

Kein Ansprechen auf ambulante Initialtherapie

- Erweiterte Diagnostik (wenn möglich)
- Ausschöpfen der Initialtherapie

Indikationen zur intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung:

- Persistierende oder zunehmende Hypoxämie ($\text{SaO}_2 < 92\%$)
- Hyperkapnie, Azidose (arterieller / kapillärer $\text{pH} < 7,35$)
- Falls messbar: Verschlechterung der PEF-Werte ($< 40\%$ des PBW)
- Erschöpfung
- Bewusstseinsstörung / Konfusion
- Koma oder Atemstillstand

nein

ja

Für 1-3 h: Weitergehende Therapiemaßnahmen in der Notaufnahme:

- 50-100 mg Prednisolonäquivalent i.v.
- Sauerstoff (Ziel: Sättigung: $> 94\%$)
- Ipratropium 250-500 μg + SABA vernebelt
- Ggf. Beta-2-Sympathomimetika parenteral
- Ggf. Magnesiumsulfat 2 g über 20 min i.v.

Weitergehende Therapiemaßnahmen auf der Intensivstation:

- 50-100 mg Prednisolonäquivalent i.v.
- Sauerstoff (Ziel: Sättigung: $> 94\%$)
- Ipratropium 250-500 μg + SABA vernebelt
- Ggf. Beta-2-Sympathomimetika parenteral
- Ggf. Magnesiumsulfat 2 g über 20 min i.v.
- Indikation zur Beatmung prüfen

Anhaltend (60 min. nach letzter Medikamentengabe):

- Stabilisierung des Gesamtzustandes
- Atemnot nachhaltig gebessert
- AF, HF und PEF stabilisieren sich

ja

nein

Entlassung:

- Überprüfen / Aktualisieren / Aushändigen eines individuellen Asthma-Aktionsplans
- Evaluation / Beseitigung der Risikofaktoren für den Asthmaanfall
- Schulung / Nachschulung
- Nach lebensbedrohlichem Anfall: zeitnahe, ambulante Weiterbehandlung durch einen Pneumologen

Besserung

Stationäre Behandlung

Besserung