

### Prävention von Atemnot

- Vermeidung Volumenüberlastung der Lunge wodurch reduzierte Luftzufuhr
- Vermeidung von Angst/ Panik: frühzeitige „Übung“ an Hand des 5- Punkteplan (siehe unten)
- Atem-Physiotherapeutische Instruktionen für eine Ökonomisierung der Atmung, z. B. durch Lippenbremse oder angepasste Lagerung
- frühzeitiger Einbezug und Schulung der Angehörige für das Notfallmanagement
- rechtzeitige Anpassung der Verordnung von Herz- und/oder Niereninsuffizienzmedikation auf parenteral
- prophylaktische Verordnung des 5- Punkteplan (insbesondere Medikamente) einschliesslich Instruktion und Üben von/durch Patient/Angehörigen

### Grundvorgehen Atemnotattacke / akute Atemnot: sog. „5- Punkte-Plan“

**Ziel: Patient und Angehörige sind geschult und konnten in ruhiger Phase Erfahrung sammeln**

1. Bei Anwesenheit einer Person: versuchen, beruhigend auf den Betroffenen/ die Betroffene einzuwirken (eigene Reaktion, eigenes Atmen)
2. Aufsitzen und Arme abstützen zur Erleichterung der Atmung (Aktivierung Atemhilfsmuskulatur); Lagerung mit festen Kissen; Haltung anpassen (Kutschersitz, Stuhlstütze, etc); Lippenbremse
3. Fenster öffnen oder Ventilator anstellen, ggf. Sauerstoff- Applikation (nur nach ärztlicher Verordnung)
4. Notfallmedikamente nach ärztlicher Verordnung:

| a) Vorbestehende Opioid- Medikation   | b) keine vorbestehende Opioid-Medikation  |
|---|---|
| 1. <b>Morphin</b> s.c. oder i.v. in Reserve bis max. alle 20 min. <u>Dosierung:</u> 10% der Tagesdosis in Reserve bis max. alle 20 min.<br>2. <b>Dormicum®</b> s.c. oder i.v. bis max. alle 20 min. (immer zusammen mit Morphin verabreichen) | 1. <b>Morphium</b> s.c oder i.v. bis max alle 20 min.<br>2. <b>Dormicum®</b> s.c. oder i.v.; bis alle 20 min. (immer zusammen mit Morphin verabreichen) |
| <b>Wenn keine Besserung nach 2 Gaben:</b> Tages-/ Nachtarzt und/ oder Kontakt Palliative Care Team<br>2 50 40 oder ärztlicher Hintergrunddienst PZI   |   |

5. Ultima ratio: bei fehlender Besserung und nach vorheriger Absprache:  
Beginn kontinuierliche Opiatgabe bzw. palliative Sedation gemäss separatem Verordnungsplan (muss präventiv verordnet werden)

### Lagerung/ Körperposition bei akuter Atemnot

- Oberkörper hoch, ggf. Aufsitzen am Bettrand und
- Ellenbogen abstützen auf Tisch / Tablett / Stuhllehne / Oberschenkel („Kutschersitz“) bzw. auf „Stillkissen“

### Weitere Massnahmen ausserhalb der Atemnotattacke

- Atemstimulierende Einreibungen (z.B. Basale Stimulation®)
- Ggf. Aromastoffe oder ätherische Öle (Cave: Testen auf Verträglichkeit):  
\_\_\_\_\_ (siehe auch „[Anwendung von ätherischen Ölen in der Pflege Grundlagenpapier](#)“ der Direktion Pflege/MTT Insel Gruppe)
- Stressreduzierende Massnahmen nach individueller Vorerfahrung – betrifft auch und vor allem Coaching der Angehörigen

### Instruktion der Angehörigen

- Gemäss Notfallplan(5-Punkte-Plan) für Betroffene und Angehörige (siehe separates Blatt [Atemnot – eine Anleitung für Angehörige und Betroffene](#)). Die medikamentöse Behandlung auf diesem Blatt wird durch den Arzt ausgefüllt. Danach kann es durch den Arzt / die Pflegefachperson mit dem Patient/der Patientin und den Angehörigen weiter ausgefüllt und instruiert werden.

Falls der/die PatientIn mit „5-Punkte-Plan“ austreten soll, ist es wichtig, das Blatt anschliessend an den Hausarzt / SPITEX zu faxen / mailen, damit diese über die Massnahmen informiert ist.

### Bei Atemnot durch übermässige bronchiale Sekretion (terminale Rasselatmung)

Das Rasselgeräusch ist verursacht durch ein Lungenödem und/oder vermehrte Bronchialsekretbildung wegen des fehlenden Hustenreflexes sowie muskulärer Schwäche des Sterbenden. Oft ist dieses Symptom mehr belastend für das Umfeld als den Patienten selber (da meist zusammen mit Bewusstseinsstörung).

Patienten- und Angehörigenedukation und Begleitung der Angehörigen ist hierbei sehr wichtig (einschliesslich der Information über die Nebenwirkungen der Medikamente).

- Seitliche oder sitzende Lagerung des Patienten, evt. Unterstützung durch Physiotherapie
- Überprüfen: Einfuhr total pro 24 h? Applikationsweg? Möglicherweise Wechsel auf s.c., max. 500 ml/24 h
- nur, wenn Patient **bewusstlos und ohne Hypervolämie**:
  - o Buscopan® i.v./s.c. bis maximal 5x pro 24 h nach ärztlicher Verordnung
  - o Ggf. kontinuierlich Buscopan® in Spritzenpumpe s.c./i.v. oder in 250 ml NaCl 0.9% nach ärztlicher Verordnung
  - o Zusätzlich Buscopan® s.c. / i.v. i.R. nach ärztlicher Verordnung
- Opiode gegen Atemnot nach ärztlicher Verordnung
- Mundbefeuchtung und Mundpflege ist wichtig
- Absaugen der Mundhöhle und des oberen Teils des Rachens ist nur sinnvoll, wenn es unumgänglich erscheint. Das tiefe Absaugen verursacht oft mehr Leiden als Nutzen (z. B. regt es Schleimproduktion an)
- in dieser Situation ist die Sauerstoffzufuhr wenig sinnvoll

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das  
Palliative Care-Team (Konsiliardienst): 2 50 40

Bei der Erarbeitung dieser Standard Operating Procedure (SOP) wurde auf hohe Sorgfalt geachtet. Die vorliegende SOP basiert auf dem in der Fusszeile datierten Wissensstand. Bei den bereitgestellten Inhalten (therapeutischen Angaben, insbesondere von Heilmitteln, ihren Dosierungen und Applikationen) übernehmen die AutorInnen keine Gewähr. Die anwendenden Fachpersonen sind aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen und verpflichtet, die Verordnungen in eigener Verantwortung vorzunehmen. Die AutorInnen bitten zudem AnwenderInnen, ihnen Ungenauigkeiten und mögliche Fehler mitzuteilen. Inhalte auf unserer Webseite sind urheberrechtlich geschützt. Nichtsdestotrotz kann im Rahmen des Zitatrechts aus unseren Inhalten zitiert werden. Wir bitten Sie, folgende Zitierweise zu benutzen: Autor(en) (Jahr). Titel der SOP, Universitäres Zentrum für Palliative Care, Universitätsspital Bern Inselspital, Schweiz