



Implementierung von «Chronic Care» bei Menschen mit COPD in der Schweiz

Implementing Chronic Care for Patients with COPD in Switzerland

Claudia Steurer-Stey^{1,2}

¹Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich und

²medix Gruppenpraxis, Zürich

Zusammenfassung: Ein effektives Management von Menschen mit COPD bedarf einer engen Zusammenarbeit verschiedener Dienstleister mit dem Ziel einer nicht so sehr reaktiven, sondern proaktiven, kontinuierlichen und nutzbringenden Betreuung. Eine koordinierte Implementierung der prognoseverbessernden Massnahmen und die Förderung der Kompetenz der Betroffenen sind wichtige Schlüsselemente. Dieser Artikel berichtet über Chronic-Care-Ansätze in der Behandlung und Begleitung von COPD-Betroffenen in der Schweiz.

Schlüsselwörter: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Chronic-Care-Modell, Selbstmanagement, interdisziplinäres Betreuungsteam, Betreuungskoordination

Abstract: Effective COPD disease management needs an approach that emphasizes coordinated, comprehensive care along the continuum of disease and across health care delivery systems, where patient counseling, coordination and standardization of care are key components. This article reports about COPD chronic care approaches in Switzerland.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, chronic care model, self-management, interdisciplinary care team, coordination of care

Résumé: La gestion efficace des personnes atteintes de BPCO exige une coopération étroite entre les différents prestataires de services dans le but de fournir des soins moins réactifs mais plutôt proactifs, continus et bénéfiques. Une mise en œuvre coordonnée des mesures visant à améliorer le pronostic et à promouvoir la compétence des personnes concernées sont des éléments clés importants. Cet article rend compte des approches de «soins chroniques» dans le traitement et le soutien des personnes souffrant de la BPCO en Suisse.

Mot-clés: Maladie pulmonaire obstructive chronique, modèle de soins chroniques autogestion, équipe de soins interdisciplinaire, coordination des soins

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) weist Lücken sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung auf und basiert noch zu sehr auf Akutversorgung mit z.B. reaktiver Behandlung von Exazerbationen und Komplikationen [1-3]. Die Bedürfnisse und Perspektiven der Patientinnen und Patienten sowie die Schlüsselemente für ein erfolgreiches Krankheitsmanagement werden zu wenig berücksichtigt und umgesetzt.

Effektives Krankheitsmanagement braucht einen systematischen Betreuungsansatz, der eine Versorgung gemäss «Best Practice» (Tabelle 1) verfolgt und von Nutzen für die Betroffenen und das Gesundheitssystem ist.

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

AECOPD	Acute Exacerbation of COPD
ANP	Advanced Nursing Practice
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CCM	Chronic-Care-Modell
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
EBPI UZH	Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich
LL CH	Lungenliga Schweiz
LWWCOPD	Living Well with COPD
NICCO	Nurse-led Integrated Care COPD
NCD-Strategie	Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
RPP	Rehabilitation, Patientenschulung und Palliative Care
SELF	Selbstmanagement-Förderung
SGP	Schweizer Gesellschaft für Pneumologie

Die Koordination der Betreuung ist dabei sowohl zwischen den verschiedenen Fachpersonen und Dienstleistern als auch zwischen Ärztin/Arzt/Fachpersonen und den Patientinnen/Patienten und Angehörigen sowie zwischen stationärer und ambulanter Betreuung nötig. An der Stelle von Fragmentierung und sektoralen Trennungen muss das Bemühen um eine «Versorgungskette» mit aufeinander abgestimmten Massnahmen und wirksamen Interventionen stehen [4, 5].

Im Folgenden wird auf verschiedene Ansätze und Möglichkeiten nutzbringender COPD-Betreuung in der Schweiz eingegangen.

Belegte Chronic-Care-Konzepte

Eine auf harte Evidenz gestützte Strategie für eine verbesserte und besser koordinierte Versorgung und ein erfolgreiches Management chronisch Kranker ist das Chronic-Care-Modell (CCM) [6]. Das CCM als ein kollaborativer, umfassender Ansatz umfasst folgende Komponenten für eine effiziente, hochwertige Versorgung chronisch kranker Menschen:

1. Die Selbst-Management-Unterstützung der Patienten;
2. evidenzbasierte Leitlinien zur Unterstützung klinischer Entscheidungen;
3. Umgestaltung, v.a. Teamapproach und strukturierte Arbeitsabläufe, die die tägliche Patientenversorgung verbessern;
4. klinische Informationssysteme und
5. die Vernetzung und Nutzung von Ressourcen im Gemeinwesen.

Letztlich fokussiert das CCM auf eine nutzbringende Interaktion zwischen kompetenten, aktivierten Patientinnen und Patienten und proaktiv agierenden Versorgungsteams (Abb. 1).

Für die erfolgreiche Umsetzung und Implementierung ist sowohl Leadership, die Bereitschaft, gewohnte Abläufe zu verlassen (oder in Frage zu stellen), als auch Teamwork zentral, um die Arbeitsabläufe entsprechend «Best Practice» (Tabelle 1) bewerkstelligen zu können [7]. Hausarztpraxen, die ihre Anstrengungen auf Betreuung von chronisch Kranken im Sinne des CCM ausrichten und denen es gelingt, nur ein bis zwei Schlüsselemente wie die Umgestaltung der Leistungserbringung in einem proaktiv koordiniert handelnden Team und die Förderung der Patientenkompetenz umzusetzen, entlasten Patienten, sich selbst und das Gesundheitssystem [3, 7, 8].

Eine auf dem CCM basierende Intervention ist das Programm «Besser Leben mit COPD», das sich an das kanadische «Living Well With COPD» anlehnt www.livingwellwithcopd.com [9].

Im Kern umfasst das Programm «Besser Leben mit COPD» sechs Gruppenmodule und individuelle Einzelgespräche für Menschen mit COPD (Abb. 2) und wird im Verlauf von telefonischen Follow-up-Interventionen begleitet. Ein zentrales und wissenschaftlich belegtes Instrument für die Selbstmanagement-Unterstützung ist der für jede(n) Teilnehmende(n) individuelle COPD-Aktions-

Tabelle 1. COPD «Best Practice»-Elemente

Frühzeitige, richtige Diagnose, Assessment-Symptome und Exazerbationshäufigkeit

Rauchstopp

Angemessene Pharmakotherapie und korrekte Inhalationstechnik

Grippe- und Pneumokokken-Impfung

Körperliche Aktivität und pulmonale Rehabilitation

Selbstmanagement-Unterstützung («Besser Leben mit COPD»)

Proaktive, koordinierte Betreuung

plan. In diesem Aktionsplan werden gemäss einem Ampelschema die drei Phasen (grün = stabil, orange = Achtung Vorsicht und rot = Gefahr) definiert. Jede Phase ist durch die persönlichen Symptome definiert, und das rechtzeitige, richtige Verhalten wird bei einer Verschlechterung dieser Symptome schriftlich im Aktionsplan festgehalten und trainiert und supervidiert. Genauso wichtig wie die Inhalte sind der Ansatz, die Haltung hinter dem Programm und das didaktisch-methodische Vorgehen.

Es darf nicht nur krankheitsspezifisches Wissen vermittelt werden, sondern die Erfahrungen, Erwartungen, Wahrnehmungen und Ängste und der Austausch unter den COPD-Betroffenen müssen im Mittelpunkt stehen. Das Ziel ist, Zuversicht (Self-Efficacy) [10] und Motivation zu steigern und gesundheitsförderndes Verhalten im täglichen Umgang mit der Erkrankung (Mastery) umsetzen zu können und dadurch die Symptome, Komplikationen und die physischen und psychischen Konsequenzen besser zu meistern (Coping) [11, 12]. (Abb. 3) Zusätzlich werden die Patientinnen und Patienten nach dem Programm regelmässig und proaktiv kontaktiert und dabei unterstützt, das Gelernte zu verfestigen, bzw. Probleme damit zu erfassen und zu lösen.

Die Wirksamkeit dieses Programms, erfasst mit der krankheitsspezifischen Lebensqualität und der Verhinderung moderater und schwerer Exazerbationen und Hospitalisationen, ist international und auch für die Schweiz belegt [9, 13, 14].

Implementierung von «Besser Leben mit COPD» in der Schweiz

«Besser Leben mit COPD» wurde in der Schweiz zunächst an der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich eingeführt und 2008 erstmals in die Grundversorgung implementiert (<https://medix-gruppenpraxis.ch/informationen/besser-leben-mit-copd/>). Auch im Kanton Wallis wurde das Programm eingeführt und evaluiert [15]. Für die nationalweite Implementierung galt und gilt es, ein Bewusstsein und eine «Kultur» zu schaffen, die die Integration wirksamer

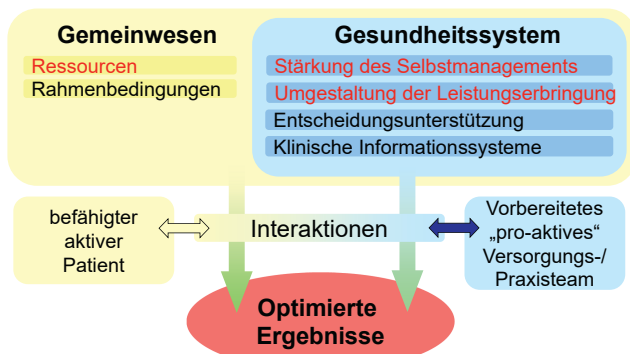


Abbildung 1. Chronic-Care-Modell (nach [6]).

Selbstmanagement-Interventionen nicht als Option, sondern als zentralen Teil einer auf Evidenz basierenden Betreuung anerkennt. Eine weitere Voraussetzung ist eine genügend grosse und interprofessionelle Anzahl für den Selbstmanagement-Support «fähiger» Fachpersonen, die die Kompetenzen haben, als «Trainer» die Patientinnen und Patienten wirksam zu coachen. Mit der steigenden Anzahl so weitergebildeter Fachpersonen wird auch ein breiterer, niederschwelliger Zugang entlang des Patientenpfades ermöglicht, und «Chronic Care» von COPD-Patienten in der Schweiz wird dadurch besser im Alltag und Gemeinwesen (z.B. Lungenligen, Spitex) verankert.

Um die nationale Implementierung voranzutreiben, ist die Kollaboration zwischen verschiedenen Stakeholdern ein zentraler Erfolgsfaktor.

Eine Kollaboration in diesem Sinne entstand zwischen der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) und der Lungenliga Schweiz (LL CH). Es wurden die Arbeitsunterlagen «Besser Leben mit COPD» für Patienten

und Fachpersonen übersetzt, überarbeitet und an Schweizer Verhältnisse adaptiert und von der SGP akkreditiert. Zudem wurde ein Manual erstellt, das die wichtigen didaktischen interaktiven Methoden und die notwendige Haltung eines patientenorientierten Coachings unter Einbezug mehrerer Interventionsebenen (Kognition, Emotion, Motivation, Verhalten) darstellt und den Fachpersonen hilft, wirksames Coaching zu vermitteln. Es liegen derzeit Fassungen in französischer («Mieux vivre avec BPCO») und deutscher («Besser leben mit COPD») Sprache vor.

Dank dieser Kollaboration und dem Schaffen der notwendigen Voraussetzungen, auch durch grossen persönlichen Einsatz und Engagement Einzelner, konnte eine mit einem eidgenössischem Fachausweis akkreditierte «Train the Trainer»-Weiterbildung «Besser Leben mit COPD» etabliert werden, die eine interprofessionell abgestützte Implementierung fördert. (www.lungenliga.ch/de/meta/fachpersonen/weiterbildung/weiterbildung-kurse.html)

«Besser Leben mit COPD» wurde 2019 von neun kantonalen Lungenligen in Zusammenarbeit mit Spitälern und Programm-Pneumologen an 17 Standorten angeboten, 2020 werden es zwölf kantonale Ligen und 25 Standorte in der Schweiz sein.

Durch die Zusammenarbeit mit den kantonalen Lungenligen besteht die Möglichkeit, das wirksame Coaching nach den Qualitätskriterien und belegten Inhalten von «Besser leben mit COPD» weiter in die Grundversorgung und die stationären und ambulanten pulmonalen Rehabilitationsprogramme zu implementieren. Die Herausforderung besteht noch und vor allem darin, Hausärztinnen/Hausärzte und Spezialistinnen/Spezialisten, die wegen mangelnder Erfahrung und fehlenden Ressourcen das Programm nicht implementieren können oder wollen, zu

1	COPD	<ul style="list-style-type: none"> Anatomie und Physiologie Wissen, Zuversicht Umgebungsfaktoren, Rauchen 	<ul style="list-style-type: none"> Arzt/Pneumologe Coach 	Ziel <ul style="list-style-type: none"> Motivation/ Zuversicht Mitarbeit und Adherence verbessern Nutzbringendes Verhalten, Fertigkeiten „Das Richtige rechtzeitig tun“ Exazerbations Management Fähigkeit zum verantwortlichen adäquaten Umgang mit der Erkrankung
2	Medikamente & Aktionsplan¹	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente Inhalationstechnik Exazerbationsprävention und Management, Aktionsplan, Red Flags 	<ul style="list-style-type: none"> Arzt/Pneumologe Coach 	
3	Atemtechnik	<ul style="list-style-type: none"> Atemtechnik, PEP-Atmung Hustentechniken Sekretmobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> Coach 	
4	Energiesparen	<ul style="list-style-type: none"> Energiesparende Techniken Tages- und Wochenplanungen 	<ul style="list-style-type: none"> Coach 	
5	Training	<ul style="list-style-type: none"> Körperliches Training Aktionsplan körperliche Aktivität 	<ul style="list-style-type: none"> Coach 	
6	Zusammenfassung	<ul style="list-style-type: none"> Vertiefen und konkretes Umsetzen des Gelernten mit Rollenspielen 	<ul style="list-style-type: none"> Coach 	

Abbildung 2. Selbstmanagement-Intervention «Besser Leben mit COPD» (nach [9]; www.livingwellwithcopd.com).

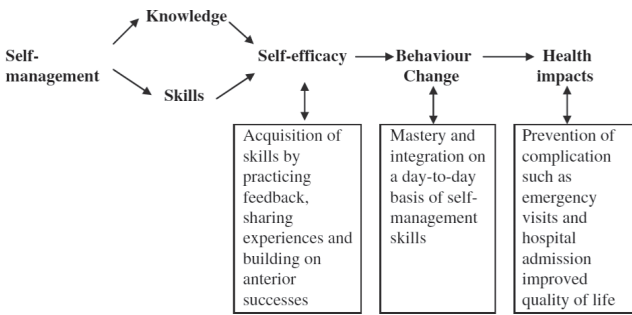


Abbildung 3. Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation bei COPD. (Mit Genehmigung aus Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T: Selfmanagement and behaviour modification in COPD. Patient Educ Couns 2004; 52:271–277.).

motivieren, ihren COPD-Patienten diese wirksame Intervention nicht vorzuenthalten, sondern das Angebot der kantonalen Ligen und vorhandenen Strukturen als kooperierende Partner zu nutzen. Durch die Vernetzung und koordinierte Implementierung dieser Angebote entlang des Patientenpfads entstünde ein wichtiger Schritt für mehr Kontinuität und besser integrierte Langzeitbetreuung von COPD-Patienten [16, 17] (Abb. 4).

Koordination, Kommunikation und Kontinuität sind auch und besonders wichtig zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und in der Phase bei und nach der Entlassung aus dem Spital nach einer akuten COPD-Exazerbation (AECOPD). Auch dafür gibt es «Chronic Care»-Ansätze. Das Projekt NICCO (Nurse-led Integrated Care COPD), das 2020 in Zürich an der Klinik für Pneumologie am USZ startet, verfolgt einen «Advanced Nursing Practice»(ANP)-Team-Ansatz [18] für Patienten, die wegen einer AECOPD hospitalisiert werden. Die ANP-Betreuung erfolgt nach neusten Erkenntnissen und versucht in diesem Fall, die bekannten Forschungsergebnisse hinsichtlich Lücken und Mängeln in der stationären und v.a. in der

Übergangsphase zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu verbessern. Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, die wegen einer AECOPD hospitalisiert sind, werden erhoben und bereits während des Krankenhausaufenthaltes werden Wissen und Fähigkeiten (gestützt auf «Besser leben mit COPD») vermittelt, die nach dem Spitalaustritt durch telefonische Folgekonsultationen ergänzt werden. Daneben erfolgt die Kommunikation und Koordination der Betreuung mit dem ambulanten Betreuungsteam (Hausärztinnen, Hausärzte, Spezialisten, Lungenliga, Physiotherapie, etc.).

Politisches Commitment

Die Förderung von «Chronic-Care»-Ansätzen und Selbstmanagement bei chronisch kranken Menschen und ihren Angehörigen ist eine Massnahme der Nationalen Strategie zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und Sucht, sowie des Themenbereichs psychische Gesundheit.

Seit 2017 ist die Selbstmanagement-Förderung in diesem Rahmen in der Schweiz weiter etabliert; unter «Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht» finden Fachleute und weitere Interessierte Informationen zum Stand der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz sowie ausgewählte Praxisbeispiele, z.B. «Besser Leben mit COPD» und Handlungsempfehlungen. Zudem findet jährlich ein Forum SELF statt, um gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren an der Umsetzung der Empfehlungen zu arbeiten, Grundlagen zu erweitern und die Vernetzung zu fördern (www.bag.admin.ch/selbstmanagement).

Für die breitere Implementierung ist neben einer «Kultur», die das Selbstmanagement fördert, und einer grös-

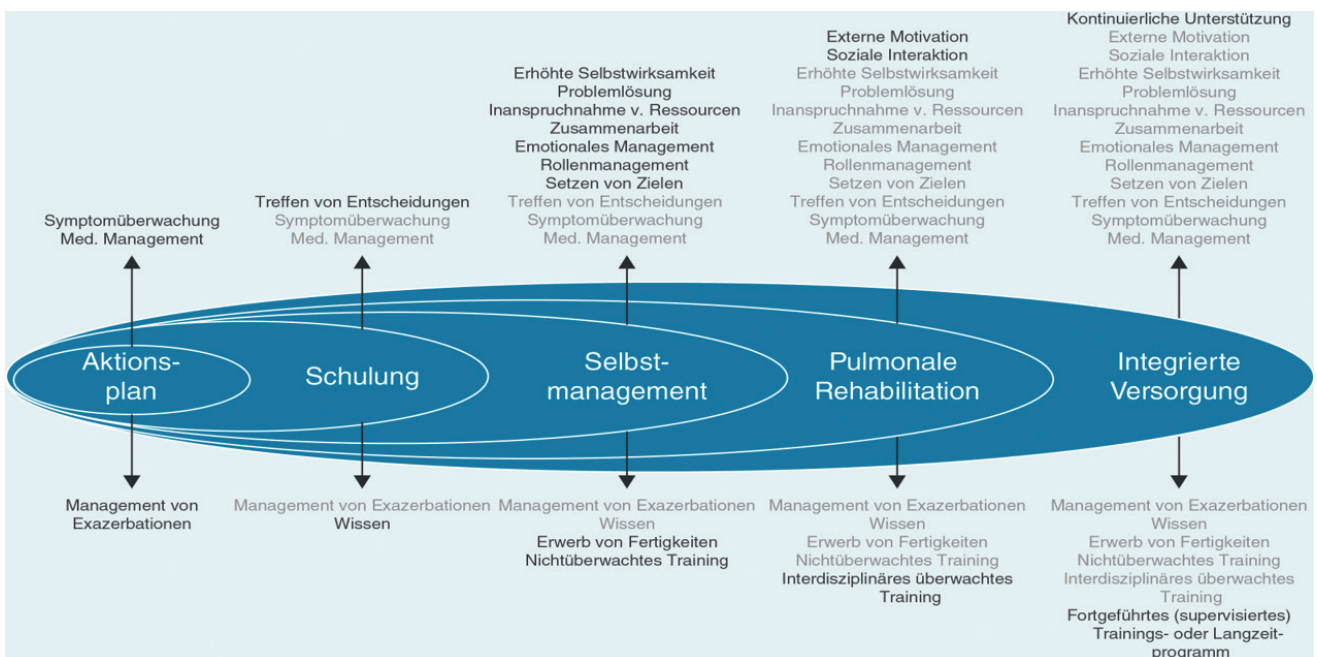


Abbildung 4. Spektrum der Interventionen bei pulmonaler Rehabilitation (nach [17]).

https://content.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a0003507 - Claudia Steurer-Stey <claudia.steurer-stey@uzh.ch> - Thursday, August 06, 2020 12:48:26 PM - IP Address:62.203.29.171

seren Anzahl «fähigen» Fachpersonen für den Selbstmanagement-Support und der erwähnten Kontinuität und Koordination der Betreuung letztlich die Vergütung dieser Leistungen von Bedeutung. Wirksame Chronic-Care-Ansätze mit Selbstmanagement-Förderung sollten daher in die Regelversorgung chronisch kranker Menschen übernommen und entsprechend in die Finanzierungsstrukturen der Gesundheitssysteme eingebunden werden.

Einzelne Krankenkassen werden aktiv und setzen Anreize im medizinischen Versorgungssystem, um jene Ärz-

Key messages

Es ist notwendig, Strukturen zu schaffen, Abläufe zu verbessern und Dienstleistungen anzubieten und zu vernetzen, die nachgewiesenermassen eine Verbesserung in der Betreuung von COPD-Patienten bewirken. Die Langzeit-Begleitung von Patienten mit COPD in der Hausarztpraxis ist eine wichtige Aufgabe und erfordert ein Umdenken und eine Umstrukturierung. «Chronic Care», muss aber über die Hausarztpraxis hinaus entlang des Patientenpfads erfolgen. Deshalb sollte die Kooperation und Vernetzung mit Spezialisten und speziell geschulten, qualifizierten Fachpersonen intern und extern weiter ausgebaut und von Hausärzten besser genutzt werden. In den vergangenen zehn Jahren konnten in der Schweiz durch die Bemühungen und die Kooperation wichtiger Stakeholder einige Voraussetzungen für ein erfolgreiches COPD Disease Management geschaffen werden. Für eine breite und nachhaltige Umsetzung von wirksamen «Chronic-Care»-Konzepten ist aber ein weiteres Umdenken und die Bereitschaft zur Veränderung bei allen Beteiligten Voraussetzung, inklusive der nötigen gesundheitspolitischen Veränderungen. Vor allem das Schaffen von Anreizen und die Sicherstellung der Vergütung sind wesentliche Erfolgsfaktoren.

Lernfragen

- Das CCM beschreibt eine Patienten Betreuung durch ... (Einfachauswahl)
 - reaktiv agierende Versorgungsteams.
 - mit am Behandlungsprozess aktiv involvierte Patienten.
- Das Ziel von Selbstmanagement Interventionen ist ... (Mehrfachauswahl)
 - die Informations- und Wissensvermittlung.
 - das Steigern von Zuversicht und Motivation.
 - gesundheitsförderndes Verhalten.
- Für das Management einer akuten Exazerbation ist ein Aktionsplan nach Ampelschema hilfreich, um ... (Mehrfachauswahl)
 - eine Verschlechterung als solche rechtzeitig zu erkennen.
 - rechtzeitig und richtig zu reagieren.
 - Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.
 - die Grenzen des Selbstmanagements zu (er)kennen.

tinnen, Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationszentren zu belohnen, die im «COPD Disease Management» wirksame Methoden und Programme anbieten.

Bibliografie

- Markun S, Rosemann T, Dalla-Lana K, Steurer-Stey C: The impact of case finding on the recruitment yield for COPD research in primary care: an observational study. *Respiration* 2016; 92: 308–315.
- Markun S, Franzen DP, Dalla Lana K, et al.: Acute exacerbated COPD: room for improvement in key elements of care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 2969–2975.
- 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: 605–614.
- Wennberg JE: Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ* 2011; 342: d1513. doi:10.1136/bmj.d1513.
- Porter ME, Teisberg E: *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competitions on Results*. Boston: Harvard Business Review Press; 2006.
- Wagner EH: Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pr* 1998; 1: 2–4.
- Markun S, Rosemann T, Dalla-Lana K, Steurer-Stey C: Care in Chronic Obstructive Lung Disease (CAROL): a randomised trial in general practice. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701873.
- Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE: Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med* 2007; 167: 551–561.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F, et al.: Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003; 163: 585–91.
- Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191–215.
- Kaptein AA, Fischer MJ, Scharloo M: Self-management in patients with COPD: theoretical context, content, outcomes, and integration into clinical care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 907–917.
- Bourbeau J: Self-management interventions to improve outcomes in patients suffering from COPD. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2004; 4: 71–77.
- Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, et al.: Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 8: CD011682.
- Steurer-Stey C, Dalla Lana K, Braun J, Ter Riet G, Puhon MA: Effects of the 'Living well with COPD' intervention in primary care: a comparative study. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701375.
- Carron T, Bridevaux PO, Lörvall K, et al.: Feasibility, acceptability and effectiveness of integrated care for COPD patients: a mixed methods evaluation of a pilot community-based programme. *Swiss Med Wkly* 2017; 147: w14567.
- Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S: Evidence-based disease management. *JAMA*. 1997; 278: 1687–1692.
- Singh SJ, ZuWallack RL, Garvey C, Spruit MA, 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; 42: 1169–1174.
- Ruel J, Motyka C: Advanced practice nursing: A principle-based concept analysis. *J Am Acad Nurse Pr* 2009; 21: 384–392.

Dank

Mein Dank geht an alle Mitstreiterinnen und Mitstreiter, die sich seit vielen Jahren für eine bessere Betreuung von Menschen mit COPD einsetzen.

Namentlich und an erster Stelle zu nennen sind Kaba Dalla Lana, Milo Puhán und das COPD-Forschungsteam am EBPI der Universität Zürich. Zudem Franca Meyer, Mathias Guler und Philippe Giraud von der Lungenliga Schweiz.

Unterstützung von Anfang an erfolgte durch den Verein Lunge Zürich.

Dank an alle kantonalen Lungenligen, die die Implementierung nun mittragen und voranbringen, und an die Schweizer Gesellschaft für Pneumologie, insbesondere an meine Kolleginnen und Kollegen der Kommission Rehabilitation, Patientenschulung und Palliative Care (RPP).

An alle Pneumologinnen und Pneumologen, Hausärztinnen und -ärzte sowie Fachpersonen, ohne die diese Chronic-Care-Ansätze im Alltag nicht gelebt werden können.

Last but not least, dem Team der mediX Gruppenpraxis, von dem ich seit vielen Jahren Unterstützung, Bereitstellung von Ressourcen und Bereitschaft für Veränderung zu Gunsten verbesserter Patientenbetreuung erhalte, und natürlich allen COPD-Patientinnen und -Patienten sowie ihren Angehörigen, die mir tagtäglich zeigen, wie wichtig und erfüllend es ist, solche Ansätze zu leben, aber auch, wie viel noch zu tun ist.

Manuskript eingereicht: 30.03.2020

Manuskript angenommen: 06.04.2020

Interessenskonflikt: Die Autorin erklärt, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey

Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention

Universität Zürich

Hirschengraben 84

8001 Zürich

claudia.steurer-stey@uzh.ch

mediX Gruppenpraxis Zürich

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

claudia.steurer@medix.ch

Antworten zu den Lernfragen: Das Ziel des CCM ist eine Betreuung und Begleitung durch gut vorbereitete, proaktiv agierende Versorgungsteams, die durch eine produktive, nutzbringende Interaktion mit informierten, am Behandlungsprozess aktiv involvierten Patienten bessere Outcomes erzielen. Der Link zwischen Wissen und Verhalten ist allerdings sehr schwach. Erfolgreiche und wirksame Interventionen haben ein nutzbringendes Verhalten im Umgang mit der Erkrankung zum Ziel und fördern die Motivation und die Zuversicht bei den Betroffenen, dieses Verhalten im Alltag zeigen und anwenden zu können. 3. Alle Antworten sind richtig. Ein individueller, geschriebener Aktionsplan ist eine belegte und wirksame Massnahme für das «geführte» Selbstmanagement von Exazerbationen und hilft COPD-Patienten, rechtzeitig und richtig auf eine Verschlechterung zu reagieren. Patienten, die dieses Selbstmanagement Verhalten erlernen und richtig umsetzen, haben weniger Notfallkonsultationen und weniger Hospitalisationen.