



# Besser leben mit COPD

## Mein Aktionsplan

Dieser Aktionsplan gehört:

---

Ausgestellt von:

Datum: \_\_\_\_\_



## Ansprechpersonen

### Zu Bürozeiten

	Vor- und Nachname	Telefonnummer
Hausarzt		
Lungenarzt		
Spital		
Andere		

### Ausserhalb der Bürozeiten und am Wochenende

	Telefonnummer
Notfalldienst	144
Spital	
Andere	

#### Hinweise für behandelnde Ärzte

Der Aktionsplan bei COPD dient zum Exazerbationsmanagement. Er zielt auf das rechtzeitige, richtige Verhalten bei einer Verschlechterung durch das Einhalten der vom behandelnden Arzt empfohlenen Massnahmen. Der Aktionsplan wird im Rahmen des Selbstmanagement-Coachings mit dem Patienten erarbeitet. Falls vom behandelnden Arzt gewünscht, wird der Aktionsplan vom jeweiligen Programm-Pneumologen ausgefüllt.

Der vorliegende Aktionsplan ist Bestandteil des Schulungsprogramms «Besser leben mit COPD», das auf dem validierten kanadischen Original-Programm «Living well with COPD» ([www.livingwellwithcopd.com](http://www.livingwellwithcopd.com)) basiert. Das Programm wurde, mit freundlicher Genehmigung des kanadischen Teams um Prof. Jean Bourbeau, für die Schweiz adaptiert und ist von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie anerkannt und empfohlen. Der Aktionsplan wurde im Rahmen des Programms «Besser leben mit COPD» der COPD Coaching-Gruppe C. Steurer-Stey, K. Dalla Lana et al. (2018) evaluiert, adaptiert und ergänzt.

**Ob und wie ein Patient mit dem Aktionsplan arbeitet, liegt in der Entscheidungskompetenz des behandelnden Arztes!**

## Bemerkungen/Ergänzungen meines Arztes

Wichtige Medikamentenunverträglichkeiten (z. B. Antibiotika...):

---

---

---

Relevante Komorbiditäten (z. B. Diabetes, koronare Herzkrankheiten...):

---

---

---

Weitere:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Ich fühle mich stabil



## Meine üblichen Symptome

**Atemnot;** ich habe Atemnot bei:

---

**Husten:**

Ja  Nein

**Auswurf:**

Ja  Nein

**Farbe des Auswurfs:**

Weiss  Andere: \_\_\_\_\_

## Meine Handlungen

- Ich vermeide Faktoren, die meine Symptome verschlechtern könnten.
- Ich plane jeden Tag im Voraus.
- Ich nehme meine Medikamente gemäss Verordnung meines Arztes.
- Ich ernähre mich ausgewogen.
- Ich trainiere regelmässig meine Atmung, Kraft und Ausdauer.

**Meine regelmässige Behandlung für die Lunge**

Medikament	Dosis	Anzahl Hübe/Tabletten	Häufigkeit

**Mein regelmässiges Training**

Training	Übung	Intensität	Häufigkeit
Atemtechnik			
Krafttraining			
Ausdauertraining			
Entspannung			

# Ich fühle mich schlechter



## Meine Symptome

Bitte beachten Sie, dass diesen Symptomen eine Erkältung oder Halsschmerzen vorausgehen diesen Symptomen vorausgehen können.

- Ich habe mehr Atemnot als üblich.
- Ich habe neu Husten oder mehr Husten als üblich.
- Ich habe neu Auswurf oder mehr Auswurf als üblich und/oder die Farbe meines Auswurfs hat sich verändert.

## Meine Handlungen

- Ich vermeide alles, was meine Symptome verschlechtern könnte.
- Ich wende meine Atemtechnik an, führe Entspannungsübungen durch und achte auf meine Körperhaltung.
- Ich plane den Tagesablauf so, dass weniger Kurzatmigkeit entsteht.
- Ich erhöhe unmittelbar die Dosis und/oder Einnahmehäufigkeit meiner bronchien-erweiternden Medikamente (Bronchodilatoren).
- Falls nach 2 Tagen keine Besserung eintritt, beginne ich zusätzlich mit der Einnahme von Kortison, melde mich bei meinem Arzt/meiner Fachperson und dokumentiere meine Handlungen auf den Seiten 8–9.
- Falls innerhalb von weiteren 2 Tagen immer noch keine Besserung eintritt, melde ich mich wieder bei meinem Arzt/meiner Fachperson und bespreche die Einnahme des Antibiotikums, das mein Arzt in Reserve verordnet hat. Falls ich im Ausland bin und/oder kein Arzt innert nützlicher Frist erreicht bzw. konsultiert werden kann, starte ich die Einnahme des Antibiotikums wie vom Arzt im Aktionsplan niedergeschrieben.

**Meine Behandlung bei einer Verschlechterung**  
Steigern/Ergänzen der Inhalation



Bronchodilatator	Dosis	Anzahl Hübe	Häufigkeit	Anzahl Tage

Falls keine Verbesserung nach: \_\_\_\_\_

**Meine erste zusätzliche medikamentöse Therapie**



Kortison	Dosis	Anzahl Tabletten	Häufigkeit	Anzahl Tage

Falls keine Verbesserung nach: \_\_\_\_\_

**Meine zweite zusätzliche medikamentöse Therapie**



Antibiotikum	Dosis	Anzahl Tabletten	Häufigkeit	Anzahl Tage

# Dokumentation der Verschlechterungen



Eine Verschlechterung der COPD zeigt sich, wenn sich mindestens eines der drei Leitsymptome – Atemnot, Husten, Auswurf – so verschlechtert, dass die übliche Veränderlichkeit, die von Tag zu Tag auftreten kann, übertroffen und eine Änderung der regulären Therapie nötig wird.

Bitte notieren Sie hier jede Verschlechterung mit Art und Datum der jeweiligen Aktionen, die Sie selber oder mit Unterstützung einer Fachperson durchgeführt haben.

	Von (Datum)	Bis (Datum)
Verschlechterung:		
Steigerung/Ergänzung der Inhalation:		
Einnahme Kortison-Tabletten:		
Einnahme Antibiotika:		
<b>Behandlung zu Hause:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Behandlung beim Arzt:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Behandlung im Spital:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>falls Ja:</b> <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		

	Von (Datum)	Bis (Datum)
Verschlechterung:		
Steigerung/Ergänzung der Inhalation:		
Einnahme Kortison-Tabletten:		
Einnahme Antibiotika:		
<b>Behandlung zu Hause:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Behandlung beim Arzt:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Behandlung im Spital:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>falls Ja:</b> <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		



	Von (Datum)	Bis (Datum)
Verschlechterung:		
Steigerung/Ergänzung der Inhalation:		
Einnahme Kortison-Tabletten:		
Einnahme Antibiotika:		

**Behandlung zu Hause:**  Ja  Nein  
**Behandlung beim Arzt:**  Ja  Nein  
**Behandlung im Spital:**  Ja  Nein **falls Ja:**  ambulant  stationär

	Von (Datum)	Bis (Datum)
Verschlechterung:		
Steigerung/Ergänzung der Inhalation:		
Einnahme Kortison-Tabletten:		
Einnahme Antibiotika:		

**Behandlung zu Hause:**  Ja  Nein  
**Behandlung beim Arzt:**  Ja  Nein  
**Behandlung im Spital:**  Ja  Nein **falls Ja:**  ambulant  stationär

	Von (Datum)	Bis (Datum)
Verschlechterung:		
Steigerung/Ergänzung der Inhalation:		
Einnahme Kortison-Tabletten:		
Einnahme Antibiotika:		

**Behandlung zu Hause:**  Ja  Nein  
**Behandlung beim Arzt:**  Ja  Nein  
**Behandlung im Spital:**  Ja  Nein **falls Ja:**  ambulant  stationär

# Ich fühle mich deutlich schlechter



## Meine Symptome

- Meine Symptome verbessern sich trotz intensiver Therapie nicht oder verschlechtern sich weiter.

## Meine Handlungen

- Ich vereinbare einen dringenden Arzttermin.
- Ausserhalb der Bürozeiten oder am Wochenende wende ich mich an den Notfalldienst.

## Kommentar des Arztes:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Ich glaube, dass mein Leben in Gefahr ist



## Meine Symptome

Jede Situation, in der ich...

- ...extreme Kurzatmigkeit verspüre.
- ...verwirrt und/oder schläfrig bin.
- ...Brustschmerzen habe.

## Meine Handlungen

- Ich wähle die Nummer 144, um eine Ambulanz anzufordern.

## Folgende Angaben sind für die Ambulanz schon am Telefon wichtig:

Vor- und Nachname:

---

Was ist mein aktuelles Problem?

---

Was ist meine Grunderkrankung?

---

Meine Adresse:

---

Mein Alter:

---

Welche Medikamente habe ich in den letzten 24 Stunden eingenommen?

---

Name und Telefon meines Hausarztes:

---

## Zuversicht für «Besser leben mit COPD» im Alltag

### Verlaufsdokumentation auf Skala von 1–10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 = sehr wenig Zuversicht; 10 = sehr grosse Zuversicht)

Füllen Sie die Tabelle zur Zuversicht mithilfe der Skala von 1–10 aus:

	<b>Vor Schulung</b>	<b>Nach Schulung</b>	<b>Nach 3 Monaten</b>	<b>Nach 6 Monaten</b>	<b>Nach 1 Jahr</b>
Falls noch Raucher, Zuversicht für Rauchstopp					
Zuversicht für korrekte Inhalationstechnik					
Zuversicht, recht- zeitig nach Ihrem Aktionsplan zu handeln					
Zuversicht/ Motivation für jährliche Grippe- impfung					
Zuversicht für kör- perliche Aktivität 2–3×/Woche					

## Verlaufsdokumentation

	<b>Vor Schulung</b>	<b>Nach Schulung</b>	<b>Nach 3 Monaten</b>	<b>Nach 6 Monaten</b>	<b>Nach 1 Jahr</b>
«1-Minuten Sitz-Steh-Test» (Anzahl) Referenzwert					
«6-Minuten- Gehtest» (Meter)					
Anzahl Trainings- einheiten/Woche					



**Verlag und Redaktion**

Lungenliga Schweiz  
Chutzenstrasse 10  
3007 Bern  
Tel. 031 378 20 50  
Fax 031 378 20 51  
info@lung.ch  
www.lungenliga.ch

**Autorinnen/Autoren der  
deutschen Überarbeitung**

- Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey,  
Fachärztin für Pneumologie und  
Innere Medizin, Institut für Epidemio-  
logie, Biostatistik und Prävention,  
Universität Zürich
- Kaba Dalla Lana, dipl. Physiothera-  
peutin FH, PRT+, Beratung für  
pulmonale Rehabilitation, Wetzikon
- Dr. med. Thomas Sigrist, Chefarzt  
Pneumologie, Klinik Barmelweid

**Konzept und Layout**

virus Ideenlabor AG, Biel

**Korrektorat**

Textraplus AG, Pfäffikon SZ

**Druck**

OK Digitaldruck AG, Zürich

September 2018/1. Auflage





**Lungenliga Schweiz**  
Chutzenstrasse 10  
3007 Bern  
Tel. 031 378 20 50  
Fax 031 378 20 51  
info@lung.ch  
www.lungenliga.ch

Spendenkonto PK 30-882-0