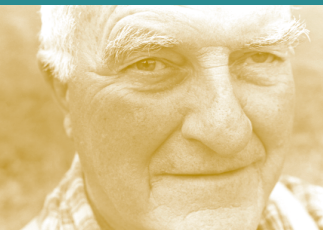


Manifest der Europäischen Gruppe von COPD-Patienten Unsere Vision des Wandels



European Network
of COPD Patients
Associations



- 2 Die wirtschaftliche Belastung durch COPD
- 3 Die persönliche Belastung durch COPD
- 4 Die Krankheit verstehen
- 7 Unsere Vision des Wandels
- 10 Schlussfolgerungen
- 11 Die Rolle von ENCPA
- 12 Liste von COPD-Patientenverbänden, die das Manifest genehmigt haben

Die fundamentale Aufgabe des European Network of COPD Patients' Associations (ENCPA) ist die Aufklärung über chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD): ihre Ursachen, ihre Symptome und ihren fortschreitenden Charakter. ENCPA ist eine kollaborative Gruppe, die sich aus COPD-Patientenverbänden aus ganz Europa zusammensetzt und integraler Bestandteil der European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA) ist. Wir glauben, dass verstärkte Aufklärung der erste Schritt zur Gewährleistung ist, dass COPD bei Patienten früher diagnostiziert wird und die Behandlung schneller begonnen wird.

GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) hält COPD für ein großes öffentliches Gesundheitsproblem und glaubt, dass COPD von medizinischen Kreisen und Regierungsbeamten nicht ausreichend beachtet wird.¹ Tatsächlich könnten einigen Schätzungen zufolge zur Zeit bis zu 600 Millionen weltweit an COPD leiden.²

Schätzungen in Europa lassen schließen darauf, daß bis zu 10% der Bevölkerung an COPD leidet.³ Zur Zeit ist COPD die fünfthäufigste Todesursache⁴, wobei die Inzidenz noch weiter ansteigen soll. Nach Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Krankheit die Todesursache mit der schnellsten Steigerungsrate in den fortschrittlichen Wirtschaftsländern der Welt. Es wird davon ausgegangen, dass sie bis 2020 schon an dritter Stelle stehen wird.⁴ Den Vorhersagen zufolge wird sich COPD somit schneller ausbreiten als alle anderen Lungenerkrankungen, einschließlich Asthma und Lungenkrebs.⁴

Angesichts dieser Statistiken ist es überraschend, dass Schätzungen zufolge bis zu 75% der Fälle von COPD in Europa unerkannt bleiben, was bedeutet, dass die betroffenen Patienten an Symptomen leiden, die nicht behandelt werden.⁵

Was ist also COPD? Es ist eine Krankheit, die durch fortschreitende und zu Behinderungen führende Verschlechterung der Lungenfunktion gekennzeichnet ist. Die typischen Symptome der COPD sind anhaltender Husten, Engegefühl in der Brust, Kurzatmigkeit und Auswurf (Sputum). Diese Symptome sind häufig sehr belastend, können die Fähigkeit eines Patienten, die normalen Alltagsaktivitäten auszuüben, stark einschränken und die Lebensqualität der Patienten signifikant beeinträchtigen.¹

Zweck dieses Manifests ist es, neue Maßstäbe zu setzen, um das Bewusstsein über COPD und die Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern sowie medizinische Fachkräfte und Entscheidungsträger aufzurufen, mit uns gemeinsam daran zu arbeiten, unsere Vision des Wandels Realität werden zu lassen und die Lebensqualität von Menschen mit COPD in ganz Europa zu verbessern.

Mariadelaida Franchi

EFA COPD Projekt-Koordinator

Erkka Valovirta

EFA Präsident

Die wirtschaftliche Belastung durch COPD

COPD ist die Todesursache mit dem schnellsten Wachstum in den fortschrittlichen Wirtschaftsländern der Welt.⁴ Das Ausmaß der Erkrankung ist inzwischen so enorm, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) davon ausgeht, dass sie bis zum Jahr 2020 bereits die dritthäufigste Todesursache in der entwickelten Welt sein wird - also schneller zunimmt als Lungenkrebs, Herzkrankheiten und Schlaganfall.⁴ Die Krankheit hat bereits epidemische Ausmaße erreicht. Es wird geschätzt, dass weltweit bis zu 600 Millionen Menschen an COPD leiden können.²

Dr. Khaltaev, WHO, Programm für nicht übertragbare Krankheiten, erläutert:

'COPD ist für Länder auf der ganzen Welt eine große wirtschaftliche Belastung und es wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz der Krankheit extrem schnell ansteigt. Die WHO glaubt, dass die Reduzierung von Risikofaktoren, die Verbesserung des Bewusstseins und der Diagnose sowie der Behandlung wichtige Schritte sind, die wir ergreifen müssen, wenn wir sicherstellen wollen, dass die wirtschaftlichen und persönlichen Belastungen durch COPD in Zukunft vermindert werden.'

Rauchen ist der größte Risikofaktor für COPD. Er ist zu 80-90% für die Entstehung der Krankheit verantwortlich.⁶ Da immer mehr Menschen rauchen, ist die Inzidenz der Krankheit und der Todesfälle im Zusammenhang mit COPD dramatisch gestiegen.⁶ Dieses Szenario wird sich noch weiterentwickeln, denn COPD tritt erst nach 20 bis 25 Packungsjahren ein (ein Packungsjahr entspricht dem Konsum von 20 Zigaretten pro Tag über ein Jahr). Andere Risikofaktoren sind unter anderem starke Umweltverschmutzung und Exposition gegenüber diversen mit der Luft übertragenen Teilchen. Auch genetische Faktoren können bei der Entstehung von COPD eine Rolle spielen.¹ Im Allgemeinen wird zwar davon ausgegangen, dass COPD bei Männern häufiger vorkommt, aber aktuellen Schätzungen zufolge werden in Zukunft mehr Frauen von der Krankheit betroffen sein, weil die Anzahl weiblicher Raucherinnen zunimmt.¹

Angesichts der hohen Prävalenz stellt COPD im Vergleich mit anderen Krankheiten, und insbesondere anderen Lungenkrankheiten, eine riesige sozialwirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft dar.⁷ Mit fortschreitender Erkrankungsdauer treten bei den Patienten in der Regel Komplikationen auf oder die Krankheitsschübe werden häufiger und schwerer.¹ Patienten, bei denen sich die Krankheit auf diese Weise mit Symptomen der unteren Atemwege, wie z.B. Husten, pfeifendes Atmen und Kurzatmigkeit (Dyspnoe) verschlimmert, benötigen normalerweise ärztliche Hilfe, akute Versorgung oder eine stationäre Behandlung.¹ All dies stellt eine wirtschaftliche Belastung im Zusammenhang mit der Versorgung von COPD dar.^{8,9}

Die persönliche Belastung durch COPD

Da sich die Krankheit normalerweise allmählich entwickelt und im Allgemeinen erst ab einem Lebensalter von 40 Jahren auftritt, werden die Symptome der COPD von den Betroffenen häufig als natürlicher Alterungsprozess angesehen.¹⁰ Daher werden die Patienten oft erst mit schweren Symptomen beim Arzt vorstellig, wodurch die Diagnose dann auch erst in den späteren Krankheitsstadien, die mit stärkeren Behinderungen einhergehen, diagnostiziert werden kann. Deshalb werden viele COPD-Patienten in den frühen Stadien nicht richtig behandelt und unterstützt. In vielen Fällen wird COPD fälschlicherweise als Asthma diagnostiziert, was ebenfalls dazu führen kann, dass die Krankheit nicht richtig behandelt wird.¹

Die größte Last der COPD trägt aber der Kranke selbst - denn die Krankheit hat einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität.¹¹⁻¹³ Müdigkeit, häufig noch verschlimmert durch Schlafstörungen, und Atemnot können nicht nur die körperlichen Aktivitäten des Patienten stark einschränken, sondern auch die wirtschaftliche und soziale Rolle des Betroffenen beeinflussen.^{12,14} Die auftretenden Symptome können sich auch auf emotionaler Ebene auswirken - Patienten mit COPD fühlen sich oft ängstlich, hoffnungslos und depressiv.^{14,15}

Wegen des chronischen Charakters der Krankheit und den Behinderungen, die sie mit sich bringt, sind die Betreuungspersonen vielfach gezwungen, eine erhebliche physische, soziale und emotionale Verantwortung bei der Betreuung von Verwandten oder Freunden zu tragen.¹⁶

Die Krankheit verstehen

Der Begriff COPD umfasst sowohl chronische Bronchitis als auch Emphysem.¹⁷ Typische Symptome sind unter anderem Kurzatmigkeit (auch Atemnot oder Dyspnoe genannt), Husten, pfeifendes Atmen und verstärkter Auswurf (Sputum). Das häufigste Symptom ist durch Kurzatmigkeit bei körperlicher Anstrengung gekennzeichnet.¹ COPD ist eine fortschreitende Krankheit, und viele Betroffene erleben, wie ihre Kondition sich verschlechtert, während ihre Fähigkeit (und manchmal auch ihre Motivation) zur Verrichtung alltäglicher Aufgaben zunehmend beeinträchtigt wird.

COPD wird häufig fälschlicherweise als Asthma diagnostiziert oder wird in den leichten und mittelschweren Stadien gar nicht erkannt.¹ Da dies eine Krankheit ist, die im Allgemeinen erst bei Personen über 40 auftritt, werden die Symptome zunächst oft mit dem Alterungsprozess in Verbindung gebracht, so dass die Patienten erst einen Arzt aufsuchen, wenn die Symptome bereits schwer sind.⁶

Die Diagnose der COPD beruht auf einer Überprüfung der Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Kontakt mit Schadstoffen) und der Symptome. Die Diagnose wird dann mittels Spirometrie (Lungenfunktionstest) bestätigt.¹

Zur Erleichterung von Diagnose und Behandlung der COPD, wird die Krankheit häufig in Krankheitsstadien je nach Schweregrad, gekennzeichnet durch die Lungenfunktion (FEV₁) und klinischen Zeichen und Symptomen, eingeteilt. Nach GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) gibt es vier Krankheitsstadien, die wie folgt charakterisiert sind: Risiko, leicht, mittelschwer und schwer.¹ In den späteren Stadien können die Symptome der COPD extrem belastend sein und die Fähigkeiten der betroffenen Person, ein aktives Leben zu führen und die normalen Alltagsaktivitäten zu verrichten, einschränken.^{12,14}

Wegen des fortschreitenden Charakters ist eine frühzeitige Diagnose und Behandlung von COPD für die Prävention von Komplikationen und Exazerbationen im Zusammenhang mit dieser Krankheit ausschlaggebend.¹ Bei Einsetzen dieser Komplikationen und Krankheitsschübe (Verschlimmerung der Symptome) muss der Patient häufig zur Behandlung in ein Krankenhaus eingewiesen werden oder akut als Notfall behandelt werden.¹ Dies hat schwerwiegende Konsequenzen im Hinblick auf die Lebensqualität und den Anstieg der Behandlungskosten.¹

Die verlorene Lungenfunktion kann zwar mit den derzeit verfügbaren Interventionen nicht wiederhergestellt werden, aber Tabakabstinenz kann nachweislich die Mortalitätsrate senken und die weitere Abnahme der Lungenfunktion aufhalten.^{18,19} Darüber hinaus machen neuere pharmakologische Fortschritte Hoffnung, indem sie die Symptome der COPD lindern und die Lebensqualität einiger Patienten signifikant verbessern können.

Die folgenden Zitate - von Menschen, die mit der Krankheit leben müssen oder davon betroffen sind - helfen uns besser zu verstehen, welche Auswirkungen die Krankheit auf die Lebensqualität hat und wieviel Hoffnung richtige Unterstützung gibt:

‘Als ich hörte, dass ich lungenkrank bin, glaubte ich, mein Leben sei vorüber. Nachdem ich mich aber einer örtlichen Selbsthilfegruppe angeschlossen hatte, wendete sich mein Leben zum Besseren. Ich hatte wieder einen Grund, morgens aufzustehen.’

Jenny, Großbritannien

‘Sobald ich endlich Mut gefasst und mit einem Pneumologen über meine Kurzatmigkeit gesprochen hatte, und meine Krankheit diagnostiziert und behandelt worden war, wurde mein Leben so viel einfacher.’

Edoardo, Italien

Als mein Arzt mir sagte, dass ich COPD habe, verstand ich nicht einmal, was das bedeutet. Deshalb war die Diagnose für mich und meine Familie um so beunruhigender. Für mich ist es wirklich wichtig, dass sowohl Ärzte als auch Patienten die Krankheit besser verstehen.

Harry, Norwegen

Ich dachte, ich werde einfach älter, dass meine Kurzatmigkeit einfach etwas ist, an das ich mich gewöhnen muss. Heute weiß ich, dass ich bereits seit geraumer Zeit an COPD litt. Die Behandlung ändert vieles, aber ich wünschte trotzdem, ich hätte sie früher begonnen.

Helena, Niederlande

Das Zusammentreffen mit anderen Betreuungspersonen und Familien von COPD-Patienten hat mir und meiner Frau/meinem Mann wirklich geholfen. Der Austausch von Erfahrungen und die Informationen, die wir von anderen Betroffenen erhalten haben, hat uns geholfen, einen neuen positiven Blick in die Zukunft zu werfen.

Tommy, Schweden

Unsere Vision des Wandels

Als zentraler Punkt dieses Manifests für Patienten hat ENCPA die folgenden sieben Hauptziele erarbeitet und abgestimmt. Zusammen stellen sie unseren Ruf nach Eingreifen dar, unsere 'Vision des Wandels'. Wir hoffen, dass alle Betroffenen, die mit der Behandlung von COPD zu tun haben, mit uns zur Erreichung unserer Ziele zusammenarbeiten werden:



Diagnose und Behandlung von COPD

Nachdem die Prävalenz dieser belastenden Krankheit epidemische Ausmaße annimmt, besteht ein deutlicher Bedarf nach klar definierten Strategien für genaue und frühzeitige Diagnose und bessere Versorgung.

Diese Strategien müssen Folgendes umfassen:

- Bessere diagnostische Strategien für Patienten in den früheren Krankheitsstadien
- Verstärkte und breitere Anwendung der Spirometrie zur Bestätigung der frühen Diagnose und damit zur Verbesserung der Versorgung
- Optimale und vorsichtigste Pflege auf allen Niveaueen, von Hauptpflege bis zu besonderer Gesundheitspflege.



Reduzierung von Risikofaktoren

Viele Risikofaktoren für COPD hängen mit der Lebensführung und Umweltfaktoren zusammen. Deshalb müssen wir die Menschen darüber aufklären, welchen Einfluss ihre Lebensführung auf ihren Gesundheitszustand und die Gesundheit der Menschen um sie herum haben kann, damit COPD verhindert wird.

Dies erreichen wir durch:

- Ausgedehnte Aufklärungskampagnen zur Erhöhung des Bewusstseins für Risikofaktoren wie Tabakkonsum, berufliche Exposition gegenüber Staub und Luftverschmutzung, um Risikogruppen in Zukunft zu motivieren, präventive Schritte zu ergreifen.
- Verbesserung der Aufklärung und Anwendung des Grippe-Impfstoffs als Hilfe zur Prävention von Krankheitsschüben und zur Verbesserung der Lebensführung und Versorgung der Krankheit.



Aufklärungs- und Selbsthilfeprogramme

Aufklärungs- und Schulungsprogramme sind von ausschlaggebender Bedeutung, wenn die Versorgungsstandards verbessert werden sollen und der derzeitige Mangel an Wissen über die Diagnose und Versorgung von COPD aus der Welt geschafft werden soll.

Diese Schulungsprogramme sollten folgendes umfassen:

- Verbesserte und weitverbreitete Schulung und Aufklärung für Ärzte und andere medizinische Fachkräfte
- Aufklärungs- und Selbsthilfeprogramme für Patienten
- Förderung von Schulungen in COPD für Betreuungspersonen, Arbeitgeber und Familien von Patienten mit COPD



Schutz der Rechte von COPD-Patienten

Das mangelnde Wissen über COPD und das fehlende Verständnis für die Krankheit können dazu führen, dass die Bedürfnisse von Menschen, die mit dieser Krankheit leben müssen, übersehen werden. Deshalb müssen wir:

- Die Rechte von Menschen, die an COPD leiden, definieren und verteidigen
- Maßstäbe für Versorgung und Lebensqualität von Patienten mit COPD, deren Familien und Betreuungspersonen setzen
- Kampagnen starten für gleichberechtigten Zugang zu Programmen für Behandlung, Information, Aufklärung, Prävention und Lungen-Rehabilitation für alle COPD-Patienten und deren Familien



Zusammenführung von Patienten

Da die Lebensqualität durch COPD so sehr beeinträchtigt wird, muss den Betroffenen das Gefühl vermittelt werden, dass sie unterstützt werden und nicht alleine sind. Wenn Patienten mit anderen Patienten zusammengeführt werden, verlieren sie das Gefühl der Isolation und fühlen sich ermutigt, sich mit den anderen Betroffenen auszutauschen. ENCPA glaubt, dass dies wie folgt erreicht werden kann:

- Zusicherung und Unterstützung von COPD-Patienten durch verbesserten Zugang zu Patientengruppen, Hilfsnetzen und spezielles Aufklärungsmaterial



Finanzielle und soziale Unterstützung

Um die finanzielle und soziale Belastung von COPD-Patienten und ihren Familien zu erleichtern, werden Strategien für Unterstützung auf lokaler Ebene benötigt.

Diese Strategien liefern:

- Bessere finanzielle und soziale Unterstützung für die Versorgung von Menschen, die an COPD leiden, um die Behandlung dieser Krankheit und die Rehabilitation im Krankenhaus und zu Hause zu verbessern



Engagierte Forschung

Neben Verbesserungen in der Behandlung/Versorgung von COPD sind auch laufende Bemühungen zur Erforschung der Epidemiologie, Krankheitslast und Pathogenese erforderlich. Zusätzliche Studien sollten untersuchen, wie Risikofaktoren am besten reduziert werden können, wie Exazerbationen minimiert werden können und wie das Fortschreiten der Krankheit aufgehalten werden kann, aber sie müssen sich auch mit den Problemen und Fragen rund um die Verbesserung der Diagnose und Behandlung von COPD befassen.

Deshalb fordern wir:

- Weitere Erforschung der Epidemiologie von COPD
- Weitere Erforschung der Auswirkungen von Tabakrauchen und der damit zusammenhängenden Konsequenzen für die Gesundheit
- Verstärkte Investitionen in die Erforschung der Pathogenese von COPD
- Weitere Erforschung der Auswirkungen von COPD auf die Lebensqualität und den Alltag von COPD-Patienten, deren Familien und Betreuungspersonen
- Identifizierung wirksamerer Behandlungsstrategien für COPD zur Verbesserung der Lebensqualität

Schlussfolgerungen

COPD-Patienten, heute und in Zukunft, müssen die gleichen Rechte haben wie Patienten mit anderen Krankheiten.

- Das Recht auf Aufklärung über die Krankheit
- Das Recht auf Unterstützung und Verständnis
- Das Recht auf frühzeitige und genaue Diagnose
- Das Recht auf optimale Versorgung und Behandlung
- Das Recht auf weitere Forschung und Investition zur Verbesserung zukünftiger Standards

Wir glauben, dass die Forderungen in der 'Vision des Wandels' von ENCPA die existierenden Rechte von COPD-Patienten und die Unterstützung und Versorgung, die sie erhalten, sichern und erweitern werden.

ENCPA glaubt, dass unsere Vision durch Zusammenarbeit mit medizinischen Fachkräften und Entscheidungsträgern Realität werden kann.

Rom, Oktober 2002.

Die Rolle von ENCPA

ENCPA ist eine kollaborative Organisation, die ins Leben gerufen wurde, um die Bemühungen von Patientenorganisationen in ganz Europa zu koordinieren. Das heißt Menschen die an COPD leiden, Informationen, Hilfe und Unterstützung anzubieten. ENCPA ist integraler Bestandteil der „European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations“ (EFA).

Da die Prävalenz von und Belastung durch COPD steigen soll, glaubt die ENCPA, dass Maßnahmen zur besseren Aufklärung über COPD und zur Verbesserung der Diagnose und Behandlung der Krankheit dringend notwendig sind. Der aktuelle Mangel an Kenntnissen über die Krankheit stellt ein großes Hindernis dar, wenn es darum geht, optimale Diagnose- und Versorgungsstandards aufzustellen und die Rechte der Patienten zu verbessern.

Die wichtigsten Ziele der ENCPA:

- Bewahrung und Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit COPD
- Verbesserung der Aufklärung, Unterstützung und Behandlung von COPD-Patienten in Europa
- Steigerung der Erwartungen der Patienten im Hinblick auf eine bessere Versorgung der COPD
- Verbesserung der öffentlichen Aufklärung über COPD
- Verbesserung des Bewusstseins über die Belastung durch COPD und Steigerung des Engagements von medizinischen Fachkräften und Entscheidungsträgern zur Verbesserung von Informationen, Diagnose, Behandlung und Prävention der Krankheit
- Förderung der Zusammenarbeit mit anderen COPD-Patientenverbänden auf der ganzen Welt
- Aufbau von Beziehungen mit Schlüsselpersonen zur Erreichung unserer Ziele
- Schutz zukünftiger Generationen vor COPD

Liste von COPD-Patientenverbänden, die das Manifest genehmigt haben

Belgien

AIR-Association des Insuffisant Respiratoires

Centre Hospitalier Ste Ode
6680 Ste-Ode
Belgien
Tel: +32 84 225 280
Fax: +32 84 225 284
Email: smeets.f@village.uunet.be

Astmafonds

Grauwpoort 9
9000 Gent
Belgien
Tel/Fax: +32 92 25 65 05
Email: jaak.vercaemer@pandora.be

Dänemark

Astma-Allergi Forbundet

Hovedvejen 9C
2600 Glostrup
Dänemark
Tel: +45 4 34 35 911
Fax: +45 43 43 54 33
Email: jg@astma-allergi.dk
www.astma-allergi.net

Lungeforeningen Boserup Minde*

Old Gyde 74
5620 Glamsbjerg
Dänemark
Tel: +45 6 47 21 35 7
Fax: +45 6 47 21 35 7
Email: boserup-
minde@post.tele.dk

Deutschland

Deutscher Allergie und Asthmabund e.V.

Hindenburgstrasse 110
D-41 061 Mönchengladbach
Deutschland
Tel: +49 21 61 81 49 40
Fax: +49 21 61 81 49 430
Email: info@daab.de
www.daab.de

Finnland

Association of the Pulmonary Disabled Heli*

Oltermannintie 8 PL 40
Helsinki
Finnland
Tel: +35 89 75 27 51 02
Fax: +35 8 9 75 27 51 00
Email:
ritta.muotka@hengitysliitto.fi
www.hengitysliitto.fi

Frankreich

FFAAIR - Fédération Française des Associations et Amicales d'Insuffisants Respiratoires

66 bd Saint-Michel
75006
Paris
Frankreich
Tel: +33 14 441 49 00
Email: bbbj@club-internet.fr
www.ffaair.org

Grossbritannien

British Lung Foundation

78 Hatton Garden
London EC1N 8LD
Großbritannien
Tel: +44 20 78 31 58 31
Fax: +44 207 831 5832
Email: esther.threlfall@
britishlungfoundation.com
www.lunguk.org

Irland

Asthma Society of Ireland

Eden House
15-17 Eden Quay
Dublin, 1
Irland
Tel: +35 31 87 88 511
Fax: +353 1 87 88 128
Email: asthma@indigo.ie
www.astmasociety.ie

Island

SIBS - Samband islenska berkla - og bjósthólssjúklinga

Síðumúla 6
108 Reyjavík
Tel: +35 345 56 62 00
Email: sibs@sibs.is

Italien

Associazione Italiana Pazienti BPCO

Via Gallarate 106
1-20151
Milano
Italien
Tel: +39 02 33 43 281
Fax: + 39 02 33 00 21 05
Email: effetti@effetti.it

ALIR - Associazione per la Lotta all'Insufficienza Respiratoria

Via Pozzetto 49/1
1-35017
Tel: +39 03 76 20 14 99
Fax: +39 0376 20 14 94
E-mail: sturani@tin.it
aldabern@tin.it
http://scientifico.pneumonet.it/
/alir

Jugoslawien

Yugoslavia Association for Asthma and COPD (JUDAH)

Visegradska 26
11000 Belgrade
Jugoslawien
Tel: +38 11 13 61 56 17
Email: vesnapetr@ptt.yu
www.yudah.org.yu

Niederlande

Astma Fonds

Speelkamp 28
P.O Box 5
3830 AA Leusden
Niederlande
Tel: +31 33 434 12 02
Fax: +31 33 434 12 99
Email: jos.zoun@astmafonds.nl
www.astmafonds.nl

Norwegen

Landsforeningen for Hjerte - og Lungesyke - LHL *

Sandakerveien 99
Pb 4375 Torshov,
N-0402
Oslo
Norwegen
Tel: +47 22 79 92 38
Email: sem@lhl.no
www.lhl.no

Österreich

Osterreichische Lungen Union

Obere Augartenstrasse 26-28
A-1020 Wien
Österreich
Tel/Fax: +43 1 330 42 86
Email: lungenunion@chello.at

Schweden

Hjärt - och Lungsjukas Riksförbund*

Box 9090,
102 72 Stockholm
Schweden
Tel: +46 8 55 60 62 01
Fax: +46 8 668 23 85
Email: ronny.weylant@
hjärt-lung.se
Christina.fjellstrom@hjärt-lung.se
www.hjärt-lung.se

Schweiz

Lungenliga Schweiz

Südbahnhofstrasse 14C
Postfach, 3001 Bern 17
Schweiz
Tel: +41 31 378 20 50
Fax: +41 31 378 20 51
Email: ch.pircher@lung.ch
www.lung.ch

Slowenien

Pulmonary Patients Association of Slovenia

ZD Crnuce
Primožiceva2
1231 Ljubljana- crnuce
Tel: +38 61 56 16 320
Email: dpbs@siol.net
www.astma-info.com

- 1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: NHLBI/WHO Workshop Report*. National Institute of Health; 2001. NIH Publikation Nr. 2701 Abrufbar unter <http://www.goldcopd.com>
- 2 Warne PJ. COPD: *Market Opportunities for New Therapies and Diagnostics*. Richmond, Surrey, UK. PJB Publications Ltd; 2000. BS1085
- 3 'COPD prevalence ranges from less than 2,000 per 100,000 inhabitants (ie. France, the UK) to over 10,000 cases per 100,000 inhabitants (Germany, Italy)' Taken from press release, European Respiratory Society: Preliminary data from European White Book on Lung Disease. Available at <http://www.ersnet.org> Accessed 18th October 2002
- 4 Murray CJL, Lopez AD. eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2002*. Cambridge; Harvard University Press; 1996
- 5 Rudolf M. The reality of drug use in COPD. *Chest* 2000; 117:29S-32S
- 6 Feenstra, Talitha L., Marianne van Genugten, Rudolf Hoogenveen et. al. The Impact of Aging and Smoking on the Future Burden of COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; Band 164: 59
- 7 Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117(2 Suppl): 5S-9S
- 8 Strassels SA, Smith DH, et al. The costs of treating COPD in the United States. *Chest* 2001; 119:344-352
- 9 Kessler R, Faller M, et al. Predictive factors of hospitalization for acute exacerbations in a series of 64 patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999; 159:158-164
- 10 Petty TL. Definitions, causes, course and prognosis of COPD. *Respir Care Clin N Am*. 1998; 4:345-358,vii.
- 11 Leighton BM, Kane GC. COPD. In: Conn RB, Borer WZ, Synder JW, eds. *Current Diagnosis* 9. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1997:297-300
- 12 *Confronting COPD in America: Executive Summary*. New York, NY: Schulman, Ronca, und Bucuvalas Inc; 2001:1-20
- 13 Mahler DA. Pulmonary rehabilitation. *Chest*. 1998; 113 (suppl):263s-268s
- 14 Thompson WL. Pulmonary Disease. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greeberg DB, eds. *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2000:757-774
- 15 Light RW, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Mutalipassi LR. Prevalence of Depression and Anxiety in Patients with COPD. Relationship to functional capacity. *Chest*. 1985 Jan; 87 (1): 35-8.
- 16 Sexton DL, Munro BH. Impact of a husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life. *Res Nurs Health* 1985;8(1):83-90
- 17 American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;152:S77-S120
- 18 Buist, AS. US Lung Health Study. *Respirology*. 1997 Dec; 2 (4):303-7
- 19 Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. A Review of Long-term Oxygen Therapy for COPD. *Respir Med*. 2001 Jun; 95 (6) 437-443



EFA Central Office
Avenue Louise 327
B-1050 Brüssel
Belgien
Tel: +32 (0) 2 6469945
Fax: +32 (0) 2 6464116
E-mail: EFAOffice@skynet.be
www.efanet.org

