

1. Definition – Symptomatik – Häufigkeit

Atemnot (altgriechisch *Dyspnoe*) ist das individuell empfundene, angstbesetzte und als lebensbedrohlich wahrgenommene Gefühl einer erschwerten Atmung. Dieses Symptom wird oft begleitet von der beklemmenden Empfindung, nicht genügend Luft zu bekommen.

Dieses Symptom stellt für alle Beteiligten (Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und das Betreuungsteam) eine starke Belastung dar.

Meist ist Luftnot oder die Vorstellung, keine Luft zu bekommen, verknüpft mit der Angst, qualvoll zu ersticken. So kann ein Teufelskreis aus Atemnot, Angst und einer Verstärkung der Atemnot entstehen und es zu einer Panikattacke kommen. Diese Situation führt dann häufig zu einer Krankenseinweisung.

Es gibt zahlreiche physische Erkrankungen, die Atemnot verursachen, wie z. B. Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Blutarmut (*Anämie*), Fieber oder starker Gewichtsverlust (*Kachexie*). Bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung kann die Atemnot sowohl durch den Tumor selbst, die onkologische Behandlung als auch durch Schwäche bedingt sein. Aber auch psychosoziale Faktoren können Atemnot auslösen bzw. verstärken, wie z. B. Angst, Einsamkeit oder Erregungszustände.

Atemnot tritt mit einer Rate von 10 bis 70 % bei fortgeschrittenen bösartigen Erkrankungen und 60 bis 100 % bei Herz- und Lungenerkrankungen wie beispielsweise Herzinsuffizienz oder chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) aufⁱ.

Im Rahmen neurodegenerativer Erkrankungen wie z. B. Demenz ist die Atemnot eines der häufigsten Symptome in der Terminalphaseⁱⁱ. Atemnot ist von allen belastenden Symptomen in den letzten Lebenstagen das häufigste. In den letzten 24 Stunden vor dem Tod leiden circa 80 % aller Sterbenden unter Atemnotⁱⁱⁱ.

2. Ziele für die Behandlung von Atemnot

Primäres Ziel aller Maßnahmen in Bezug auf das Symptom Atemnot ist die Linderung und nach Möglichkeit der Einsatz vorbeugender Maßnahmen bzgl. weiterer Atemnotattacken^{iv}. Im Vordergrund aller Handlungen steht, dass der betroffene Mensch mit seiner individuell empfundenen Atemnot ernst genommen und ihm kompetente Hilfe angeboten wird.

3. Erkennen – Erfassen – Dokumentieren

Atemnot ist, wie oben beschrieben, ein individuell empfundenes Gefühl. Die Betroffenen sind meist kurzatmig und atmen zu schnell. Dies wird auch als *Tachypnoe* bezeichnet. Atemnot kann chronisch verlaufen, aber auch akut auftreten, unter Be-

Bewohnerinnen und Bewohner

Symptom:

Atemnot

lastung aber auch in einem Zustand der Ruhe: „Dyspnoe ist das, was der Patient sagt, und nicht das, was die Betreuenden primär wahrnehmen.“^v

Menschen mit kognitiven Einschränkungen – z. B. Bewohnerinnen, die unter Demenz leiden oder auch sterbende Menschen – können die von ihnen empfundene Atemnot möglicherweise nicht gut beschreiben. Die sorgfältige Beobachtung spielt hier eine wesentliche Rolle.

Hilfreiche Beobachtungskriterien zur Erfassung der Atemnot sind:

- Atemfrequenz und Atemtiefe des Bewohners
- Atemgeräusche (z. B. pfeifend, brodelnd, ziehend)
- Veränderungen des Gesichtsausdrucks (Zeichen von Anspannung, Anstrengung)
- Bewusstseinszustand der Bewohnerin

Ein hilfreiches Instrument zur Einschätzung und Erfassung ist z. B. MIDOS (minimales Dokumentationssystem für Palliativpatienten) vgl. Erfassungsinstrument MIDOS. Hier wird auf einer Skala zwischen 0-4 das Befinden (sehr gut/ eher gut/ mittel/ eher schlecht/ sehr schlecht) und der Grad des Symptoms zwischen 0-3 (kein/ leicht/ mittel/ stark) erhoben.

Über das Befinden des Bewohners und den Grad der Symptomatik hinaus sind weitere wichtige Aspekte zu erfassen, regelmäßig zu prüfen und zu dokumentieren. Dazu gehören z. B. die verordneten Medikamente und Zusatzmedikationen, ggf. Notfallplanung sowie die Mitwirkung der eingebundenen Akteure und Netzwerkpartner.

4. Maßnahmen

Allgemein

Da die Behandlung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Bewohnern ganzheitlich angelegt ist, werden neben körperlichen auch mentale, soziale und spirituelle Dimensionen mit einbezogen. Je nach Ursache und Bedarf sollten unterschiedliche Professionen und Akteure eingebunden werden. Dazu gehören neben Haus- und Fachärzten z.B.: zusätzlich qualifizierte Palliativärzte, Palliative Care Teams, ambulante Hospizdienste sowie Psychologen, Physio- und Kunsttherapeuten und Seelsorger.

Darüber hinaus sollten die Angehörigen mit in den Blick genommen und spezifisch unterstützt werden. Das Zusammenwirken einzelner Akteure braucht eine gute Abstimmung. In der Planung des weiteren Vorgehens ist zu klären, wer für die Koordination dieser verschiedenen Dienste zuständig ist (vgl. Netzwerk).

Bewohnerinnen und Bewohner

Symptom:

Atemnot

Bei Atemnot ist es besonders wichtig, den kranken Menschen nicht allein zu lassen, Ruhe zu vermitteln und umsichtig zu handeln.

Bei Krankheitsverläufen von längerer Dauer sind folgende Behandlungen sinnvoll, um in einer akuten Atemnotattacke hilfreich sein zu können:

- Atemtherapie durch Atemtherapeuten
- Entspannungstechniken

Physio- oder Atemtherapeuten können dem Betroffenen wertvolle Übungen, Positionen und Atemkontrolltechniken zeigen, die von den Bewohnerinnen selbst durchgeführt werden können. Auf diese Weise wird ein aktiver, gestärkter Umgang mit der Atemnot vonseiten des Betroffenen gefördert. Zusätzliche Entspannungsübungen haben einen positiven Einfluss auf die Angst oder sogar Panik, die mit dem Gefühl einer erschwerten Atmung einhergeht.

Pflegerisch

Beruhigende Maßnahmen sind ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung bei Atemnot, bei der immer auch eine emotionale Komponente mitschwingt und die durch Angst oder Panik deutlich verschlimmert wird^{vi}. Die Vermittlung von Sicherheit und ein ruhiges Einwirken auf den Betroffenen stehen pflegerisch hier im Vordergrund:

- Betroffene sollen nicht allein gelassen werden und das Pflegepersonal muss jederzeit Ruhe bewahren.
- Aufgeregte Angehörige sollten ggf. durch das Personal hinaus gebeten und außerhalb des Bewohnerzimmers informiert und beruhigt werden.
- Enge Kleidung muss gelockert, unnötige Bettdecken sollten von den Pflegenden entfernt werden.
- Durch das Öffnen von Fenstern oder die Bereitstellung von Tisch- und Handventilatoren sollte für eine ausreichende Zufuhr von frischer Luft gesorgt werden.

Außerdem können weitere pflegespezifische Maßnahmen durchgeführt werden:

- Luftnot ist ein Symptom, das sich leicht überträgt, und damit auch die mit dem Symptom verbundenen Gefühle wie Hilflosigkeit und Angst. Für Pflegende ist es zentral, auf den eigenen Atemrhythmus zu achten und nicht unbewusst mit dem Atem des von Luftnot Betroffenen mitzuschwingen. Dies hilft dabei, Ruhe

Bewohnerinnen und Bewohner

Symptom:

Atemnot

zu bewahren und dieselbe zu vermitteln. Diese Handlungsregel sollte auch den Angehörigen nahegelegt werden (vgl. Abschnitt 5.).

- Pflegende sollten die Bewohnerin in atemerleichternden Positionen lagern.
- Der Oberkörper sollte durch Hochlagerung entlastet werden, beispielsweise durch Kissen oder Luftballons unter den Armen/Knien.
- Der sogenannte *Kutschersitz* kann Bewohnern Erleichterung verschaffen. Dabei ist der Oberkörper leicht vorgebeugt und die Ellenbogen werden auf die leicht gespreizten Oberschenkel aufgestützt.
- Das Einreiben mit ätherischen Ölen (beispielsweise Lavendel, Rose, Bergamotte oder Orange) wirkt beruhigend, entspannend und ausgleichend. Diese Maßnahme sollte aber nur angewendet werden, wenn sie bereits in einer Phase ohne Atemnot ausprobiert wurde^{vii}.
- Einfache Massagen an den Füßen oder Beinen lenken die Aufmerksamkeit des Betroffenen von der Region der Atemnot (im Hals und Brustkorb) ab und wirken entspannend.
- Pflegende können ggf. atemstimulierende Einreibungen anwenden (ASE, Bestandteil der basalen Stimulation). Auch diese sind vorab in Phasen ohne Atemnot auszuprobieren.

Medikamentös

Häufig haben Menschen mit kardialen oder chronisch obstruktiven Erkrankungen bronchienerweiternde Medikamente als Dosieraerosole zur Hand, nutzen die Möglichkeit der Inhalation oder greifen auf andere ihnen bekannte und im Vorfeld verordnete Medikamente zurück. Wenn diese Medikamente nicht ausreichen, um die Atemnot zu lindern und zu beheben, sind weitere symptomlindernde Medikamente erforderlich.

Dazu gehört der Einsatz von Opioiden (z. B. Morphin), die nicht nur bei Tumorerkrankungen, sondern auch bei Erkrankten mit COPD und chronischer Herzinsuffizienz empfohlen werden^{viii}. Durch die geringe Gabe von Opioiden wird die rasche, oberflächliche Atmung ruhiger, langsamer und tiefer. Zusätzlich dämpft das Opioid das subjektive Empfinden der Atemnot. Die Dosis des Opioids wird individuell verordnet. Dabei ist zu berücksichtigen, ob die Betroffenen bereits mit Opioiden vorbehandelt wurden (z.B. im Rahmen einer Schmerztherapie).

Therapieempfehlungen:

- Morphin retardiert oral 10 bis 30 mg alle zwölf Stunden als Dauertherapie, nicht für Atemnotattacken geeignet

Bewohnerinnen und Bewohner

Symptom:

Atemnot

- Morphinlösung 2,5 bis 5 mg (z. B. Morphinlösung 2 %: ein Tropfen = 1 mg) alle vier Stunden als Dauertherapie und als Bedarf bei Atemnotattacken geeignet
- Morphin subcutan (s.c.) injiziert 1 bis 5 mg alle vier Stunden als Dauertherapie und als Bedarf bei Atemnotattacken geeignet
- zusätzlich bei Bedarf Einsatz von angstlösenden Medikamenten z. B. Lorazepam 1 mg^{ix}.

Nebenwirkungen in der Behandlung mit Opioiden (vgl. Symptom Schmerz):

- Obstipation
- Übelkeit/Erbrechen
- Müdigkeit
- Harnverhalt
- Juckreiz

Notfall- und Krisensituation

Sobald im Krankheitsverlauf mit Atemnot am Lebensende gerechnet werden muss, bedarf es einer frühzeitigen Kommunikation und Planung.

Es ist sinnvoll, folgende Fragen zu klären:

- Ist der Wille/Wunsch des betroffenen Menschen im Hinblick auf medizinische Behandlung bekannt und wurde dies von seinem behandelnden Arzt dokumentiert?
- Gibt es klare Handlungsanweisungen für die Notsituation? Wen muss ich informieren? Wer kann mir unmittelbar helfen?
- Gibt es eine Bedarfsmedikation (z. B. Opiode oder Benzodiazepine)?
- Wo ist die Bedarfsmedikation deponiert (bestenfalls dosisgerecht im Zimmer)?
- Gibt es Lagerungsmaterialien zur atemunterstützenden Lagerung im Zimmer?
- Ist das gesamte Team über die Regelung in Notfallsituationen informiert und weiß, was zu tun ist?
- Sind die Angehörigen über die Möglichkeit und Folgen einer plötzlichen Atemnot informiert?

Diese Fragen sollten nicht in einer akuten Atemnotattacke diskutiert oder geregelt werden. Situationsspezifische Anweisungen, kollegiale Unterstützung sowie das Auslösen einer möglichen Notfallkette sind Maßnahmen, die Sicherheit erzeugen.

Bewohnerinnen und Bewohner

Symptom:

Atemnot

Sicherheit und Professionalität wiederum helfen dabei, Ruhe zu bewahren, die für ein umsichtiges und zielgerichtetes Handeln unerlässlich ist.

Was muss getan werden, wenn die Atemnot immer wiederkehrt?

Kommt es bei Betroffenen immer wieder zu Atemnotattacken oder wird dauerhaft das Empfinden von Luftnot beklagt, ist das bestehende Behandlungsregime zu prüfen. Die Beobachtung im Hinblick auf Atemnot auslösende oder verstärkende Handlungen (z. B. körperliche Belastungen, Ärger, Erregung) sowie die Reaktion auf symptomlindernde Medikamente (z. B. Opioide oder Benzodiazepine) haben eine hohe Bedeutung. Sie können z. B. den Einsatz einer Bedarfsmedikation vor körperlicher Belastung (z. B. vor der Ganzkörperpflege) indizieren oder aber eine Anpassung der Regelmedikation erfordern.

Damit sind die Betroffenen unter Umständen wieder in der Lage, an Aktivitäten der Wohngemeinschaft teilzuhaben.

5. Worauf besonders zu achten ist

Automatisch atmen wir schneller, wenn wir uns bei einem Menschen mit Atemnot aufhalten. Strahlt das Pflegepersonal Ruhe und Gewissheit aus und vermittelt der Betroffenen das Gefühl, deren Beschwerden verringern zu können, so kann die bestehende Atemnot bereits deutlich reduziert werden. Es ist deshalb entscheidend, auf den eigenen Atemrhythmus zu achten und nicht mit dem Atem des Betroffenen mitzuschwingen. Dies dient der eigenen Handlungsfähigkeit und einer Beruhigung aller Anwesenden.

Die oben beschriebenen Strategien zum Umgang mit Atemnot sollten auch den Angehörigen vermittelt werden. Es ist wichtig, deren Ängste wahrzunehmen und ihnen Unterstützung und Anleitung zukommen zu lassen. Das Gleiche gilt auch für Mitbewohnerinnen und -bewohner des Betroffenen, da diese sich oftmals aufgrund von Immobilität nicht selbst aus belastenden Situationen entfernen können.

Was für die Sauerstoffgabe bei Atemnot gilt

Oft ist der erste Impuls, bei Atemnot Sauerstoff zu verabreichen. In der letzten Lebensphase ist der Einsatz von Sauerstoff aber nur selten erforderlich, da die Ursache der Atemnot meist nicht Sauerstoffmangel ist. Deshalb ist der Einsatz von Sauerstoff vom Behandlungsteam kritisch zu reflektieren.

Bewohnerinnen und Bewohner

Symptom:

Atemnot

Nachteile der Sauerstoffgabe sind:

- die Austrocknung der Atemwege
- ein eingeschränkter Bewegungsradius
- Störung durch Geräusche (insbesondere bei Sauerstoff-Konzentratoren)
- Einschränkungen in der Kommunikation^x

Manche Betroffene und ihren Angehörige empfinden die Sauerstoffgabe allerdings als beruhigend. Wird aus diesem Grund Sauerstoff eingesetzt, sollte man eine Nasenbrille verwenden, da die Sauerstoffmaske häufig ein zusätzliches Beklemmungsgefühl verursacht^{xi}. Oftmals ist Luftbewegung durch (Hand-) Ventilatoren eine gute Alternative zur Sauerstoffgabe.

6. Zitierte Literatur

Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.)(2010): Leitfaden Palliative Care. 4. Auflage. München: Urban & Fischer.

Bausewein, C.; Simon, S. (2013): Atemnot und Husten bei Palliativpatienten. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 33-34, S. 563-572. E-Journal: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/110/33/m563.pdf>. Letzter Zugriff: 24.05.2015.

Becker-Ebel, J. (2012): Palliative Care in Pflegeheimen. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

DGP Leitlinien, Sektion Pflege. Atemnot. Web-Dokument: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Leitlinie_Atemnot_end.pdf. Stand: 6/2014. Letzter Zugriff: 18.5.2015.

Graf, G. (2007): Dyspnoe. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. 2. Auflage. Bern: Huber Verlag, S. 324-329.

Husebo, S., Klaschik, E. (2006): Dyspnoe. In: Ebd.: Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag, S. 276-279.

Lorenzl, S. (2010): Palliativmedizin bei neuro-degenerativen Erkrankungen. In: *Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin* 2/10, S. 32-37. E-Journal: [www.palliativ-portal.de/images/pdf/ als.pdf](http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/als.pdf). Letzter Zugriff: 24.05.2015.

Uebach, B.; Krumm, N. (2010): Bedeutung der Atemnot – Maßnahmen zur Linderung. In: *Palliativmedizin* 11(2), S.56-60. Stuttgart/New York: Thieme Verlag. E-Journal: www.thieme-connect.de/products/ejournals. Letzter Zugriff: 17.05.2015.

7. Weiterführende Literatur

Kojer, M.; Schmidl, M. (2011): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heidelberg: Springer Verlag.

Krumm, N. (2014): Luftnot – Neues oder Bewährtes? In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*. Jg. 15 (H. 2), S. 58-61.

Nagele, S.; Feichtner, A. (2012): Lehrbuch der Palliativpflege. 3. Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Schnell, M.; Schulz, C. (Hrsg.) (2012): Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg: Springer Verlag.

Anmerkung der Redaktion:

Dieser Text verzichtet zugunsten einer besseren Lesbarkeit auf geschlechterspezifische Doppelbezeichnungen. Stattdessen wurden geschlechterspezifische Begriffe abwechselnd in ihrer männlichen und weiblichen Form verwendet. Die jeweils gewählte Form bezieht sich dabei immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen zur Erfassung und Behandlung von Symptomen sind individuell den Bedürfnissen des Bewohners anzupassen und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten und ihren Dosierungen sowie Applikationen entsprechen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung dieser Handreichungen. Alle Angaben sind in eigener Verantwortung auf Richtigkeit zu überprüfen. Die angegebenen Namen von Präparaten sind beispielhaft ausgewählt. Damit ist keine Wertung und Bevorzugung gegenüber anderen Substanzen verbunden.

Trotz intensiver Bemühungen war es leider nicht bei allen Angaben möglich, den Rechtsinhaber ausfindig zu machen. Für Hinweise sind wir dankbar. Rechtsansprüche bleiben gewahrt.

ⁱ Bausewein; Simon, S. 563

ⁱⁱ Lorenzl, S. 35

ⁱⁱⁱ Husebo; Klaschik, S. 277

^{iv} vgl. hierzu die Pflegeleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Beitrag zur Atemnot)

^v Graf, S. 324

^{vi} Bausewein ; Simon, S. 565

^{vii} Uebach B., Krumm N., S. 58

^{viii} Bausewein; Simon, S. 563

^{ix} Bausewein; Roller; Voltz, S. 397

^x Becker-Ebel, S. 66

^{xi} Graf, S. 327

Stand: Mai 2015, Version 2