

COPD Pocket Guide

Update

Diagnose

Prävention und Therapie

Netzwerk



Universität
Zürich^{uzh}

Institut für Epidemiologie,
Biostatistik und Prävention



KHM CMPR CMB
KOLLEGIUM FÜR HALSARZTMEDIZIN
COLLEGE DE MÉDECINE DU PREMIER RECOURS
COLLEGIO DI MEDICINA DI BASE



SGAIM SSMIG SSGIM

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine

In Zusammenarbeit mit der
Schweizerischen Gesellschaft
für Pneumologie

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT
FÜR PNEUMOLOGIE
SOCIÉTÉ SUISSE DE PNEUMOLOGIE
SOCIETÀ SVIZZERA DI PNEUMOLOGIA



Vorwort

Für ein effektives Management der COPD sind individualisierte, therapeutische Entscheidungen und eine patientenzentrierte, koordinierte Betreuung basierend auf der Beurteilung der Symptome und des Exazerbationsrisikos wichtig.

Pharmakologische und nicht pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten können die Prognose und den Verlauf der COPD günstig beeinflussen. Ein therapeutischer Nihilismus ist dabei genauso wenig gerechtfertigt wie eine inadäquate Therapie.

Die Quintessenz wichtiger Empfehlungen zu Diagnose und Management der COPD ist in Form dieses **COPD Pocket Guide Update** übersichtlich und praxistauglich aufbereitet, und soll Sie bei Ihrer täglichen Arbeit, im Sinne einer evidenzbasierten, qualitativ hochstehenden und nutzbringenden Betreuung, unterstützen.



Steurer-Stey C.
EBPI



Brutsche M.
SGP



Neuner-Jehle S.
KHM / IHAMZ



Providoli R.
SGAIM

Impressum

Autoren

Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey
Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin
Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich
Kaba Dalla Lana, dipl. Physiotherapeutin FH, PRT*
Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich

Herausgeber

Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich
Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Gestaltung

DocWorld AG

3. Auflage, Juli 2018

Elemente der erfolgreichen COPD-Betreuung

Confirm diagnosis

Diagnose sichern

Kombiniertes Assessment zur COPD-Klassifizierung	4
Fragebogen zur Objektivierung von Atemnot und Lebensqualität	5
Differentialdiagnose COPD vs. Asthma	6
Spirometrie – Beurteilung der Lungenfunktion	7

Diagnose

Optimize symptoms

Symptome mildern

Prevent deterioration

Prognose verbessern

Motivation zum Rauchstopp steigern	8
Impfungen	8
Motivation zu mehr körperlicher Aktivität	9
COPD-Basisbehandlung	10–11
Erfolgreich inhalieren	12
Behandlung von akuten Exazerbationen	13
Patientencoaching für erfolgreiches und sicheres Alltagsmanagement inklusive COPD-Aktionsplan: Besser leben mit COPD	14–15

Prävention und Therapie

Develop network

Netzwerk aufbauen und nutzen

Koordinierte, integrierte Versorgung innerhalb der medizinischen Nachbarschaft	16–17
Links	18
Referenzen	19

Netzwerk

Kombiniertes Assessment zur COPD-Klassifizierung¹

Spirometrisch bestätigte Diagnose

FEV1/FVC < 0.7 nach Bronchodilatation

Erfassung des Schweregrads der Atemwegsobstruktion

	GOLD 1	GOLD 2	GOLD 3	GOLD 4
FEV1 (% vom Sollwert)	≥80	50–79	30–49	<30

Erfassung von Symptomen/Exazerbationsrisiko

Exazerbationsanamnese

Symptome

wenig
mMRC 0–1
CAT < 10

viel
mMRC ≥ 2
CAT ≥ 10

≥ 2 Exazerbationen
oder
≥ 1 Exazerbationen, die zu einer
Hospitalisierung geführt haben

C

D

0–1 Exazerbationen
(ohne Hospitalisierung)

A

B

Die Einteilung der COPD in die Risikokategorien ABCD wird neu unabhängig von FEV1 anhand der respiratorischen Symptome und der Anzahl Exazerbationen in der Vorgeschichte gemacht. Aus dieser ABCD-Risikokategorie leitet sich die medikamentöse Therapieempfehlung ab.

Fragebogen zur Objektivierung von Atemnot und Lebensqualität^{1,2}

mMRC-Dyspnoeskala¹ (modified Medical Research Council Dyspnea Scale)

Grad | Beschreibung

0	Nie Atemnot, ausser bei starker Anstrengung
1	Atemnot beim schnellen Gehen oder beim Bergaufgehen bei leichter Steigung
2	Geht beim Gehen in der Ebene wegen Atemnot langsamer als Gleichaltrige oder benötigt bei selbst gewählter Geschwindigkeit Pausen
3	Benötigt eine Pause wegen Atemnot beim Gehen in der Ebene nach ca. 100 m oder nach einigen Minuten
4	Zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen, oder Atemnot beim An- und Ausziehen

COPD Assessment Test (CAT™)²

	Skala (Bitte ankreuzen)						Punkte
	0	1	2	3	4	5	
Ich huste nie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ich huste immer.
Ich habe keinerlei Schleim in meiner Brust.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meine Brust ist vollkommen mit Schleim gefüllt.
Ich spüre keinerlei Engegefühl im Brustbereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl im Brustbereich.
Wenn ich einen flachen Hügel oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht ausser Atem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ich einen flachen Hügel oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr ausser Atem.
Meine Aktivitäten zu Hause sind nicht eingeschränkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meine Aktivitäten zu Hause sind sehr eingeschränkt.
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung grosse Bedenken, das Haus zu verlassen.
Ich schlafe gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich schlecht.
Ich habe viel Energie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ich habe überhaupt keine Energie.

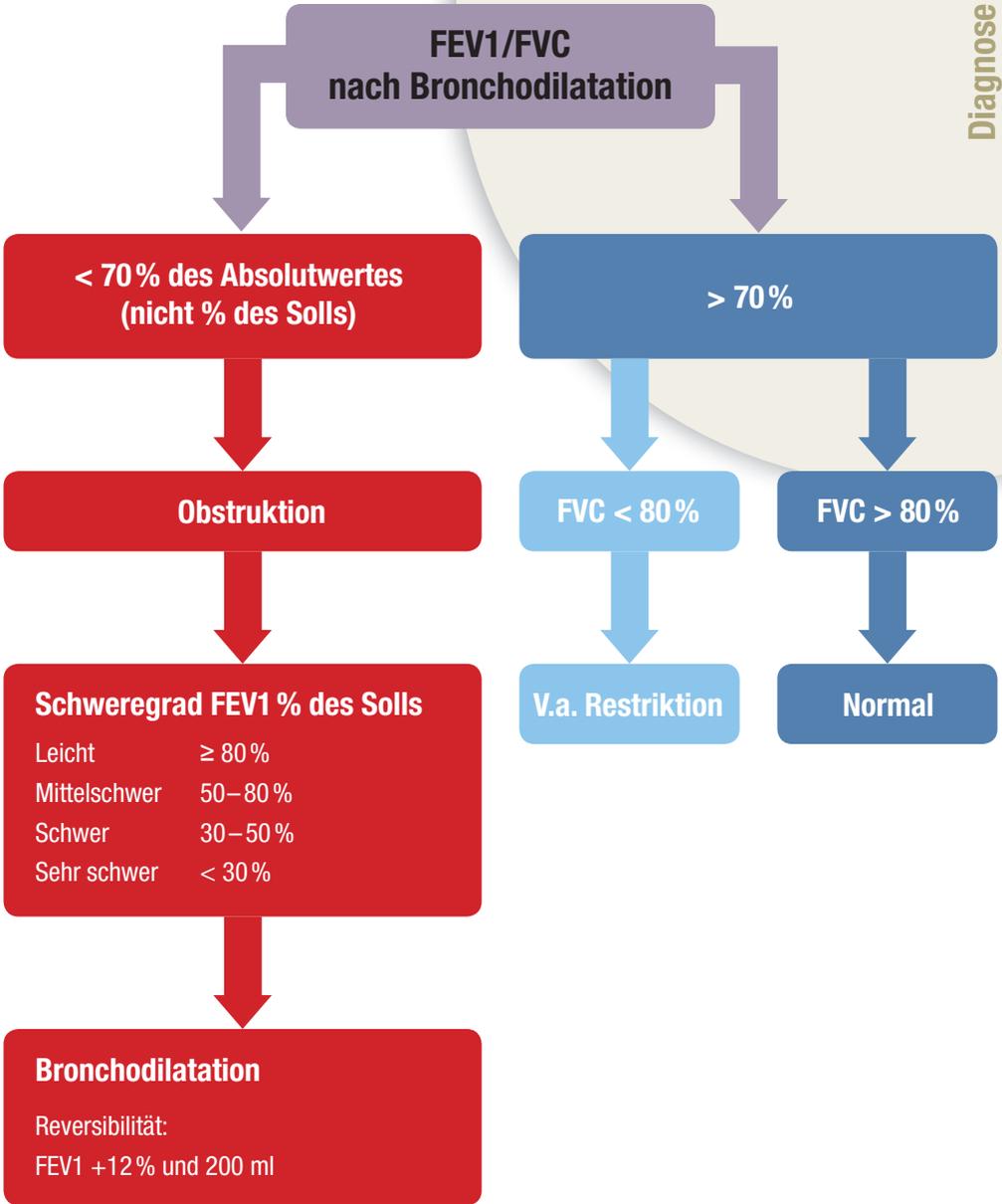
Gesamtpunktzahl CAT™

10 und mehr Punkte bedeuten vermehrte Symptombelastung.

Differentialdiagnose COPD vs. Asthma³

Merkmals	COPD	Asthma
Alter bei Erkrankung	Normalerweise > 40 Jahre	Tritt häufig bereits in der Kindheit auf, kann aber in jedem Alter einsetzen.
Symptome und Auslöser	Chronische, normalerweise persistierende Atemwegssymptome und Atemnot hervorgerufen durch eine signifikante Exposition gegenüber schädlichen Partikeln oder Gasen. Häufigste Ursache: Zigarettenrauchen.	Die Symptome (Husten, Engegefühl, pfeifende Atmung, Atemnot) variieren in Auftreten, Intensität und Dauer. Sie werden häufig ausgelöst durch virale Infekte, körperliche Betätigung, Emotionen, Staub oder Kontakt mit Allergenen.
Lungenfunktion	FEV1/FVC < 0.7 Post- Bronchodilation.	Variable Atemwegsobstruktion, mit Nachweis der Reversibilität, d.h. Zunahme FEV1 nach Bronchodilation um mindestens > 12% und 200 ml
Lungenfunktion zwischen dem Auftreten der Symptome	Anhaltende Obstruktion und Symptome.	Häufig normal.
Persönliche oder Familienanamnese	Vorgeschichte in Bezug auf schädliche Partikel und Gase (hauptsächlich Tabakrauch), COPD in der Familie erhöht das Risiko.	Häufig Allergien und Asthma in der persönlichen oder Familienanamnese.
Verlauf	Generell langsam und über Jahre progredient trotz Behandlung.	Verbessert sich häufig spontan oder unter Behandlung.
Thoraxröntgenbild	Abgeflachte Zwerchfelle, Hyperinflation und andere COPD-Veränderungen.	Üblicherweise normal.
Komorbidität	Oft weitere chronische Erkrankungen, z. B. Herzerkrankungen, Osteoporose, Diabetes, Depression.	Rhinitis, Ekzem, Reflux.
Entzündung der Atemwege	Häufig Neutrophile, aber auch andere. Die Inflammationsvorgänge haben systemische Auswirkungen.	Häufig Eosinophile, aber auch andere.

Beim Vorliegen von 3 oder mehr Merkmalen für entweder Asthma oder COPD kann ein Asthma-COPD-Overlap (ACO) vorliegen.



Motivation zum Rauchstopp steigern⁵



Kurzintervention verdoppelt die Rauchstopprate

- Rauchen Sie?
- Haben Sie daran gedacht, aufzuhören?
- Welche Vorteile könnte ein Rauchstopp haben?
- Würden Sie das Angebot einer Rauchstopp-Beratung annehmen?

Geben Sie auf einer Skala von 1–10 an, wie stark Sie daran interessiert sind, das Rauchen aufzugeben.



Impfungen^{6,7}

Das BAG und die GOLD Guidelines empfehlen die jährliche Grippeimpfung, da sie Hospitalisierungsrisiko und Mortalität reduziert.

Die Pneumovax®-Impfung (23-valent) wird wegen Reduktion von Pneumonien und Exazerbationen für COPD-Patienten ≥ 65 empfohlen. Wiederholung frühestens nach 6 Jahren.

Die Daten des 13-valenten konjugierten Impfstoffs (Prevenar®) lassen eine bessere Wirksamkeit vermuten, ist in der Schweiz aber nur für Kinder zugelassen. Falls ein Patient sich an den Kosten beteiligt, wäre eine Prevenar®-Impfung bei COPD GOLD 3 und 4 (FEV1 < 50%) eher mit den BAG-Empfehlungen konform.⁷

<https://www.bag.admin.ch>

Körperliche Aktivität ist wichtig

Körperliche Aktivität ist bei COPD-Patienten besonders wichtig. Motivieren Sie Ihre Patienten für eine ambulante pulmonale Rehabilitation. Die regelmässige körperliche Betätigung verbessert die Lebensqualität, reduziert das Hospitalisationsrisiko und verlängert das Überleben. Lassen Sie sich dazu vom Pneumologen beraten. Die akkreditierten Zentren finden Sie unter www.pneumo.ch → [Pulmonale Rehabilitation](#).

Der Sit-to-Stand-Test zeigt einfach und schnell den Trainingszustand*

Das Aufrechterhalten der körperlichen Aktivität ist ein wichtiges Ziel zur Verbesserung der Prognose. Dokumentieren Sie den Trainingszustand Ihres Patienten und motivieren Sie ihn zu körperlicher Aktivität, zum Beispiel in einer ambulanten pulmonalen Rehabilitation (Adressen siehe Seite 18). Spätestens bei Patienten, die 70% und weniger des Referenzwertes erreichen, soll eine pulmonale Rehabilitation eingeleitet werden.

1. Stuhl ohne Armlehne nehmen.
2. Patient während einer Minute so viele Male wie möglich aufstehen und absitzen lassen. Die Arme dürfen nicht zur Hilfe genommen werden. Ruheperioden sind erlaubt.
3. Die Geschwindigkeit bestimmt der Patient.
4. Die Knie sind im Stehen gestreckt und im Sitzen zu ca. 90 Grad gebeugt.
5. Die Anzahl der kompletten Wiederholungen notieren.



Referenzwerte für lungengesunde Personen⁸

Anzahl Wiederholungen in 1 Minute

Alter	Frauen	Männer
41–45 Jahre	42	45
46–50 Jahre	40	43
51–55 Jahre	36	41
56–60 Jahre	35	38
61–65 Jahre	33	35

Alter	Frauen	Männer
66–70 Jahre	31	34
71–75 Jahre	27	30
76–80 Jahre	24	28
81–85 Jahre	24	26

* Der Sit-to-Stand-Test kann alternativ zum 6-Minuten-Gehtest angewendet werden.¹¹

COPD-Basisbehandlung¹

Therapieempfehlung Patientengruppe

(wenig Exazerbationen, wenig Symptome)

A

Therapieempfehlung Patientengruppe

(wenig Exazerbationen, viele Symptome)

B

Ergänzende Massnahmen: Rauchstopp, Impfungen,

Bevorzugte Behandlung:

SAMA oder SABA

Bei ungenügender Wirkung^o: **LAMA oder LABA**

Bevorzugte Behandlung:

LAMA oder LABA

Bei ungenügender Wirkung^o: **LAMA + LABA**

^oAnhaltende Symptome und/oder weitere Exazerbation(en)

Liste der in der Schweiz erhältlichen COPD-Präparate¹²

Klasse	Produktname	Wirkstoff	Wirkeintritt	Wirkdauer	Hersteller
SABA	Bricanyl [®]	Terbutalin	5 Min.	6 Std.	AstraZeneca
	Ventolin [®]	Salbutamol	5 Min.	4 – 6 Std.	GlaxoSmithKline
SAMA	Atropair Steri-Nebs [®]	Ipratropium	15 Min.	4 – 6 Std.	Teva Pharma
	Atrovent [®]	Ipratropium	15 Min.	4 – 6 Std.	Boehringer Ingelheim
SAMA + SABA	Berodual [®]	Ipratropium/Fenoterol	15 Min.	4 – 6 Std.	Boehringer Ingelheim
	Dospir [®]	Ipratropium/Salbutamol	5 Min.	4 – 5 Std.	Boehringer Ingelheim
LAMA	Eklira [®] Genuair [®]	Acclidinium	30 Min.	12 Std.	Astra Zeneca
	Incruse [®] Ellipta [®]	Umeclidinium	15 Min.	24 Std.	GlaxoSmithKline
	Seebri [®] Breezhaler [®]	Glycopyrronium	5 Min.	24 Std.	Novartis
	Spiriva [®] HandiHaler/Respimat [®]	Tiotropium	30 Min.	24 Std.	Boehringer Ingelheim
LABA	Foradil [®]	Formoterol	5 Min.	12 Std.	Novartis
	Onbrez [®] Breezhaler [®]	Indacaterol	5 Min.	24 Std.	Novartis
	Oxis [®] Turbuhaler [®]	Formoterol	5 Min.	12 Std.	Astra Zeneca
	Serevent [®]	Salmeterol	15 Min.	12 Std.	GlaxoSmithKline
	Striverdi [®] Respimat [®]	Olodaterol	5 Min.	24 Std.	Boehringer Ingelheim

Therapieempfehlung

Patientengruppe

(häufige Exazerbationen, wenig Symptome)

C

Therapieempfehlung

Patientengruppe

(häufige Exazerbationen, viele Symptome)

D

körperliche Aktivität, Patientencoaching

Bevorzugte Behandlung:

LAMA

Bei ungenügender Wirkung^o: **LAMA + LABA**

Alternativ: LABA + ICS

Bevorzugte Behandlung:

LAMA + LABA

Alternativ: LAMA oder LABA + ICS

Bei ungenügender Wirkung^o:

LAMA + LABA + ICS[#]

- [#]Weitere Exazerbation(en): – Roflumilast bei FEV1 <50% Soll und einer chronischen Bronchitis erwägen
 – Makrolide als präventive Therapie erwägen (bei ehemaligen Rauchern)
 – Der Vorteil einer Tripeltherapie (LABA/LAMA/ICS) vs. einer LABA/LAMA Therapie kann noch nicht konklusiv beurteilt werden.

Klasse	Produktname	Wirkstoff	Wirkeintritt	Wirkdauer	Hersteller
LAMA + LABA	Anoro [®] Ellipta [®]	Vilanterol/Umeclidinium	15 Min.	24 Std.	GlaxoSmithKline
	Spiolto [®] Respimat [®]	Olodaterol/Tiotropium	5 Min.	24 Std.	Boehringer Ingelheim
	Ultibro [®] Breezhaler [®]	Indacaterol/Glycopyrronium	5 Min.	24 Std.	Novartis
LABA + ICS	Relvar [®] Ellipta [®]	Vilanterol/Fluticasonfuroat	15 Min.	24 Std.	GlaxoSmithKline
	Seretide [®]	Salmeterol/Fluticasonpropionat	15 Min.	12 Std.	GlaxoSmithKline
	Symbicort [®] Turbuhaler [®]	Formoterol/Budesonid	5 Min.	12 Std.	AstraZeneca
	Vannair TM	Formoterol/Budesonid	5 Min.	12 Std.	AstraZeneca
ICS	Budenid Steri-Nebs [®]	Budesonid			Teva Pharma
	Miflonide [®] Breezhaler [®]	Budesonid			Novartis
	Pulmicort [®] Respules [®] /Turbuhaler [®]	Budesonid			AstraZeneca
PDE4-Hemmer	Daxas [®]	Roflumilast			AstraZeneca
PDE4-Hemmer nicht-selektiv	Aminophyllin Amino	Theophyllin			Amino
	Unifyl [®] Continus [®]	Theophyllin			Mundipharma

SAMA Kurzwirksames Anticholinergikum
SABA Kurzwirksamer β_2 -Agonist
LAMA Langwirksames Anticholinergikum
LABA Langwirksamer β_2 -Agonist

LAMA + LABA Duale Bronchodilatation
ICS Inhalatives Steroid
LABA + ICS Langwirksamer β_2 -Agonist und inhalatives Steroid

Inhalation mit einem Trockenpulver-Inhalator (DPI)



Breezhaler®

Keine starke
Inspiration nötig.



Eliпта®

Mittelstarke
Inspiration
notwendig.



Diskus®

Mittelstarke
Inspiration
notwendig.
Wichtig: Nicht in
das Device atmen.



GenuairAb®

Inspirationsstärke
und Dauer gut,
wenn Klick hörbar
ist.



HandiHaler®

Starke Inspiration
nötig.



Turbuhaler®

Starke Inspiration
nötig.
Wichtig: Nicht in
das Device atmen.

1. Gerät abhängig vom verwendeten System aktivieren
2. Ausatmen
3. Mundstück in den Mund nehmen und Lippen dicht um das Mundstück schliessen
4. Abhängig vom System unterschiedlich starke Einatmung über 3–5 Sekunden
5. Atem am Ende der Einatmung 10 Sekunden anhalten
6. Gerät aus Mund entfernen
7. Ausatmen
8. Mund spülen

Inhalation mit einem Dosieraerosol (DA) und Respiamat



Dosieraerosol (Spray)

Auf Hand-Mund-Koordination
achten



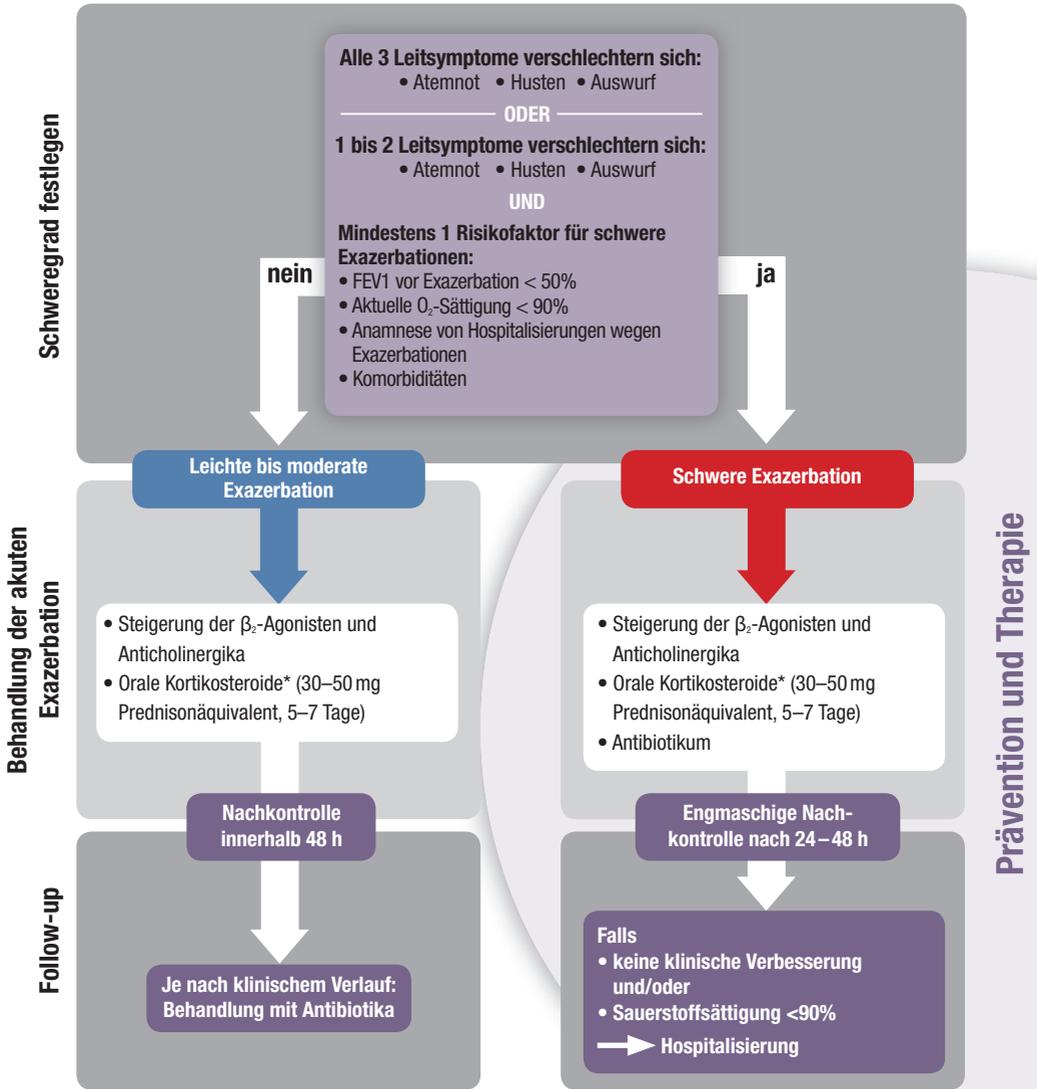
Respiamat®

Auf Hand-Mund-Koordination
achten.

Beim Respiamat befindet sich der Wirkstoff in einer Patrone. Bevor er zum ersten Mal verwendet wird, muss die Patrone eingesetzt und der Respiamat Inhaler aktiviert werden.
Der Respiamat erzeugt eine sich langsam ausbreitende und feine Sprühwolke.

1. Kappe entfernen und DA gut schütteln
2. Ausatmen
3. Mundstück in den Mund nehmen
4. Lippen dicht um das Mundstück schliessen
5. Inhaler aktivieren
6. Gleichzeitig mit der Aktivierung langsam und tief einatmen
7. Atem am Ende der Einatmung 10 Sekunden anhalten
8. Ausatmen

Behandlung von akuten Exazerbationen^{15,16}



Differentialdiagnose zu Lungenembolie und koronarer Herzkrankheit berücksichtigen!

*Kein Ausschleichen notwendig, wenn in den letzten 4 Wochen keine systemische Steroidgabe erfolgte.

Patientencoaching für erfolgreiches und sicheres Alltagsmanagement

Besser leben mit COPD¹⁷⁻²³



Coaching-Programm «Besser leben mit COPD» für Patienten

Das Patientencoaching-Programm «Besser leben mit COPD» unterstützt Sie im Coaching von COPD-Patienten. Sind Sie daran interessiert?

Unter info@pneumo.ch und www.lungenliga.ch können Sie die aktuell auf Deutsch und Französisch erhältlichen Coachingunterlagen bestellen oder auch die Kursdaten in Ihrer Region anfragen.

Das Patientencoaching mit Aktionsplan beinhaltet:

1. COPD-Wissen

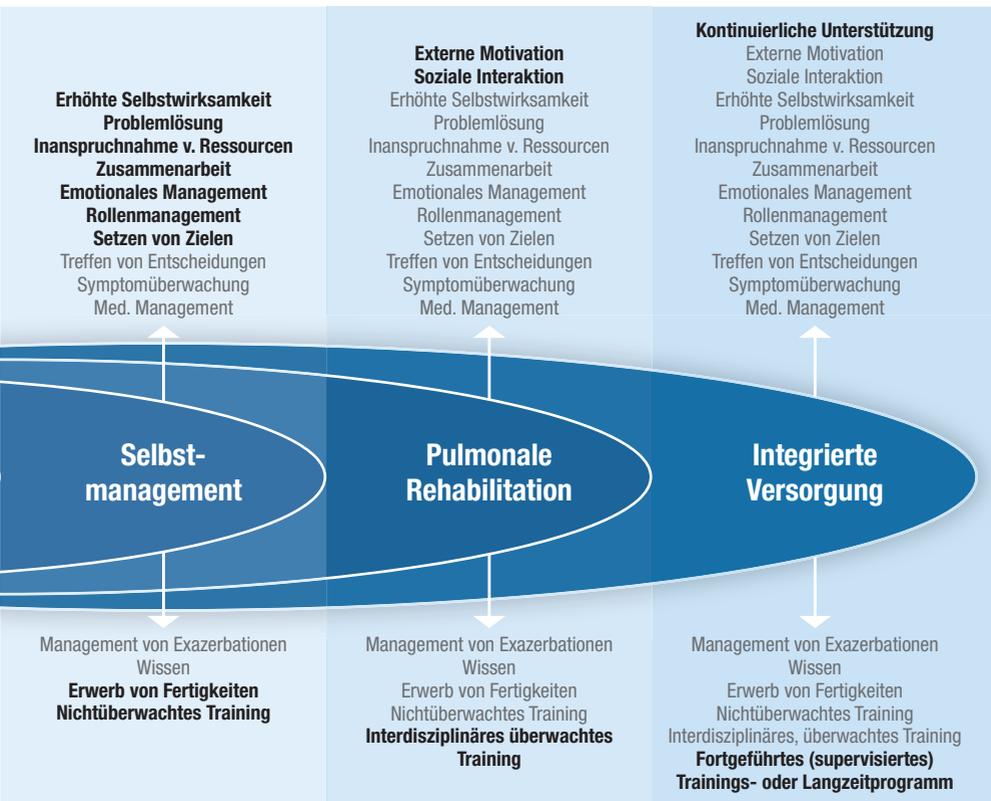
- Kennen der Ursachen und Symptome der COPD
- Kennen der Wichtigkeit des Rauchstopps
- Verstehen der Wichtigkeit des regelmäßigen körperlichen Trainings
- Kennen der verschiedenen Medikamente
- Kennen und Verstehen der Symptome einer Verschlechterung

2. Zuversicht und Motivation

- Zuversicht aufbauen, den Krankheitsverlauf auch selbst beeinflussen zu können
- Zuversicht und Motivation für den Rauchstopp aufbauen
- Motivation für regelmäßige körperliche Bewegung aufbauen

3. COPD-Kompetenzen

- Hilfreiche Atemtechniken speziell bei Anspannung und Anstrengung beherrschen
- Korrekte Inhalationstechnik beherrschen
- Verschlechterung erkennen, rechtzeitig mit dem Arzt kommunizieren
- Rechtzeitige und richtige Therapieanpassung gemäss Aktionsplan
- Strategien für einen befähigten Umgang mit der COPD im Langzeitverlauf erwerben und beibehalten



Der Gewinn für die Patienten:

- Geringere Wahrscheinlichkeit für Verschlechterungen
- Geringere Wahrscheinlichkeit für Hospitalisierungen im Rahmen einer COPD-Verschlechterung
- Schnellere Erholung bei Verschlechterungen
- Grössere Sicherheit und Zuversicht im täglichen Umgang mit den drei AHA-Leitsymptomen Atemnot, Husten und Auswurf
- Mehr Kompetenz und bessere Lebensqualität
- Tipps und Erfahrungen von erfolgreichen Ex-Rauchern
- Austausch und Lernen in der Gruppe

Adaptiert nach: Singh SJ. et al. Learn from the past and create the future: the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. Eur Respir J. 2013 Nov;42(5):1169-74.

Das **Spital** bietet folgende Dienstleistungen:

- Stationäre Behandlung der Exazerbation und der Komorbiditäten
- Rauchstopp-Beratung
- Betreuungsplan für den Patienten
- Austrittsassessment und Therapieplan
- Planung mit dem Hausarzt
- Abklärung für interventionelle und chirurgische Massnahmen

Rehazentren – Die Zentren für stationäre oder ambulante Rehabilitation bieten wichtige Unterstützung für COPD-Patienten an:

- Rauchstopp-Beratung
- Ausdauertraining
- Muskeltraining
- Patientencoaching für Alltagsmanagement
- Aktionsplan für Exazerbationsmanagement
- Ernährungstherapie
- Austrittsassessment und Therapieplan
- Planung mit dem Hausarzt
- Sauerstoffindikation und -verordnung

Die Hausarzt Das patienten medizinische

Proaktiv statt reaktiv handeln

- Frühzeitig Diagnose stellen
- Den Patienten und Angehörige im Selbst-Management mit Beratung, Patientenbroschüren sowie nützlichen Adressen und Kontakten unterstützen

Prävention & Prognose

- Rauchstopp
- Grippeimpfung
- Körperliche Aktivität
- Patientencoaching für Alltagsmanagement
- Aktionsplan für Exazerbationsmanagement

praxis: zentrierte Zuhause

Netzwerk nutzen

- Betreuungsteam für Patienten aufbauen
- «Medizinische Nachbarschaft» pflegen (Spital, Rehazentren, Pneumologen, Lungenliga und Spitex)

Medikamentöse Behandlung

- Adäquate Therapie der stabilen COPD
- Adäquate Therapie von Exazerbationen
- Berücksichtigung von Komorbiditäten und wichtigen Differentialdiagnosen

Pneumologe – Die Behandlung/ Betreuung durch den Pneumologen umfasst:

- Diagnose, Differentialdiagnose
- Rauchstopp-Beratung
- Schwere COPD-Patienten
- Ambulante und stationäre Rehabilitation
- Sauerstoffindikation und -verordnung
- Abklärung für interventionelle und chirurgische Massnahmen

Die Lungenliga hat ein grosses Angebot für COPD-Patienten:

- COPD-Risikotest
- Informationsbroschüren
- Hilfe zum Rauchstopp
- Kurse (körperliches Training, Atemsportgruppen)
- COPD-Selbsthilfegruppen
- Sauerstoff-Therapie
- Psychosoziale Unterstützung
- Beratung und Betreuung zu Hause

Netzwerk

Links

Guidelines, Formulare

<http://www.pneumo.ch/de/fachpersonen.html>

Rauchstopp

Unterstützungsangebote:

www.lungenliga.ch (Angebote der kantonalen Lungenligen)

www.rauchstopp.ch

www.smokefree.ch

www.at-schweiz.ch > Rauchstopp > Aufhörhilfen

Merkblätter / Informationen für Gesundheitsfachpersonen

Kurzintervention:

www.theipcr.org > Treat patients? > Desktop Helper 4 - Helping patients quit smoking

Elektronische Zigarette, Stellungnahme SGP:

www.pneumo.ch > Fachpersonen > Dokument E-Zigaretten - Stellungnahme der SGP und der SGPP zu E-Zigaretten

Pulmonale Rehabilitation & COPD-Coaching Kurse

Liste der akkreditierten Zentren stationär und ambulant:

www.pneumo.ch > Pulmonale Rehabilitation

Angebote der kantonalen Lungenligen:

www.lungenliga.ch

Atemphysiotherapie

Liste spezialisierter Lungen-Physiotherapeuten, geordnet nach Kantonen:

www.igptr.ch > IGPTR-KP > Ambulante pulmonale Rehabilitation > PRT TherapeutInnen

Sauerstofftankstellen

www.lungenliga.ch > Beratung & Betreuung > Sauerstoff-Tankstellen

Informationsblätter für Patienten

www.europeanlung.org > Lungenkrankheiten & Informationen > Fact Sheets

Filme zur korrekten Inhalationstechnik aller Devices

www.atemwegsliga.de > Richtig inhalieren (nur deutsch/englisch)

Selbsthilfegruppen und Erfahrungsaustauschgruppen

www.lungenliga.ch > Beratung & Betreuung > Selbsthilfe

Referenzen

- 1 The global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD: GOLD (revised 2017) www.goldcopd.org.
- 2 Jones PW et al.: Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009, 34(3):648–654.
- 3 <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- 4 Miller MR et al.: Standardisation of spirometry *Eur Respir J* 2005 26:319-338
- 5 van Eerd EA et al.: Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 20;(8):CD010744. doi:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
- 6 Walters JA et al.: Pneumococcal vaccines for preventing pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 24;1:CD001390. doi:10.1002/14651858.CD001390.pub4.
- 7 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/richtlinien-und-empfehlungen/richtlinien-empfehlungen-impfungen-prophylaxe.html>
- 8 Strassmann A et al.: Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *International J of Public Health*, Dec 2013;58;6:949–953.
- 9 McCarthy B et al.: Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 23;(2):CD003793. doi:10.1002/14651858.CD003793.pub3.
- 10 Waschki B et al.: Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. *Chest*. 2011 Aug;140(2):331-342. doi: 10.1378/chest.10-2521.
- 11 Crook S et al., STAND-UP and RIMTCORE study groups: The validation of the sit-to-stand test for COPD patients. *Eur Respir J*. 2017 Sep 20;50(3). pii: 1701506. doi:10.1183/13993003.01506-2017.
- 12 Arzneimittelinformation von Swissmedic. www.swissmedicinfo.ch
- 13 Sanchis J et al.: Systematic Review of Errors in Inhaler Use. *CHEST* 2016; 150(2):394-406
- 14 Molimard M. et al.: Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J* 2017; 49: 1601794
- 15 Leuppi JD et al.: Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013 Jun 5;309(21):2223-31. doi:10.1001/jama.2013.5023.
- 16 Vollenweider DJ et al.: Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD010257. doi:10.1002/14651858.CD010257.
- 17 Bourbeau J et al.: Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163(5):585–591.
- 18 Benzo R et al.: Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehospitalization. A Randomized Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016 Sep 15;194(6):672-80. doi:10.1164/rccm.201512-2503OC.
- 19 Howcroft M et al.: Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 19;12:CD005074. doi:10.1002/14651858.CD005074.pub4.
- 20 Effing TW et al.: Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur Respir J*. 2016 Jul;48(1):46-54. doi:10.1183/13993003.00025-2016
- 21 Lenferink A et al.: Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD011682. DOI: 10.1002/14651858.CD011682.pub2.
- 22 Steurer-Stey C et al.: Effects of the Living well with COPD intervention in primary care: a comparative study *Eur Respir J* 2018; 51: 1701375.
- 23 Singh SJ et al.: American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force on Pulmonary Rehabilitation. Learn from the past and create the future: the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. *Eur Respir J*. 2013 Nov;42(5):1169-74. doi:10.1183/09031936.00207912.
- 24 Fromer L: Implementing chronic care for COPD: planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011;6:605-14. doi:10.2147/COPD.S24692.
- 25 Ortiz G et al.: Patient-Centered Medical Home in chronic obstructive pulmonary disease. *J Multidiscip Healthc*. 2011;4:357-65. doi:10.2147/JMDH.S22811.
- 26 Casas A et al.: and members of the CHRONIC Project: Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients: *Eur Respir J*. 2006 Jul;28(1):123-30.

COPD Pocket Guide



Dieser Pocket Guide wurde durch die freundliche Unterstützung der Novartis Pharma Schweiz AG realisiert. Novartis Pharma Schweiz AG nahm keinen Einfluss auf den fachlichen Inhalt.