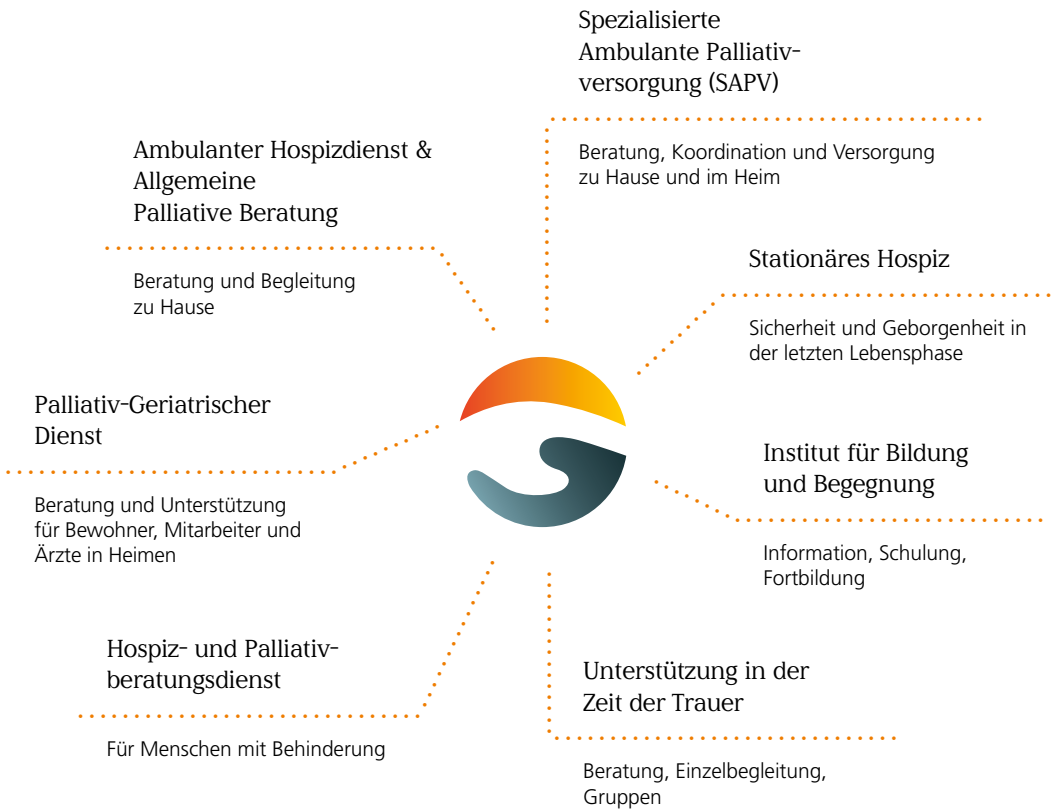


## Die Dienste und Angebote des Christophorus Hospiz Vereins auf einen Blick:

multiprofessionell – überkonfessionell – teamorientiert



Für weiterführende Informationen wenden Sie sich gern an unsere MitarbeiterInnen:

### **Christophorus Hospiz Verein e.V.**

Effnerstraße 93  
81925 München

Tel: 089 / 13 07 87-0  
Fax: 089 / 13 07 87-13

ambulant@chv.org  
**www.chv.org**

Die Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Für den Inhalt ist das Ambulante Hospiz- und Palliative Care-Team verantwortlich. Eine weitere Verwendung ist nur mit Zustimmung des Christophorus Hospiz Vereins München möglich. Stand: 08/2018  
Fotos: Mario Fichtner / iStockphoto.com (Jasmina007, kieferpix)



# Dyspnoe · Atemnot – wenn die Luft wegbleibt...

Informationen für  
Betroffene und Zugehörige

# Was ist Atemnot (Dyspnoe) und wie wird sie erlebt?

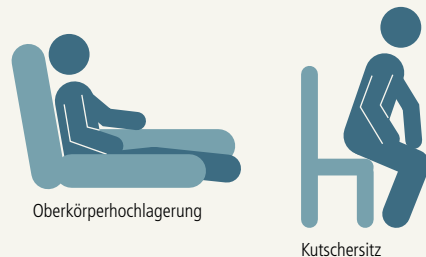
Atemnot (Dyspnoe) ist ein subjektiv empfundenes Gefühl erschwelter Atmung, welches oft mit Kurzatmigkeit, Angst und Beklemmung verbunden ist. Sie kann kontinuierlich bestehen oder akut auftreten. Atemnot hängt oft stark von emotionaler oder körperlicher Belastung ab, sie kann sich langsam, aber auch sehr schnell entwickeln.

## Mögliche Ursachen

- **krankheitsbedingt** (z.B. Herz- und Lungenerkrankungen, Tumorerkrankungen, neuromuskuläre Erkrankungen)
- **körperliche Belastung**
- **psychische Gründe** (z.B. Angst, Alleinsein, Enge, Dunkelheit)

## Nicht-medikamentöse Maßnahmen

- Betroffene bei akuter Atemnot nicht alleine lassen
- Ruhe bewahren: Hektik vermeiden, auf ruhigen Tonfall achten
- für Luftzug sorgen (Fenster öffnen, Gebrauch eines Handventilators)
- enge Kleidung lockern, leichte Bettdecken, nicht zu nah am Bett stehen
- Anpassung des Tagesrhythmus – Balance zwischen Aktivität und Pausen (Pflegehandlungen umsichtig planen, ggf. einschränken oder auch weglassen, um die Belastung für den Patienten möglichst gering zu halten)
- Einsatz von Gehhilfen (z.B. Rollator, Gehstock) oder anderen Hilfsmitteln (Toilettenstuhl, Pflegebett, Badewannenlifter)
- ggf. Einsatz von Physio- oder Atemtherapie
- „Dicke Luft“ vermeiden: Konflikte oder psychische Spannungen möglichst unterbrechen
- auf den eigenen Atem achten und möglichst gleichmäßig und entspannt atmen, da sich die Ruhe auf den Betroffenen übertragen kann
- atemerleichternde Lagerungstechniken: **Oberkörperhochlagerung** oder Anwendung des sog. **„Kutschersitzes“**



Oberkörperhochlagerung

Kutschersitz



## Medikamentöse Maßnahmen

Medikamente, die das Gefühl der Atemnot lindern, können fest als Basismedikation und/oder bei Bedarf angeordnet werden.

- **Opioide** wie z.B. Morphin sind Medikamente der ersten Wahl. Sie wirken zentral auf das Atemzentrum und bewirken eine ruhigere und tiefere Atmung.
- **Benzodiazepine** wie Lorazepam (z.B. Tavor expidet®) gelten als Medikamente der zweiten Wahl und können in Kombination mit Opioiden hilfreich sein, wenn Angst deutlich im Vordergrund steht.

## Kontrovers diskutiert: Sauerstoffgabe

Die Gabe von Sauerstoff erfolgt oftmals reflexartig. Dabei ist eine angepasste Sauerstoffgabe nur bei wenigen Krankheitsbildern wirklich medizinisch angezeigt (z.B.: COPD).

In den allermeisten Fällen hat vielmehr der erzeugte Luftzug eine positive Wirkung auf die empfundene Atemnot als der Sauerstoff. Der Luftzug kann einfach durch einen Ventilator/Handventilator hergestellt werden.

**Ferner ist zu bedenken, dass eine Sauerstofftherapie auch Nebenwirkungen birgt:**

- Austrocknung der Mund- und Nasenschleimhäute
- Einschränkung in der Beweglichkeit und Kommunikation
- Explosionsgefahr bei gleichzeitigem Rauchen
- Störung durch Geräusche (insbesondere bei O2-Konzentratoren)

**In der Sterbephase gilt im Besonderen zu beachten:**

Die meisten Menschen weisen in der Sterbephase eine Mundatmung auf. Über eine Nasenbrille verabreicht, entweicht der Sauerstoff wieder über den geöffneten Mund, führt dadurch zu einer Austrocknung der Schleimhäute und zu einer Zunahme des Durstgefühls. Viel wichtiger ist daher eine sorgfältige Mundpflege.

## Literatur:

Abernethy, A.P., McDonald, C.F., Frith, P.A., Clark, K., Herndon, J.E. 2nd & Marcello, J. et al. (2010). *Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised-controlled trial.* Lancet, 4,376 (9743), 784-93.

Bausewein, C. (2015). Respiratorische Symptome. In: C. Bausewein, S. Roller & R. Voltz (Hrsg.), *Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung*, 5. Auflage. München: Urban&Fischer.

Bausewein, C. & Simon, S. (2013). *Shortness of breath and cough in patients in palliative care.* In: Deutsches Ärzteblatt int., 110(33-34), 563-572.

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AMWF (Hrsg.). (2015). *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.* www.awmf.org/uploads/tx\_szleitlinien/128-0010U\_S3\_Palliativmedizin\_2015-07.pdf