder delirante Zustände
- Abruptes Absetzen oder Entzug verschiedener Substanzen wie beispielsweise Alkohol, Nikotin, Benzodiazepine, Antikonvulsiva oder Sedativa

Auslöser im psychischen Bereich

- Existentielle Angst/Bedrohung
- Konfrontation mit Sterben und Tod
- Todesangst
- Bedrohung oder Veränderung des Gesundheitszustandes, der Rollenfunktion, der Umgebung, der Interaktionsmuster und/oder des sozioökonomischen Status (Bedrohung des Selbstkonzepts)
- Kontrollverlust durch Verlust der Selbstkontrolle oder Kontrolle über Situation durch Abhängigkeit
- Mangelhafte Informationen zum Procedere, Krankheiten, Symptommanagement usw.
- Zwischenmenschliche Übertragung der Angst (kann auch durch Pflegefachpersonal geschehen)
- Ungewissheit betreffend physischer, psychischer, geistiger und sozialer Integrität
- Progredienzangst (Angst vor dem Fortschreiten oder der Ausbreitung der Krankheit)
- Angst, die auf ein Ziel gerichtet ist (Chemotherapie, medizinische Prozedur, körperliche Entstellung, Verlust von Lebensqualität)

Auslöser im sozialen Bereich

- Probleme mit den Angehörigen
- Sorgen um die Angehörigen
- Probleme am Arbeitsplatz
- Soziale Isolation
- Finanzielle Sorgen

Auslöser im spirituellen Bereich

- Unbewusster Konflikt über grundsätzliche Werte, Glaubensfragen und Lebenssinn
- Gefühl der Sinnlosigkeit des eigenen Lebens
- Angst vor dem Jenseits
- Angst, den eigenen Lebensentwurf nicht mehr sinnvoll zu Ende gestalten zu können

5. Mögliche Symptome von Angst

Physiologische Ebene

Anspannung, Mundtrockenheit, Schweissausbrüche, Engegefühl in der Brust- und Herzgegend, Tachykardie, Zittern, Schwäche, Schwitzen, Nausea, Harnverhalt oder -drang, Muskelkrämpfe, Inappetenz, Probleme beim Magen-Darm-Trakt, Schlafstörungen, erweiterte Pupillen, Dyspnoe, erhöhte Schmerzwahrnehmung und/oder gesteigerter Bewegungsdrang

Verhaltensebene

Fight- oder Flight Reaktion, Unsicherheit, Besorgnis, Aggressionen, Depressionen, Unzulänglichkeit, Nervosität, Agitation, Gereiztheit, Sorgen, Angst, Furcht, ängstliche Ahnungen, Konzentrationsschwäche, Denkblockaden, Gedankenreisen, Misstrauen, wiederholtes Fragen, Vergesslichkeit, fehlende Fähigkeit sich zu entspannen, verminderte Aufmerksamkeit, Hoffnungslosigkeit und/oder Furchtlosigkeit

6. Entscheidungsfindung

Angst kann die Lebensqualität der Patienten stark einschränken. Daher erfordert es vom Betreuungsteam eine hohe Aufmerksamkeit und ein regelmässiges Nachfragen, da dieses Symptom oft nicht von den Patienten erwähnt wird.

Zur Erfassung von psychosozialen Symptomen gibt es grundsätzlich drei Informationsquellen; die Betroffenen, die Einschätzung von Professionellen sowie Dritte wie beispielsweise Angehörige. Die Erfassung von Angst ist häufig erschwert, da Angst als Emotion sich im zeitlichen Verlauf und aufgrund der vielfältigen Ursachen rasch verändern kann. Des Weiteren kann Angst sowohl adaptiv wie auch maladaptiv sein und jederzeit von einem Bereich in den anderen wechseln. Auch kann Scham und Verleugnung das Erfassen von Angst erschweren.

Eine Möglichkeit der Erfassung der Angst besteht aus dem Beobachten des Patienten. Des Weiteren kann durch gezieltes Beobachten auf sein Verhalten und seine Reaktionen, welche bei Angst auftreten können, Angst bemerkt werden. Durch das Gespräch mit den Patienten kann Angst ebenfalls erfasst werden. Eine umfassende bio-psycho-soziale-spirituelle Anamnese sollte durchgeführt werden. Anfangs sollte nach Angst indirekt gefragt werden. Danach können folgende Fragen als Gesprächsleitfaden gestellt werden:

- Wie ist das für Sie, mit dieser Angst zu leben?
- Wie gehen Sie mit dieser Angst um?
- Wie beeinflusst die Angst ihren konkreten Alltag?
- Was bedeutet das für ihre Angehörigen?
- Wie können wir Ihnen im Moment am besten helfen im Umgang mit ihrer Angst?

Eine patientenzentrierte Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen ist die unverzichtbare Voraussetzung für eine umfassende Behandlung. Das Ansprechen und Besprechen der Angst kann beim Patienten und seinen Angehörigen entlastend wirken. Mit den Angehörigen können, im Einverständnis der Patienten, ebenfalls Gespräche geführt werden. Dabei kann besprochen werden, wie die Angehörigen den Patienten erleben und nach ihren Hoffnungen, Zielen, eigenen Ängsten und deren Bewältigungsmechanismen gefragt werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Erfassung von Angst ist der Austausch und das Gespräch im interprofessionellen Team.

Assessment

Zur Erfassung der Angst gehört die regelmässige Erfassung durch Nachfragen. Angst kann anhand der visuellen Analogskala (VAS) in ihrer Intensität erfasst werden. Ein Assessmentinstrument ist der Distress–Thermometer, bei welchem unter anderem nach emotionalen Problemen wie Angst gefragt wird.

7. Interventionsvorschläge bei Angst in der Palliative Care

Allgemeine Interventionen

Eine klare verbale und nonverbale (Mimik und Gestik) Kommunikation sowie eine vertrauensvolle Beziehung sind die Grundlagen für einen professionellen Umgang mit Angst und deren Bewältigung.

- „Da bleiben“, sich Zeit nehmen, zuzuhören und Vertrauen entwickeln, können Angst mildern
- Das Gespräch mit dem Patienten über die Angst ist wichtig. Angst kann durch Zuhören, Benennen und Besprechen schon gelindert werden, ebenso die Thematisierung und Einordnung der Angst im interprofessionellen Team
- Die Aktivierung der Ressourcen/Bewältigungsmechanismen ermöglicht eine Linderung der Angst. Dadurch kann Stress reduziert werden, sowie höhere kognitive und emotionale Flexibilität erzielt werden und dadurch die Resilienz gestärkt werden
- Durch regelmässige Informationsgespräche und Beratungsgespräche werden die Patienten mit ihren Angehörigen aufgeklärt. Dies kann die Angst vor der ungewissen Zukunft lindern
- Eine erfolgreiche Symptomkontrolle (wie bei Dyspnoe, Schmerzen, Nausea usw.)
- Angstreaktionen im eigenen Körper bewusst wahrnehmen, denn Angst kann ansteckend wirken (ruhig bleiben)
- Ggf. Licht in der Nacht anlassen
- Rituale helfen, den Alltag zu strukturieren und vermitteln ein Stück Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit

Die Behandlung der Angst sollte je nach Ursache der Angst erfolgen. Häufig ist die Angst durch verschiedene Ursachen gleichzeitig bedingt, was die Wahl der Therapie erschwert.

Komplementäre Interventionen

Aromaanwendung bei Angst

Aromaanwendung

Die kontrollierte und bewusste Anwendung von ätherischen Ölen in der Pflege soll der Verbesserung des Allgemeinzustandes des Patienten und seinen Wohlbefinden dienen.

Allgemeine Hinweise

- Ätherische Öle dürfen nur im Einverständnis des Patienten und/oder seinen Angehörigen angewendet werden. Bei der Pflegeanamnese werden die Patienten über die Möglichkeit der Anwendung von ätherischen Ölen informiert. Die Patienten werden jeweils gefragt, ob sie deren Anwendung wünschen.
- Bei der ersten Anwendung werden 1 Tropfen ätherisches Öl auf die Innenseite des Unterarms aufgetragen. Nach 30 Minuten wird geprüft, ob eine Unverträglichkeit oder Allergie auftritt (Ist die Stelle gerötet, fühlt sich warm an oder juckend?). Bei Patienten, welche zu allergischen Reaktionen neigen, ist die Aromapflege nur mit einem vorherigen Verträglichkeitstest anzuwenden.

- Bei Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen (wie COPD, Asthma bronchiale etc.) und Epilepsie oder Patientinnen mit Tumoren, welche Östrogen produzieren, ist die Anwendung der Aromapflege verboten.
- Bei Patienten mit Hirndrucksymptomatik (erhöhter Hirndruck, Hirntumor, Hirnödem, Hirnblutung etc.) dürfen die ätherischen Öle Fenchel, Pfefferminze, Rosmarin nicht angewendet werden.
- Bei bewusstlosen oder somnolenten Patienten sollen ätherische Öle nur nach Absprache und im Einverständnis mit den Angehörigen angewendet werden. Nach der Anwendung unbedingt nonverbale Reaktionen beobachten und die Wirkung entsprechend dokumentieren.
- Jedes ätherische Öl muss mit dem Datum der Erstentnahme versehen sein. Die ätherischen Öle haben unterschiedliche Haltbarkeiten (Zitrusöle 6 Monate, alle anderen 1 Jahr). Im Falle einer Veränderung (zähflüssiger/harziger) des ätherischen Öls, sollte es nicht mehr verwendet werden, auch wenn das Verfallsdatum noch nicht abgelaufen ist.

Einreibung

Die sanften Berührungen bei einer Einreibung können entspannend und wohltuend wirken. Durch das Beifügen eines passenden ätherischen Öls wird die Wirkung der Einreibung verstärkt und nachhaltiger.

Dosierung: 4 Tropfen ätherisches Öl in 10ml Mandelöl in einen sterilen Becher geben (2% Mischung).

Haltbarkeit: Die ätherische Ölmischung ist maximal sechs Wochen haltbar.

Häufigkeit: 1-3 Anwendungen pro Tag

Nachbereitung: Circa 30 Minuten Nachruhen ist zu empfehlen.

Beschriftung: Der sterile Becher wird mit den ausgewählten ätherischen Ölen sowie dem Datum beschriftet.

Keine Anwendung auf betroffenen Hautareale:

- Bei Hauterkrankungen / Wunden
- Vor, während und nach einer Radiotherapie
- Patienten mit einer Neutropenie
- Patienten mit invasiven Medizinprodukten (Beispiel: Katheter, Sonden, Tracheotomien usw.)

Papiertaschentuch/Kompresse/Waschlappen

Dosierung: 1-2 Tropfen ätherisches Öl unverdünnt auf ein Papiertaschentuch / unsterile Kompresse / Waschlappen träufeln und in unmittelbarer Nähe des Kopfes legen.

Häufigkeit: Diese Aromaanwendung kann mehrmals täglich angewendet werden, nach 24 Stunden wird das Material entsorgt bzw. versorgt.

Riechstift

Anwendung: Die Farbe des Riechstiftes ist individuell wählbar und ist für den Einmalgebrauch vorgesehen. Der Riechstift soll nicht nachgefüllt werden und spätestens nach einem Monat ausgewechselt werden.

Dosierung: 4-6 Tropfen ätherisches Öl senkrecht aus der Flasche auf den Wattestift tropfen lassen. Die befeuchtete Seite des Wattestiftes zeigt zur Öffnung des inneren Teils des Riechstiftes. Der Wattestift wird in den inneren Teil des Riechstiftes eingesetzt und zum sicheren Schliessen des Riechstiftes wird der Boden mit der kleinen Kunststoffkappe festgedrückt. Danach wird der Riechstift sofort verschlossen mit der Kappe, damit der Duft nicht aus dem Riechstift entweicht.

Raumbeduftung

Dosierung: 4-6 Tropfen ätherisches Öl

Anwendung: Frotteetuch wird mit Wasser angefeuchtet und die ätherischen Tropfen werden darauf appliziert. Das Frotteetuch wird über den Bettbügel angebracht und täglich durch den Frühdienst gewechselt.

Bei Angst kann eine Einreibung aus 1 Tropfen Weihrauch, Kamille und Rose in 10ml Mandelöl angewendet werden. Die Mischung kann auf die Fusssohlen verteilt werden oder auch auf eine Kompresse gegeben werden, um zu Inhalieren.

Weitere ätherische Öle wie Neroli, Lavendel, Rose, Kamille oder Weihrauch wirken ebenfalls angstlösend (Anwendung durch Einreibung, Inhalation durch Riechstift, Papiertaschentuch, Kompresse oder Waschlappen sowie Raumbeduftung)

Entspannungsübungen

Durch Entspannungsübungen entspannt sich die Muskulatur und auch eine seelische Entspannung mit Beruhigung entsteht. Dadurch können Ängste reduziert werden. Die Pflegefachpersonen können die Patienten anleiten oder sie befähigen, selbst Entspannungsübungen vorzunehmen. Dabei behilflich können CD's sein. Es kann beispielsweise progressive Muskelentspannung, autogenes Training oder Meditation durchgeführt werden.

Durch das Fersenhalten kann der Patient zur Ruhe kommen. Dabei steht die Pflegefachperson am Fussende und umfasst die Fersen des Patienten. Auch kann eine Nestlagerung durchgeführt werden. Durch diese umgrenzende Lagerung fühlt sich der Patient geborgen. Mit Hilfe der Basalen Stimulation kann sich der Patient ebenfalls entspannen.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Bei Angst in der Palliative Care spielt die multiprofessionelle Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Die nachfolgenden multiprofessionellen Dienste können nach Absprache mit dem Patienten involviert werden:

- Psychoonkologie/Psychotherapie
- Seelsorge
- Physiotherapie
- Musiktherapie

Medikamentöse Interventionen

Grundsätzlich muss vor jeder Verordnung geklärt werden, mit welcher Indikation und mit welchem Ziel die medikamentöse Therapie eingeleitet wird. Die Vor- und Nachteile müssen sorgfältig abgewogen werden.

Bei der folgenden Tabelle werden häufig verwendete Medikamente dargestellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verordnung der Medikamente liegt in der Verantwortung des zuständigen Arztes.

Benzodiazepine	<ul style="list-style-type: none"> • Angstlösend, sedierend, entspannend • Nebenwirkungen: Sedierung, Schläfrigkeit, Abhängigkeit
Lorazepam (Temesta®)	<ul style="list-style-type: none"> • Dosierung p.o., i.v., lingual • 1mg-weise max. 4mg/24h
Oxazepam (Seresta®)	<ul style="list-style-type: none"> • Dosierung p.o. • Leichte bis mittelschwere Angstzustände: 30-60mg täglich in mehreren Einzelgaben • Schwere Angstzustände: 45-120mg täglich in mehreren Einzeldosen • Start 1-2x15mg, danach bis zu 45-60mg/24h bei älteren Patienten
Diazepam (Valium®, Diazepam®)	<ul style="list-style-type: none"> • Dosierung p.o., rektal • Langwirksames Benzodiazepin • Initialdosis: 5-10mg. Je nach Schweregrad der Symptome beträgt die übliche Tagesdosis 5-20mg
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung von Angst, stimmungsaufhellend, psychomotorische Dämpfung oder Antriebssteigerung • Nicht abrupt absetzen • Nebenwirkungen: Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit oder gastrointestinale Nebenwirkungen wie Nausea oder Verdauungsbeschwerden
Selektiv-Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) wie Citalopram (Citalopram®)	<ul style="list-style-type: none"> • Dosierung p.o. • Initial 10mg täglich, nach einer Woche Steigerung auf 20mg täglich, Steigerung bis auf 40mg/24h
Alpha 2-Adrenozeptor-Antagonisten wie Mianserin (Tolvon®) und Mirtazepin (Remeron®)	<ul style="list-style-type: none"> • Dosierung p.o. • Tägliche Dosis von 15-45mg

Atypische Neuroleptika	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion von Agitation, psychotischen Symptome, Delir, Angst sowie Übelkeit • Bei Patienten, welche nicht auf Benzodiazepine ansprechen oder eine Kontraindikation gegen Benzodiazepine haben
Haloperidol (Haldol®)	<ul style="list-style-type: none"> • Dosierung p.o., i.v., s.c., i.m. • I.v. ohne Monitor nur bei palliativen terminalen Patienten, sonst am Monitor und in Kurzinfusion 100ml NaCl 0.9% (QT-Zeit-Verlängerung) • 0.5-1mg alle 8h • Bei terminaler Agitiertheit

8. Angst in der terminalen Phase

Ängste in der Terminalphase beziehen sich meistens auf die eigentliche Sterbephase. Dabei sind häufig bei den Patienten Wesensveränderungen zu beobachten wie beispielsweise Verwirrtheit, Aggressivität, Delirium, Zeitverlust, aber auch Abwendung, versagende Stimme und/oder ein „leerer“ Blick. Die Patienten können häufig auch eine symbolische Sprache verwenden. Weiter sind in dieser Phase häufig nicht mehr medizinische Informationen wichtig, sondern gibt es andere Dinge zu klären. Informationen und Aufklärung, Medikamente zur Symptomkontrolle sowie menschliche Nähe sind in der Terminalphase sehr wichtig. Für das Betreuungsteam ist es wichtig Vertrauen, Einfühlungsvermögen, Authentizität, Wahrhaftigkeit und aufmerksame Gespräche mit den Patienten und ihren Angehörigen zu haben.

9. Dokumentation

- Dokumentation der Interventionen in der Pflegeplanung
- Dokumentation von Beobachtungen im Pflegebericht

Folgende Pflegediagnosen sind bei Patienten mit Angst möglich:

- Angst (spezifizieren: geringe, mässige, ausgeprägte, panische): Angst in Verbindung mit einer unbekanntem, unspezifischen Bedrohung
- Todesangst: Angst in Verbindung mit Tod und Sterben
- Furcht: Angst in Verbindung mit einer erkennbaren Ursache
- Entscheidungskonflikt: Angst entsteht, weil sich ein Mensch nicht zwischen mehreren Wahlmöglichkeiten entscheiden kann. Er befürchtet, eine einmal getroffene Entscheidung könnte Nachteile und Risiken bergen
- Chronische Sorgen: Als Reaktion auf einen dauerhaften Verlust, ausgelöst durch eine Erkrankung oder Behinderung

10. Querverweise

- Angst, Pflegediagnose NANDA
- Todesangst, Pflegediagnose NANDA
- Furcht, Pflegediagnose NANDA
- Entscheidungskonflikt, Pflegediagnose NANDA
- Chronische Sorgen, Pflegediagnose NANDA

11. Literatur

- Anderson, J. & Taylor, A. (2012). Use of Complementary Therapies for Cancer Symptom Management: Results of the 2007 National Health Interview Survey. *The Journal of alternative and complementary medicine* 18(3), 1-18.
- Aulbert, E., Nauck, F., & Radbruch, L. (2012). *Lehrbuch der Palliativmedizin* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2019). *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. Abgerufen am 21. November 2019 von https://www.leitlinienprogramm.onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.0_Langversion.pdf
- BIGORIO, (2012). *Angst am Lebensende*. In: Palliative ch. (2012). Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, 04.
- Bühlmann, J. (2004). Angst. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld* (S. 81-103). Bern: Hans Huber Verlag.
- Candy, B., Jackson, K., Jones, L., Tookman, A., & King, M. (2012). Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *The Cochrane Collaboration*, 10, 1-18.
- Diegelmann, C. & Isermann, M. (2012). *Kraft in der Krise. Ressourcen gegen die Angst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Doenges, M., Moorhouse, M.F., & Geissler-Murr, A.C. (2003). *Pflegediagnosen und Massnahmen*. (3., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Eicher, M. (2008). Angst und Depression. In M. Eicher & S. Marquard (Hrsg.), *Brustkrebs* (S. 286-300). Bern: Hans Huber Verlag.
- Feichtner, A. (2014). *Lehrbuch der Palliativpflege*. (4., überarb. und erweiterte Aufl.) Wien: Facultas Verlag.
- Gerhard, S. (2014). Angst in der Palliativversorgung. In T. Hax-Schoppenhorst & A. Kussow (Hrsg.), *Das Angst- Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (S.193-209). Bern: Hans Huber Verlag.
- Haller, S., Napiwotzky, A., & Student, C. (2011). *Angst und angstbedingte Schlafstörungen*. Abgerufen am 3. Juni 2015 von www.hospiz-stuttgart.de
- Husebø, S. & Klaschik, E. (2006). *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. (4., aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kast, V. (2000). *Vom Sinn der Angst. Wie Ängste sich festsetzen und wie sie sich verwandeln lassen*. (2. Aufl.). Freiburg: Herder Verlag.

- Knipping, C. (2007). Assessment und Pflegediagnosen in der Palliative Care. In C. Knipping (Hrsg.), *Palliative Care* (2. überarb. Aufl., S101-122). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kränzle, S., Schmid, U., & Seeger, C. (2007). *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. (2., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Käppeli, S. (2017). Bedeutung der Pflegediagnostik in Palliative Care. In B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3. vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.151-156). Bern: Hogrefe Verlag.
- Knipping, C. (2017). Reflexionen zum Assessment in Palliative Care. In B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3. vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.139-150). Bern: Hogrefe Verlag.
- Künzler, A., Mamié, S., & Schürer C. (2012). *Diagnoseschock: Krebs*. Berlin: Springer Verlag.
- Lüllmann, H., Mohr, K., & Hein, L. (2014). *Taschenatlas Pharmakologie* (7., überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Löser, A. (2014). *Pflegeplanung in der Palliativpflege. Sicher und kompetent handeln*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- NANDA. (2002). *Klassifikation und Pflegediagnosen 2001-2002*. Bern: Huber.
- Nübling, G., Allmendiger, S., & Lorenz S. (2012). Drug therapy of anxiety and fear in palliative care patients with cancer or other illnesses: a systematic review. *Schmerz*, 26(5), 537-549.
- Menche, N. (Hrsg.). (2007). *PFLEGE HEUTE*. (4., überarb. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag.
- Müller-Busch, H. (2007). Vom Umgang mit Angst und Depressionen in der Palliativbetreuung. In C. Knipping (Hrsg.), *Palliative Care* (2. überarb. Aufl., S307-315). Bern: Hans Huber Verlag.
- Neuenschwander H. & Cina C. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Palliativmedizin*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Rupprecht, R. & Kellner, M. (2012). *Angststörungen. Klinik, Forschung, Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Saraga, M. & Stiefel, F. (2015) Psychiatrische Aspekte. In H. Neuenschwander & C. Cina (Hrsg.), *Handbuch Palliativmedizin* (3. vollst. überarb. Aufl., S.33-50). Bern: Hans Huber Verlag.
- Schnell, W. & Schulz, C. (2012). *Basiswissen Palliativmedizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie. (2014). *Tagungsbericht zur 11. Schweizer Fachtagung Psychoonkologie vom 10. April 2014 in Olten*. Abgerufen am 21. Juli 2015 von <http://www.psychoonkologie.ch/archiv.html>
- Stähli, A. (2004). *Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Student, J. & Napiwotzky, A. (2011). *Palliative Care. Wahrnehmen-Verstehen-Schützen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sperner–Unterweger, B. (2007). Psychopharmakotherapie bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 3 (3), 86-95
- Zimmermann, E. (2012). *Aromatherapie. Die Heilkraft ätherischer Pflanzenöle*. München: Irisiana Verlag.

12. Autoren

- Katja Leiggener in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Sandra Sieber, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/Psychoonkologische Psychotherapeutin, Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis
- Aktuelle Version angepasst durch Katja Leiggener in Zusammenarbeit mit Dr. Sandra Sieber, Dr. Catherine Mengis Bay, Sandra Franzen und Netzwerk Palliative Care Oberwallis