

Zeitschrift der



Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie



*28. Jahrestagung
Frankfurt am Main 23.-25. März 2006*

Vorwort



Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

ein neues Jahreshaft der GPP liegt vor, rechtzeitig zur diesjährigen Jahrestagung in Frankfurt. Dort erwarten uns spannende Themen wie die Bereiche Ernährung und Prävention, denen auf bisherigen Jahrestagungen kein so bedeutsamer Stellenwert zugebilligt wurde.

Viele unserer Mitglieder bewegt die Problematik der Zusatzweiterbildung bzw. des Schwerpunktes „Pädiatrische Pneumologie“. Nachdem nun die meisten Ärztekammern in Deutschland die neue Weiterbildungsordnung ratifiziert haben, gilt es jetzt, diese mit Leben zu füllen und im Sinne der Übergangsbestimmungen in den einzelnen Bereichen pädiatrische Pneumologen zu ernennen sowie Weiterbildungszentren zu definieren bzw. Aspiranten für die Weiterbildung zu akquirieren.

Leider gibt es bisher keine bundeseinheitliche Auslegung der in der Weiterbildungsordnung enthaltenen Übergangsbestimmungen. Die GPP hat hierzu eine Empfehlung entwickelt und diese auf der letzten Jahrestagung in Hannover diskutiert bzw. verabschiedet – sie hat aber nur empfehlenden Charakter.

Die Balance ist problematisch: Einerseits fordert die Bedeutung unseres Fachgebietes die Ernennung zahlreicher Spezialisten (lesen Sie hierzu die persönliche Sicht von Christoph Runge, der im Vorstand der GPP die niedergelassenen Kollegen vertritt, S. 10ff), andererseits muss aber die hohe Qualität der fachärztlichen Versorgung von Anfang an Berücksichtigung finden.

Wir haben die Landesärztekammern gebeten, uns den Stand der Ernennung von Pädiatrischen Pneumologen in den jeweiligen Einzugsgebieten zum Stichtag 15. Januar 2006 mitzuteilen. Sie finden die Liste auf Seite 9.

Auch bezüglich der Anforderungen an die Weiterbildungszentren gibt es eine Empfehlung der GPP (siehe Jahreshaft 2005). Die auf der Mitgliederversammlung 2005 in Hannover diskutierte Variante musste nur geringfügig den Auflagen der Kommission Weiterbildung der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin angepasst werden. Eine von uns durchgeführte Erhebung bezüglich möglicher Weiterbildungszentren in Deutschland finden Sie auf den Seiten 8 und 9.

Außerhalb der Jahrestagung lebt unsere Gesellschaft überwiegend in den Arbeitsgruppen, deren Aktivitäten in diesem Heft traditionsgemäß kurz skizziert werden.

Im Namen des Vorstandes freue ich mich, Sie auf dem diesjährigen Jahreskongress in Frankfurt willkommen heißen zu können.

Ihr

Prof. Dr. med. Frank Riedel
Vorsitzender der GPP

Bitte beachten Sie die Einladung zur
Mitgliederversammlung der GPP
im Rahmen der Jahrestagung
in Frankfurt am Main

↓ Seite 7

IMPRESSUM

Zeitschrift der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Ausg. 9/2006.

Herausgeber: Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V.

Verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. med. F. Riedel,
Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, D-22763 Hamburg

Verlag: Wurms & Partner PR GmbH, Bernrieder Straße 4, D-82327 Tutzing.

Verlags- und Anzeigenleitung: Holger Wurms.

Redaktion: Ingeborg Wurms M.A., Dr. Albert Thurner. Grafik: Renate Miller.

Bilder, soweit nicht anders angegeben, privat. Das Titelbild zeigt die Skyline von Frankfurt am Main (© Presse- und Informationsamt Frankfurt am Main).

ISSN: 1435-4241

Inhalt

- 3 Vorwort**
F. Riedel
- 6** 28. Jahrestagung der GPP 2006
Willkommen in Frankfurt am Main!
Überblick über das wissenschaftliche Programm
- 8 Erhebung zu den Weiterbildungszentren Pädiatrische Pneumologie**
F. Riedel
- 9 Umfrage: Ernennung von Pädiatrischen Pneumologen im Jahr 2005**
F. Riedel
- 10 Ambulante pädiatrisch-fachärztliche Versorgung – ein Auslaufmodell?**
Ch. Runge
- 14** Aus der AG Asthmaschulung
Die Asthmaschulung im Rahmen des Disease Management Programms
R. Szczepanski
- 17** Aus der AG Asthmatherapie
Konsensuskonferenz erarbeitet neue Leitlinie zur Asthmatherapie
D. Berdel
- 18** Aus der AG Grundlagenforschung
Wachstumsfaktoren und Hormone in der späten fetalen Lungenentwicklung
Ch. Dammann
CXCR1-Rezeptor-Verlust auf neutrophilen Granulozyten bei Patienten mit Cystischer Fibrose
D. Hartl
Tiermodell eröffnet neue Perspektiven für die Pathophysiologie und Therapie der CF und anderer Formen der chronischen Bronchitis
M. Mall
Dendritische Zellen der Lunge – zentrale Akteure bei pulmonalen Immunreaktionen
J. Schwarze
- 24** Aus der AG Kinderbronchoskopie
Hygiene in der Pädiatrischen Bronchoskopie
Th. Nicolai, C. Fischer-Trüstedt
- 26** Aus der AG Lungenfunktion
Normwertstudie zur Ergospirometrie
M. Gappa
- 27** Aus der AG Lungentransplantation
Mitarbeit im internationalen Netzwerk
M. Ballmann
- 28** Aus der AG Mukoviszidose
Leitfaden zur Diagnostik und Therapie der broncho-pulmonalen Aspergillose bei CF
M. Griese
- 30** Aus der AG Niedergelassene Kinderpneumologen
Erfolgreiche Verhandlungen zur Stärkung der Niedergelassenen
Ch. Runge
- 32** Aus der AG Pneumologische Rehabilitation
Rehabilitation bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter
Th. Spindler
- 34** Aus der AG Schlafmedizin
Häufigkeit des plötzlichen Kindstodes in Deutschland ist weiter gesunken
E. Paditz
- 36 Kurz berichtet**
- 38** Aus der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)
Förderpreis Pädiatrische Allergologie für den Deutschen Allergie- und Asthmabund
- 39** NETSTAP setzt neue Maßstäbe
B. Sandner
- 40** Positionspapier zum Stellenwert der Pneumokokken-Impfung bei Kindern in Deutschland
S. Schmidt
Klosterfrau Award for Childhood Asthma 2006
Johannes-Wenner-Preis 2007
- 42** Ankündigungen
Kompaktkurs Pädiatrische Pneumologie der nappa
1. Summer School Pädiatrische Pneumonie an der Charité
3. Summer School Pädiatrische Pneumologie auf Amrum
29. GPP-Jahrestagung 2007 in München
- 45** Der Vorstand der GPP
- 46** Sprecher der Arbeitsgemeinschaften

28. Jahrestagung der GPP vom 23.–25. März 2006

Willkommen in Frankfurt am Main!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist mir eine Freude, Sie zur 28. Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie 2006 in Frankfurt zu begrüßen.

Die Mainmetropole im Herzen Deutschlands und Europas ist nicht nur ein idealer Ort für Tagungen und Kongresse jeder Größenordnung. Als Stadt der Banken und Wissenschaften verfügt Frankfurt zudem über ein enormes Forschungspotenzial und zählt zu den Top-Innovationsstandorten. Die alte und neue Handelsstadt bietet viele Möglichkeiten zum Gedankenaustausch.

Das Motto der Tagung haben wir von Johann Wolfgang von Goethe übernommen: „Selbst erfinden ist schön; doch glücklich von andern Gefundnes fröhlich erkannt und geschätzt, nennst Du das weniger dein.“

Das Programm unseres Kongresses steht im Kontext des gesellschaftlichen wie auch medizinischen Strukturwandels und zunehmender fachlicher Differenzierung. Die Einführung des Kinderpneumologen als Schwerpunktsbezeichnung ist 2006 Realität. Klinisch-pneumologische Fortbildung einerseits und wissenschaftlicher Austausch andererseits sollen auf höchstem Niveau erfolgen. Unsere Tagung hat vier Schwerpunkte:

- Diagnostik und Therapie von Atemwegsinfektionen
- Ernährung und Prävention pulmonaler Erkrankungen
- Cystische Fibrose
- Asthma bronchiale

Besonders die Pathomechanismen und Diagnostik der bronchialen Entzündung beim Asthma wie auch bei der Cystischen Fibrose werden ihrer Bedeutung entsprechend eine besondere Gewichtung erfahren.

Mir liegt sehr am Herzen, auch die kinderpneumologische Forschung auf dem Kongress umfassend abzubilden und damit unseren Aktivitäten wissenschaftspolitisch ein adäquates Forum zu bieten. Daher planen wir, neben den Hauptvorträgen alle eingesandten Beiträge als kurze Postervorträge zu präsentieren.

Die Nachwuchsförderung wird für unser Fach Kinderpneumologie wichtiger denn je, so dass ich die jüngeren Ärzte und Wissenschaftler ermuntern möchte, aktiv am Kongress teilzunehmen. Drei Weiterbildungskurse (Bronchoskopie, Lungenfunktion und spezifische Provokation) finden im Vorfeld der Tagung am Mittwoch statt.

Die reiche Geschichte unserer Stadt sowie die traditionelle Liebe zu Kunst und Lebensgenuss wird uns allen die Möglichkeit bieten, neben einer interessanten Tagung auch schöne Stunden zu erleben. Wir freuen uns auf einen anregenden, lebhaften 28. Kongress der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie im März 2006 und auf Ihre Teilnahme!

Ihr
Prof. Dr. med. Stefan Zielen
Tagungspräsident

Überblick über das wissenschaftliche Programm

Donnerstag, 23. März 2006

11.00–13.00 Sitzungen der Arbeitsgemeinschaften AG Asthma-schulung, AG Asthmatherapie, AG Grundlagenforschung, AG Kinderbronchoskopie, AG Lungenfunktion, AG Lungentransplantation, AG Mukoviszidose, AG Schlafmedizin

14.00 Kongresseröffnung

14.15–16.00 Ernährung und Lungenkrankheiten

Biochemische Grundlagen von Ernährung auf Lungenentwicklung und Lungenfunktion *H. J. Böhles*
Lipide und bronchiale Entzündung *B. Koletzko*
Effekte von ungesättigten Fettsäuren bei Atemwegserkrankungen *R. Kitz*
Vitamine und Antioxidantien bei Lungenerkrankungen *H. K. Biesalski*

16.30–18.00 (Parallelveranstaltungen)

AG Grundlagen

Wachstumsfaktoren und Hormone in der Regulation der späten fetalen Lungenentwicklung *C. Dammann*

Dendritische Zellen der Lunge – zentrale Akteure bei pulmonalen Immunreaktionen *J. Schwarze*

Cystische Fibrose: Von der Salztransportstörung zur Lungenerkrankung *M. Mall*

Symposium I, Abbott GmbH & Co. KG
Neue Aspekte in der Prophylaxe der RSV-Bronchiolitis

Sitzung der AG Pneumologische Rehabilitation

18.00 Eröffnungsempfang mit Festvortrag

Jahrestagung



**Selbst für Pneumologen ein atemberaubender Anblick:
Die imposante Skyline von Frankfurt am Main.**

Freitag, 24. März 2006

08.30–10.30	(Parallelveranstaltungen)	
		Atemwegsinfektionen I
		Virales Erregerspektrum <i>J. Weigel</i>
		Bakterielle Erreger bei Infektionen der tiefen Atemwege <i>H. Peltola</i>
		Mykoplasmen als Erreger einer akuten und chronischen Infektion der Atemwege <i>M. Abele-Horn</i>
		Chlamydien als Erreger einer akuten und chronischen Infektion der Atemwege <i>S. Schmidt</i>
		Cystische Fibrose I
		Entzündung der Atemwege
		How much CFTR do we need? <i>M. Amaral</i>
		Bronchiale Entzündung bei CF <i>F. Ratjen</i>
		Atemwegsinfektion, Lipoproteine und LBP <i>S. Schmitt-Grohé</i>
		Stellenwert der antientzündlichen Therapie bei CF <i>M. Griese</i>
11.00–13.00	(Parallelveranstaltungen)	
		Atemwegsinfektionen II
		Prävention durch Impfung
		Influenza-Impfung <i>J. H. Schmitt</i>
		Pertussis – Immunität und Impfung <i>J. Liese</i>
		Pneumokokken-Impfung <i>H. Peltola</i>
		Pseudomonas-Impfung <i>U. Baumann</i>
		Asthma bronchiale I
		Atemwegsentzündung und Diagnostik
		Die allergische Entzündung <i>H. Renz</i>
		Endotoxin-induzierte Atemwegsentzündung <i>O. Michel</i>

Stellenwert des Atemkondensats zur Messung der Entzündung *G. Becher*
Clinical relevance of eNO in Asthma *M. Pijnenburg*

13.00–14.30 (Parallelveranstaltungen)
Symposium II, MSD Sharp & Dohme GmbH
Besonderheiten des Asthma bronchiale im Kindesalter
Symposium III, Novartis Pharma GmbH
Innovative Therapiestrategie bei schwerem allergischem Asthma: Anti-IgE

15.00–16.30 Postersessions

16.30–18.00 (Parallelveranstaltungen)
Cystische Fibrose II
Erreger und antibiotische Therapie
MRSA in CF *W. Witte*
Seltene Erreger bei CF *M. Ballmann*
Pathogenitätsfaktoren von Pseudomonas *T. O. Hirsche*
Azithromycin bei CF *G. Steinkamp*

Sitzung der AG Niedergelassene Kinderpneumologen

Symposium IV
Altana Pharma Deutschland GmbH
Ciclesonid – innovative Asthmatherapie von Anfang an



Einladung zur Mitgliederversammlung

der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie
am Freitag, 24. März 2006, 18.00 bis 19.15 Uhr
im Hauptvorlesungssaal (Paul-Ehrlich-Saal)

1. Genehmigung der Tagesordnung
2. Annahme des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung
3. Bericht des Vorsitzenden
4. Bericht des Schatzmeisters
5. Bericht der Kassenprüfer
6. Entlastung des Vorstandes
7. Berichte der Arbeitsgruppen
8. Umsetzung der WBO
9. Mitglieder-Verzeichnis online
10. Wahl zukünftiger Tagungsorte
11. Verschiedenes

Prof. Dr. Frank Riedel
Vorsitzender

Prof. Dr. Matthias Griese
Schriftführer

↓ 18.00 Mitgliederversammlung

19.30 Gesellschaftsabend

Samstag, 25. März 2006

09.30–10.30 (Parallelveranstaltungen)

Ernährung und allergische Krankheiten

Toleranzmechanismen des Darmes	S. Strobel
Diagnostik der Nahrungsmittelallergie	B. Niggemann
Nahrungsalergie und atopische Dermatitis	P. Bauer
Stellenwert der Probiotika in der Prävention von atopischen Erkrankungen	M. Rose

Asthma bronchiale II Diagnostik und Therapie

Pathologie des schweren Asthmas	A. Bush
Characteristics of asthma – difficult to treat	K. Rabe
Klinische Relevanz des gastroösophagealen Refluxes bei Asthma: Pro	P. Ahrens
Klinische Relevanz des gastroösophagealen Refluxes bei Asthma: Contra	F. Riedel

11.00–13.00 Pneumologie „Bronchologie“
„Freie Vorträge“

13.00 Kongressabschluss
Ankündigung 2007

Erhebung zu den Weiterbildungszentren Pädiatrische Pneumologie

Um einen Überblick über die Zahl möglicher Ausbildungsplätze für Pädiatrische Pneumologie in Deutschland zu erlangen, haben wir im Sommer 2005 eine Umfrage bei bundesdeutschen Kinderkliniken durchgeführt. Zugrunde lag hierfür die Liste der vor vielen Jahren für die European Respiratory Society durchgeführten Erhebung bezüglich pädiatrisch-pneumologischer Weiterbildung. Die dort gemeldeten Zentren wurden mit einem Fragebogen angeschrieben (n = 71), hiervon haben 46 (65 Prozent) rückgeantwortet. Unter den Non-Respondern waren sechs Universitätskliniken und fünf größere Kinderabteilungen.

Im Folgenden wird von den 46 rückgeantworteten Häusern berichtet.

Anforderungen an ein Weiterbildungszentrum

Nach der Weiterbildungsordnung und der Empfehlung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie bezüglich der Anforderungen an ein Weiterbildungszentrum, ergänzt durch die Empfehlung der Kommission „Weiterbildung“ der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, ergeben sich bezüglich der „kritischen Zahlen“ u. a.

folgende Anforderungen an ein Weiterbildungszentrum mit der Berechtigung zur vollen Weiterbildung:

- Zwei Weiterbilder mit der Zusatzbezeichnung „Pädiatrische Pneumologie“
- Ambulante Pneumologie inkl. Mukoviszidose
- Flexible Endoskopie mit mind. 40 Untersuchungen pro Jahr
- Standardisierte Asthmaschulung

Ausbildungskapazitäten

Diese Voraussetzungen erfüllen 16 Zentren. In zehn Zentren gibt es bisher nur einen Auszubildenden, dieses kann aber sicher in der nahen Zukunft geändert werden, so dass in Kürze insgesamt von 26 Zentren ausgegangen werden kann.

Diese 26 Zentren können nach eigenen Angaben insgesamt 52 pädiatrische Pneumologen ausbilden. Wenn man einkalkuliert, dass meistens ein Jahr der Ausbildung in die Facharztzeit gelegt wird, ergibt sich hieraus eine Effizienz von 26 pädiatrischen Pneumologen pro Jahr in den voll berechtigten Weiterbildungszentren in Deutschland.

Berufspolitik

Weitere Untersuchungen werden wie folgt angeboten:

Polysomnographie	20 Zentren
Ziliendiagnostik	7 Zentren
NO-Messungen	18 Zentren
Babybodyplethysmographien	4 Zentren
Diffusionsmessung	5 Zentren

Von den übrigen 20 Häusern, die nicht zur vollen Weiterbildung in der Lage zu sein scheinen, nehmen fünf definitiv nicht an der Weiterbildung teil, bei den übrigen 15 Zentren wären die Bedingungen zur partiellen Weiterbildung (zur Ausbildung bezüglich bestimmter Ausbildungsmodulen) erfüllt.

Gesamtergebnis

In der Gesamtschau der 46 Häuser ergeben sich folgende Durchschnittswerte:

Ausbilder	1,5
Auszubildende	1,5 (0–15?)
Stationäre pneumologische Betten	12 (8–168)
Ambulante Patienten	400–7.700
Lungenfunktionsuntersuchungen	200–5.300
Flexible Bronchoskopien im Mittel	60 (0–326)
Starre Bronchoskopien im Mittel	28 (0–180)

Wir bitten alle Zentren, die sich noch nicht per Fragebogen an uns gewandt haben, dieses nachzuholen, damit wir einen kompletten Überblick über die Ausbildungskapazität für „Pädiatrische Pneumologie“ in Deutschland erhalten.

Prof. Dr. med. Frank Riedel
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38, D-22763 Hamburg
E-Mail: F.Riedel@uke.uni-hamburg.de

Umfrage: Ernennung von Pädiatrischen Pneumologen im Jahr 2005

Zum Stichtag 15. Januar 2006 haben wir bei den Landesärztekammern nach dem Stand der Ernennung von Pädiatrischen Pneumo-

logen in deren Einzugsbereich gefragt. Die Antworten sind in der folgenden Tabelle dargestellt. *Prof. Dr. med. Frank Riedel*

Umsetzung der Zusatzweiterbildung/des Schwerpunkts „Pädiatrische Pneumologie“ im Bereich der einzelnen Landesärztekammern					
Landesärztekammer	Ernennungen	Bemerkungen	Landesärztekammer	Ernennungen	Bemerkungen
Baden-Württemberg		bisher nicht umgesetzt	Niedersachsen	7	
Bayern		keine Angaben (Datenschutz)	Nordrhein		bisher nicht umgesetzt
Berlin		bisher nicht umgesetzt	Rheinland-Pfalz		bisher nicht umgesetzt
Brandenburg		bisher nicht umgesetzt	Saarland		bisher nicht umgesetzt
Bremen	2		Sachsen	13 (alt)	
Hamburg	4		Sachsen-Anhalt		bisher nicht umgesetzt
Hessen	1 (3)	zwei Anträge in Arbeit	Schleswig-Holstein		bisher nicht umgesetzt
Mecklenburg-Vorpommern	8 (persönliche Meldung)	keine Angaben (Datenschutz)	Thüringen	4	
			Westfalen-Lippe	15	

Ambulante pädiatrisch-fachärztliche Versorgung – ein Auslaufmodell?

Aufgezeigt am Beispiel der Pädiatrischen Pneumologie

„Kinder (haben) einen Anspruch auf bestmögliche Versorgung nach dem Kenntnisstand der Medizin.“

(Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt)

„Ihre medizinische Versorgung stellt sowohl auf der menschlichen Seite, als auch auf der fachlichen Seite besonders hohe Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte, an die Angehörigen der Heilberufe und an das Pflegepersonal. Denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Das gilt besonders für kranke Kinder, die [...] ein kindgerechtes Umfeld und spezielle pädiatrische Kompetenz benötigen.“

(Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, 3.11.2003)

„Die bedarfsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll durch Kinder- und Jugendärzte gewährleistet werden.“

(Beschluss des Deutschen Bundestages, 27.5.2002)

Diese von allen – nun in zwar veränderter Zusammensetzung, aber wieder im Bundestag vertretenen – Parteien unwiderrprochenen Äußerungen der weiterhin amtierenden Bundesgesundheitsministerin und der Beschluss des Deutschen Bundestages sind beachtenswert und sollen im Nachfolgenden einer Überprüfung unterzogen werden. Am Beispiel der Situation der ambulanten pädiatrisch-pneumologischen Versorgung lässt sich die Kluft zwischen politischem Wunschdenken und der Realität betrachten. Leider stehen zusätzlich zu viele (berufs)politische Partikularinteressen der gesellschaftlich geforderten optimalen Betreuung von Kindern und Jugendlichen entgegen. Dieses betrifft überwiegend die pädiatrisch-fachärztliche Versorgung.

Die Versorgung mit Pädiatern mit Schwerpunkt-(SP-) bzw. Teilgebiets-(TG-)Anerkennungen zum 31. Dezember 2004 ist in der Tabelle dargestellt. Bis zur Reform der Weiterbildungsordnung durch den 104. Deutschen Ärztetag 2004 führten nur etwa vier Prozent der ambulant tätigen Pädiater diese anerkannten SP/TG. Die von der letzten Bundesregierung verabschiedete Gesundheitsreform zwang die niedergelassenen Pädiater in die „hausärztliche Versorgungsebene“ mit der Hintertür,

„bedarfsweise“ zur fachärztlichen Versorgung zugelassen werden zu können. Der Bedarf ist jeweils der KV nachzuweisen. Zur Beurteilung werden u. a. in Hamburg bzgl. der pädiatrisch-pneumologischen Versorgung Gutachten von Pneumologen (!!!) eingeholt, die Bezahlung dieser Tätigkeit erfolgt allerdings aus pädiatrischen Töpfen.

Besonders unsere internistisch-pneumologischen Kollegen wehren sich oft mit Hilfe der örtlichen KVen vehement und sehr erfolgreich gegen die Zulassung von Pädiatern zur fachärztlichen Versorgungsebene, eben mit dem Argument, sie könnten alleine die fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen.

Von den in der GPP 2005 vertretenen niedergelassenen pädiatrisch-pneumologisch tätigen Kollegen besaßen 52 Prozent eine haus- und fachärztliche Zulassung, sechs Prozent eine rein fachärztliche Zulassung und immerhin noch 41 Prozent eine nur hausärztliche Zulassung. Letztere waren somit von der fachärztlichen Versorgung und Abrechnung ausgeschlossen.

Kinderärzte nach Schwerpunktbezeichnungen und Tätigkeitsarten am 31. Dezember 2004

Bezeichnung	berufstätig	ambulant	stationär	sonstigtätig
Kinderheilkunde (ohne SP und TG)	10.178	6.100	3.107	971
SP Kinderkardiologie	310	111	185	14
SP Neonatologie	902	125	755	22
TG Kindergastroenterologie	4		4	
TG Kinderhämatologie	7	1	6	
TG Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	9	3	6	
TG Kinderneurologie	2		2	
TG Kinderneuropsychiatrie	7	3	4	

Tab. [Quelle: KBV, Bundesärztekammer]

Eine Lösung wäre die Anerkennung der Zusatzbezeichnung (ZB) oder des Schwerpunkts (SP) „Pädiatrische Pneumologie“, da so der Zugang zur Zulassung zur fachärztlichen Versorgung in unserem Spezialgebiet gesichert wäre. Die Kriterien für die Zulassung zu den Prüfungen sind jedoch in den einzelnen Ärztekammern unterschiedlich und z. T. derartig scharf formuliert, dass bei einer weiteren rigiden Handhabung von nicht am Versorgungsbedarf orientierten Übergangskriterien nur sehr wenige Kollegen zur Prüfung zugelassen werden können. Somit kann auch in diesen Fällen keine Verbesserung der Lage der niedergelassenen pneumologisch tätigen Kollegen erreicht werden.

Fazit I

Auch in den kommenden Jahren ist durch die Widerstände seitens der „Erwachsenen“-Disziplinen in vielen KVen und Ärztekammern nicht mit einer Entspannung der Lage in Hinsicht auf die Zulassung pädiatrisch-pneumologisch tätiger Kinder- und Jugendärzte zur fachärztlichen Versorgung zu rechnen. Es muss von vielen Seiten darauf hingewirkt werden, die Übergangskriterien dem tatsächlichen Tätigkeitsprofil der pädiatrisch-pneumologisch arbeitenden Kollegen anzupassen; im Bereich der Ausbildung des Nachwuchses sollten Ausbildungskataloge angestrebt werden, die eine breite Zulassung zur ZB/SP gewährleisten. Eine Verbesserungsmöglichkeit wäre aus meiner Sicht das Einschwenken auf die Kriterien des europäischen Syllabus zur pädiatrisch-pneumologischen Ausbildung. Hierzu wäre aber eine erneute Änderung der WBO notwendig.

Wie viele Pädiatrische Pneumologen braucht das Land?

Bei einer derzeitigen Dichte von ca. 1.100 internistischen Pneumologen auf ca. 63 Millionen Erwachsene in Deutschland kann man von einer „Pneumologen-Dichte“ von ca. einem Pneumologen auf 52.000 Erwachsene ausgehen. Brechen wir diese Zahl auf die 17 Millionen Kinder und Jugendlichen in unserem Lande um, so kämen wir auf einen Bedarf von ca. 340 pädiatrischen Pneumologen. Da aber im Bereich der Niederlassung nur sechs Prozent der pädiatrischen Pneumologen ausschließlich fachärztlich tätig sind und wir auch im stationären Bereich nur bei einer Minderheit eine rein pneumologische Tätigkeit voraussetzen können, erscheint es plausibel, hier von „Parttime-Pädiater-Pneumologen“ ausgehen zu müssen. Bei einer angenommenen 50-Prozent-Tätigkeit im Fachgebiet der pädiatrischen Pneumologie erhöht sich dann der Bedarf auf ca. 680 Pädiater-Pneumologen (d. h. ca. 25.000 Kinder und Jugendliche je „Parttime-Pädiater-Pneumologe“). Bei einer angenommenen „Lebensarbeitszeit“ von 20 Jahren gäbe dies einen Ausbildungsbedarf von 34 bis 40 pädiatrischen Pneumologen pro Jahr. Diese Zahl zu erreichen wird angesichts der sehr hohen Hürden, die seitens der WBO errichtet worden sind, schwierig, wenn nicht gar unmöglich (So bildet Hamburg bei einem Einzugsbereich von 2,5 Millionen Einwohnern derzeit lediglich einen pädiatrischen Pneumologen in zwei Jahren aus).

Beim umfassenden Inkrafttreten der neuen WBO könnte die Situation günstigstenfalls wie folgt aussehen:

Jede pädiatrische Abteilung in Deutschland hat einen auch ambulant tätigen Pädiatrischen Pneumologen	= 380
Zulassungen qualifizierter Niedergelassener, günstigstenfalls	= 150
<hr/>	
Gesamtzahl günstigstenfalls zu erwartender Pädiatrischer Pneumologen	= 530
Unterdeckung günstigstenfalls	= 150

Fazit II

Die neue pädiatrische Spezialisierung „Pädiatrische Pneumologie“ steckt in einer prekären Situation: Durch die restriktive Zulassung zur fachärztlichen pädiatrischen Versorgung seitens der von Erwachsenen-Disziplinen dominierten KVen wird die pädiatrisch-pneumologische Arbeit auf der Ebene der KV teilweise massiv behindert.

Die überaus stringente Handhabung der Übergangsregelungen durch Ärztekammern, leider auch unter Mitwirkung von meinungsstragenden Pädiatern, kann zu einem massiven Fehlstart führen, da die Pädiatrie den Beweis zu führen droht, überhaupt nicht in der Lage zu sein, eigene fachärztliche Versorgungsstrukturen aufzubauen und zu erhalten.

Der Niedergang der stationären pädiatrischen Versorgung wird absehbar schon zu einem Mangel an „Basis-Pädiatern“ führen, die dann zu fördernde Subspezialisierung droht zu einem „Exotendasein“ zu degenerieren.

Resümee

Wir befinden uns in einer für die Pädiatrie insgesamt äußerst kritischen Phase: Die ambulante Pädiatrie wurde ihres Facharztstatus „beraubt“ und der hausärztlichen Fraktion zugeschlagen. Dieses hat den ohnehin schon immer bestehenden Appetit der Erwachsenen-Fachdisziplinen auf pädiatrische Tätigkeiten Tür und Tor noch

Berufspolitik

weiter geöffnet (vgl. z. B. Positionspapier des Berufsverbandes der Pneumologen im Mitteilungsheft No. 69, 2005: Kooperation und Qualitätssicherung bei der pneumologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen: www.pneumologenverband.de/aktuelles/download/mitteilungen/BDP_69-05.pdf). Der Mangel an pädiatrischen Weiterbildungsplätzen im stationären Versorgungsbereich wird die Situation weiter verschärfen und es drängt sich der Verdacht auf, dass – entgegen oben genannter Lippenbekenntnisse unserer weiter amtierenden Bundesgesundheitsministerin und der im Bundestag vertretenen Parteien – seitens der Politik das „Einstampfen“ einer wohnortnahen pädiatrischen fachärztlichen Versorgung analog dem holländischen oder britischen Modell geplant ist (z. B. Schließen wohnortnaher kleinerer pädiatrisch-stationärer Versorgungseinheiten, keine Förderung der pädiatrischen Weiterbildung in spezialisierten Praxen, aber finanzielle Förderung von Hausarzt-Ausbildung). Die Zukunft der Pädiatrie steht und fällt aus meiner Sicht mit der Etablierung einer pädiatrisch-fachärztlichen Versorgung in allen Bereichen der pädiatrischen Subdisziplinen, wie in der neuen WBO vorgesehen: Nur diese wird es ermöglichen, pädiatrische „Kompetenz-Netzwerke“ zu generieren und damit nach außen das Existenzrecht der Pädiatrie in der derzeit hochwertigen Versorgung zu dokumentieren. Diese Entwicklung muss vor allem auch von innen,

also von unseren pädiatrischen Verbänden und in der Öffentlichkeit auftretenden Meinungsträgern, unterstützt werden. Eifersüchteleien mit dem Ziel der innerpädiatrischen Ausgrenzung zum „Reviererhalt“ sind kontraproduktiv und schädigen die Pädiatrie und deren Zukunft insgesamt.

Dr. med. Christoph Runge
CF-Zentrum Altona
Friesenweg 2, D-22763 Hamburg
E-Mail: GPP-Niedergelassene@centermail.net

Literatur:

- [1] Zweite aktualisierte und überarbeitete Auflage der Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer (2003)
- [2] Entwicklung der Anzahl der Kinderärzte in den neuen Bundesländern. Vortrag von Prof. Dr. med. HJ Nentwich, Vizepräsident des BVKJ, 2004

Jetzt Mitglied der GPP werden!

Die erfolgreiche Interessenvertretung der pädiatrischen Pneumologen braucht die Unterstützung der Ärzte in Klinik und Praxis.

Deshalb: Formular ausfüllen, ausschneiden und im Fensterumschlag an die angegebene Anschrift senden.



Antrag auf Mitgliedschaft

An den
Schriftführer der Gesellschaft für
Pädiatrische Pneumologie e.V.
Herrn Prof. Dr. med. M. Griese
Dr. von Haunersches Kinderspital
Lindwurmstr. 4

D-80337 München

Name

Anschrift

Tel.

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Aus der AG Asthmaschulung (Sprecher: Dr. med. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück)

Die Asthmaschulung im Rahmen des Disease Management Programms

2005 war gesundheitspolitisch ein ereignisreiches Jahr – nicht nur durch die Bundestagswahlen mit all den Nachwehen. Die Rechtsverordnung zum DMP Asthma bronchiale ist zum Jahresbeginn 2005 in Kraft getreten; das Thema war einer der Schwerpunkte der GPP-Jahrestagung 2005. Inzwischen stehen unseres Wissens die Verhandlungen in Bayern, Bremen und vielleicht auch in Brandenburg vor dem Abschluss. Anfang 2006 soll das DMP dann in den ersten Bundesländern in Kraft treten.

ist ein akkreditiertes Schulungsprogramm. Für die Altersgruppe der 5- bis 18-Jährigen wurde das Schulungsprogramm der AG Asthmaschulung (AGAS) vom Bundesversicherungsamt im September 2005 akkreditiert. Es ist zurzeit das einzige Schulungsprogramm, das für diese Altersgruppe im Rahmen des DMP umgesetzt werden kann. Das NASA-Schulungsprogramm betrifft den Bereich der Erwachsenenschulung.

Kriterienkatalog erarbeitet

Nach wie vor ist sicherlich ein großes Problem bei der Umsetzung des Schulungsprogramms (siehe frühere Jahresberichte), dass eine hohe Zahl von Pati-



Asthmaschulung 2005: Kinder krabbeln durch den Kriechtunnel, der die verengte Luftröhre darstellt.

Schulungsprogramm akkreditiert

Unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung des DMP

enten eine Schulung im DMP angeboten bekommen soll. In einigen Fällen ist allerdings eine gute Instruktion ausreichend. Wir haben uns diesem Problem gewidmet und einen Kriterienkatalog bezüglich der differenziellen Indikation erarbeitet (s. Tab. 1 [Schulte im Walde J et al., Präz. Rehab. 2005; 17: 52–64]).

Die Kriterien wurden im Rahmen eines Expertenratings vor dem Hintergrund der vorliegenden Literatur erarbeitet. Ziel dieses Kriterienkataloges ist es, in einer überschaubaren Zeit (Realisierbarkeit im Praxisalltag) eine Entscheidungshilfe dafür zu haben, welche Familien unmittelbar einer Schulung zugewiesen werden sollen bzw.

für welche Familien eine basale Instruktion ausreichend ist. Letztere muss laut DMP-Verordnung allen eingeschriebenen Patienten zukommen. Der Kriterienbogen wird bereits in prospektiven Studien zur weiteren Evaluation eingesetzt.

Die AG Asthmaschulung führt mit Beginn Dezember 2005 eine neue Studie zur Elternschulung durch, um das Programm bei Eltern, deren Kinder zwei bis fünf Jahre alt sind, ebenfalls zu evaluieren. Dies wird deswegen wichtig sein, weil zu hoffen ist, dass im Rahmen der Weiterentwicklung des DMP auch die Zwei- bis Fünfjährigen in das DMP eingeschlossen werden können.

Kriterien zur differenziellen Indikation für eine ambulante Asthmaschulung

- Schlechte Selbsteinschätzung des Kindes bzw. schlechte Beurteilung durch die Eltern
- Asthmabezogene Angst beim Kind
- Asthmabezogene Angst bei Mutter, Vater oder Geschwistern
- Streit und Ärger um die Therapiedurchführung (z. B. „Inhalierstress“)
- Notwendigkeit sozialer Unterstützung durch Gleichbetroffene
- Belastende Vorerfahrungen bzgl. Asthma bei Verwandten 1. und 2. Grades

Tab. 1 [Schulte im Walde J, Szczepanski R, v Schlippe A (2004)]

Asthmaakademien

Asthmaakademie Baden-Württemberg

Fachkliniken Wangen, Rehabilitations-Kinderklinik

Am Vogelherd 14, 88239 Wangen/Allgäu
Dr. Thomas Spindler, Tel.: 07522-797-1211, Fax: 07522-797-1117
E-Mail: T.Spindler@aabw.de, tspindler@wz-kliniken.de

St. Josefskrankenhaus Freiburg, Kinderabteilung St. Hedwig

Sautierstraße 1, 79104 Freiburg
Prof. Dr. Johannes Forster, Tel.: 0761-2711-2800 od. -2801
Fax: 0761-2711-2802, E-Mail: Johannes.Forster@RKK-SJK.de,
J.Forster@aabw.de

Asthmaakademie Berchtesgaden-Salzburg

CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden
Dr. Gerd Schauerte, Dr. Josef Lecheler,
Tel.: 08652-6000-0 od. -6000-111, Fax: 08652-6000-273, E-Mail:
Dr.Schauerte@asthmazentrum.com, Dr.Lecheler@asthmazentrum.com

Asthmaakademie Berlin

Förderkreis Schulung für chronisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Betreuer e.V., Charité, Campus Virchow Klinikum, Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Prof. Dr. Ulrich Wahn, Tel.: 030-450-66882, Fax: 030-450-66983
E-Mail: Ulrich.Wahn@charite.de

Dr. Ch. Schmidt-Grüber, Tel.: 030-8002-2333, Fax: 030-8002-2278

Dipl. Psych. Norbert Gebert, Kastanienallee 20, 16341 Röntgental
Tel.: 030-9444114, mobil: 0170-2160009, Fax: 030-94414159
E-Mail: NGebert@t-online.de

Asthmaakademie Davos

Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang, Fach- u. Reha-Klinik für Atemwegsleiden

CH-7265 Davos-Wolfgang
MA sc. soc. Eugen Hodapp, Dr. Hans-Joachim Mansfeld,
Tel.: 0041-81-417-3562 od. -417-4444, Fax: 0041-81-417-3037
od. -417-3030, E-Mail: Eugen.Hodapp@hgk.ch,
Hansjoachim.Mansfeld@hgk.ch

Asthmaakademie Gaißach/München

Rehabilitationszentrum Gaißach der Deutschen Rentenversicherung

Dorf 1, 83674 Gaißach b. Bad Tölz
Dipl. Psych. Oliver Gießler-Fichtner, Prof. Dr. C. P. Bauer
Dr. Dieter Stein, Tel.: 08041-798221, Fax: 08041-798222
E-Mail: info@fachklinik-gaissach.de

Asthmaakademie Hessen

Asthmazentrum Rhein-Main, J.-W.-Goethe-Universitätsklinikum

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt
Dipl. Psych. Barbara Wolfram, Dr. Johannes Schulze
Tel.: 069-6301-83664, Fax: 069-6301-83886,
E-Mail: asthmazentrum@kgu.de

Asthmaakademie Köln-Bonn

Dr. U. Umpfenbach, Venloer Str. 67, 41751 Viersen
Tel.: 02162-42767, Fax: 02162-51617, Web: www.kinderarzt-umpfenbach.de

FAAK Köln, „Kölner Puste Pänz“, Kinderkrankenhaus d. Stadt Köln

Amsterdamer Str. 59, 50735 Köln
Monika Aichele-Hoff, Tel.: 0221-8907-5223 (Mo. - Do. 10 - 13 Uhr)

Asthmaakademie Mecklenburg-Vorpommern

Ostsee-Kurklinik Fischland

An der Seenotstation 1, 18347 Ostseebad Wustrow
MR Doz. Dr. habil. Jutta Hein, Tel.: 038220-62-0, Fax: 038220-62-144
E-Mail: fischland@t-online.de, Web: www.ostseekurklinik-fischland.de

Asthmaakademie Mitteldeutschland

Klinikum Pirna, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Schandauer Str. 12, 01796 Pirna
Prof. Dr. Wolfgang Leupold, Tel.: 0351-766-1436, Fax: 0351-766-1695,
E-Mail: W.Leupold.paed@klinikum-pirna.de

Univ.-Klinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde

Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Dr. Christian Vogelberg, Tel.: 0351-458-2073, Fax: 0351-458-4355
E-Mail: Christian.Vogelberg@mailbox.tu-dresden.de, info@appa-ev.de

Asthmaakademie Nordfriesland

Fachklinik für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung

Steinmannstr. 52-54, 25980 Westerland (Sylt)
Dr. Rainer Stachow, Tel.: 04651-852-0 od. -852-61, Fax: 04651-852-70
E-Mail: Rainer.Stachow@lva-hamburg.de, fks.aerzte@t-online.de

Kinderfachklinik Satteldüne der Deutschen Rentenversicherung

Tanenwai 32, 25946 Nebel/Amrum
Dr. Gerd Hüls, Tel.: 04682-34-301 od. -34-140, Fax: 04682-34-108
E-Mail: Gerd.Huels@lva-schleswig-holstein.de, Web: www.sattelduene.de

Institut für Humanernährung

Düsternbrookerweg 19, 24105 Kiel
Prof. Dr. Dieter Kiosz, Tel.: 0431-880-5690 od. 0431-93152
mobil: 0170-3563164, Fax: 0431-9710153, E-Mail: ProfKiosz@aol.com

Asthmaakademie „Lufitku(r)s“ Osnabrück

Kinderhospital Osnabrück

Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück
Dr. Rüdiger Szczepanski, Dipl.-Psych. Gitta Brockmann
Tel.: 0541-5602-0, Fax: 0541-5602-107, E-Mail: hesseakos@uminfo.de,
Szczepanski@kinderhospital.de

Asthmaakademie Rheinland-Pfalz/Saarland

Fachklinik Am Hochwald der Deutschen Rentenversicherung

Lindenstr. 46-48, 55758 Bruchweiler
Dr. Heidi Siefken-Kaletka, Tel.: 06786-12-3918, Fax: 06786-12-3958
E-Mail: heidi.siefken-kaletka@lva-rheinland-pfalz.de

Aus den AGs

Landesbeauftragte für Qualitätssicherung in der Asthmaschulung	
Baden-Württemberg Prof. Dr. Johannes Forster St. Josefskrankenhaus, Kinderabteilung St. Hedwig, Sautierstr. 1, 79104 Freiburg Dr. Thomas Spindler Fachklinik für Atemwegserkrankungen Am Vogelherd 14, 88239 Wangen/Allgäu	Niedersachsen Dr. Michael Abend Heidekreis-Klinikum GmbH, Krankenhaus Soltau Oeninger Weg 30, 29614 Soltau Dr. Wulf Hoeller Arzt für Kinderheilkunde, Reitkamp 2, 31785 Hameln
Bayern Dr. Otto Laub Arzt für Kinderheilkunde, Happinger Str. 98 83026 Rosenheim Dr. Gerd Schauerte CJD Asthmazentrum Berchtesgaden Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden Dipl. Psych. Oliver Gießler-Fichtner Rehabilitationszentrum Gaißach, Dorf 1 83674 Gaißach b. Bad Tölz	Nordrhein Dr. Jürgen Funck Arzt für Kinderheilkunde, Lessingplatz 1, 41469 Neuss Rheinland-Pfalz Dr. Heidi Siefken-Kaletka Fachklinik Am Hochwald, Lindenstr. 46–48 55758 Bruchweiler Saarland Dr. Wolfgang Wahlen Arzt für Kinderheilkunde, In der Dell 33 66424 Homburg Bernd Mischo Kinderklinik Kohlhof, Klinikweg 1–5 66539 Neunkirchen Dr. med. Gero Birnbach St. Elisabeth-Krankenhaus, Kinderklinik Kapuzinerstr. 4, 66740 Saarlouis
Berlin Prof. Dr. Ulrich Wahn Charité, Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie/ Immunologie, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin Brandenburg/Berlin Dipl. Psych. Norbert Gebert Kastanienallee 20, 16341 Röntgental Bremen/Nordwest-Niedersachsen Martin Schacht Zentralkrankenhaus Links der Weser, Kinderklinik Senator-Weßling-Str. 1, 28277 Bremen Hamburg Dr. Wolfgang Rebien Arbeitsgemeinschaft allergologisch tätiger Kinderärzte e.V., Ilkstraat 4, 22399 Hamburg Dr. Martin Tiedgen Arzt für Kinderheilkunde, Deichhausweg 2 21073 Hamburg Hessen Dr. Johannes Schulze Asthmazentrum Rhein-Main, J.-W.-Goethe-Univ.- Klinikum, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt Beate Riel-Heckhausen M. A. Universitäts-Kinderklinik III – Mukoviszidose-Zentrum Sporttherapie, Im Neuenheimer Feld 153 69120 Heidelberg Mecklenburg-Vorpommern MR Doz. Dr. sc. Jutta Hein Ostsee-Kurklinik Fischland, An der Seenotstation 1 18347 Ostseebad Wustrow	Sachsen Dr. Jochen Meister Helios Klinikum Aue, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Gartenstr. 6, 08280 Aue Sachsen-Anhalt Dr. Wolfgang Lässig Städt. Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau Klinik für Kinderheilkunde, Röntgenstr. 1 06120 Halle Schleswig-Holstein Dr. Bernd Grunwald Arzt für Kinderheilkunde und Umweltmedizin Hamburger Str. 27, 25746 Heide Thüringen Dr. Heike Beyermann Friedrich-Schiller-Universität Jena, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kochstr. 2, 07743 Jena Westfalen-Lippe Sylvia Meier Kinderkrankenschwester, Asthmatrainerin St.-Josef-Hospital Bochum, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum

Basiskurse für Pädliater

Die AGAS arbeitet weiterhin aktiv mit den anderen Fachgesellschaften (GPP, GPA, BVKJ, DGKJ und Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin) zusammen, um vor dem Hintergrund der seinerzeit erarbeiteten Stellungnahme zum DMP für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter Basiskurse für Pädliater und deren Praxispersonal zu etablieren, die sich in das DMP einschreiben wollen. Teilnehmende Ärzte bzw. Praxen müssen einen entsprechenden Einführungskurs als Voraussetzung für die Einschreibung durchlaufen. Auch hier wird es wichtig sein, dass weiterhin alle beteiligten Fachgesellschaften gemeinsam an einem Strang ziehen.

Ausbildung zum Asthmatrainer

Die Kapazitäten für eine Ausbildung zum Asthmatrainer sind ausreichend, um den Ausbildungsbedarf für das DMP zu gewährleisten. Kontaktadressen der Akademien zeigt Tab. 2. Die Landesqualitätsbeauftragten (Tab. 3) sind für das jeweilige Bundesland Ansprechpartner, wenn es um die praktische Gewährleistung eines flächendeckenden Schulungsangebots geht.

Tab. 3.
Sprecher des Beirates und
Beisitzer im Vorstand sind
Oliver Gießler-Fichtner
und Dr. Thomas Spindler.
Stand: Oktober 2005

Die Qualitätsziele im Rahmen des DMP sind:

- Erhöhung des Anteils der geschulten Asthmapatienten
- Erhöhung des Anteils der Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement
- Vermeidung notfallmäßiger Behandlung (stationär, ambulant)
- Erhöhung des Anteils der Patienten mit ICS als Teildauertherapie

Somit hat die Patientenschulung

einen zentralen Stellenwert für die Umsetzung des DMP. Dies bedeutet eine Herausforderung an die Ausbildung ausreichend vieler Asthmatrainer sowie an die fortlaufende Qualitätssicherung.

*Dr. med. Rüdiger Szczepanski
Kinderhospital Osnabrück
Iburger Str. 187
D-49082 Osnabrück
E-Mail: Szczepanski@kinderhospital.de*

Aus der AG Asthmatherapie (Sprecher: Prof. Dr. med. Dietrich Berdel, Wesel)

Konsensuskonferenz erarbeitet neue Leitlinie zur Asthmatherapie

Anlässlich der letztjährigen Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) in Hannover wurde in der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Asthmatherapie beschlossen, eine Konsensuskonferenz mit dem Ziel einzuberufen, neue Leitlinien zur Asthmatherapie zu erstellen, um sie dadurch vom Evidenzstatus S1 auf den Evidenzstatus S2 anzuheben. Die Konsensuskonferenz Leitlinie Asthma bronchiale konnte dank der großzügigen Unterstützung der GPP, der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) und der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung e. V. am 22./23. Juli 2005 und noch einmal am 23. September 2005 in Kassel tagen. Teilnehmer waren die autorisierten Vertreter der pädiatrischen Fachgesellschaften, unterstützt durch Delegierte der Krankenkassen, der Patientenorganisa-

tionen, der Arbeitsgemeinschaft Atemtherapie und der Pharmaindustrie – im Einzelnen die Damen und Herren Berck, Berdel, Bühler, Forster, Gappa, von Gilgenheimb, Kiosz, Köhler, Leupold, Pfeiffer-Kascha, Riettschel, Schuster, Sitter, Spindler, Voigtmann, Wagner-Gillen und Wahlen. Es wurde der Beschluss gefasst, dass als Autoren der Leitlinie die Damen und Herren Berdel, Forster, Gappa, Kiosz, Leupold, Pfeiffer-Kascha, Riettschel, Schuster, Sitter, Spindler und Wahlen fungieren sollen. Die Sitzungen wurden moderiert von Dr. Helmut Sitter (Marburg), dem Beauftragten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die Konsentierung erfolgte in Form eines kombinierten Vorgehens aus nominalem Gruppenprozess und Delphi-Technik. Arbeitsgrundlage der Konsen-

suskonferenz war das Kapitel N 13 der Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., erschienen im Urban & Fischer Verlag im Oktober 2005. Weitere deutsche Leitlinien, die herangezogen wurden, waren:

- ◆ Die Nationale Versorgungsleitlinie des Ärztlichen Zentrums für Qualitätssicherung, publiziert im Deutschen Ärzteblatt im Oktober 2005.
 - ◆ Die Kurzfassung der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Asthma der Deutschen Atemwegsliga e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie von 2005.
- Darüber hinaus wurden folgende internationale Leitlinien berücksichtigt:
- ◆ British Guideline on the Management of Asthma [Thorax 2003].
 - ◆ Global Initiative for Asthma.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA) (National Institutes of Health 2004).

- ◆ National Asthma Education and Prevention Program. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma Update on Selected Topics [JACI 2002].

Diese Leitlinie stützt sich demnach auch auf internationale Leitlinien, die formal AWMF-S3-Leitlinien sind. Durch das jetzt fast abgeschlossene Verfahren konnte das Kapitel N 13 der Leitlinie Kinderheilkunde und Jugendmedizin, das bisher als S1-Leitlinie einzustufen war, den S2-Status erreichen. Die neue Leitlinie wird auf den Internetseiten der AWMF und der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie veröffentlicht. Anschließend wird sie in den Publikationsorganen der beteiligten Fachgesellschaften abge-

Aus den AGs

druckt, anderen Fachverbänden zur Übernahme empfohlen und interessierten Fachzeitschriften zum Nachdruck zur Verfügung

gestellt. Die Leitlinie ist drei Jahre nach ihrer Publikation von den beteiligten Fachgesellschaften zu aktualisieren.

*Prof. Dr. med. Dietrich Berdel
Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin am Marienhospital Wesel
Pastor-Janssen-Str. 8–38*

*D-46483 Wesel
E-Mail: Dietrich.Berdel@marien-hospital-wesel.de*

Aus der AG Grundlagenforschung (Sprecherin: Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Hannover)

Die Grundlagenforschung ist ein wesentlicher Baustein für den medizinischen Fortschritt in der Pädiatrischen Pneumologie. Die folgenden vier kurzen Berichte zeigen – exemplarisch für engagierte

und erfolgreiche Wissenschaftler in der Pädiatrischen Pneumologie –, dass auch in unseren Reihen hierzu wichtige Beiträge geleistet werden.

Wachstumsfaktoren und Hormone in der späten fetalen Lungenentwicklung

Die fetale Lungenentwicklung besteht aus einer gut beschriebenen Folge histologisch charakterisierter Veränderungen [1]. Diese Vorgänge werden von einer funktionellen Ausreifung der Lungenzellen und damit des gesamten Organs begleitet.

Mesenchymal-epitheliale Zell-Zell-Interaktionen [2], die den hormonellen Gegebenheiten unterliegen [3], spielen in der Ausreifung des fetalen Surfactant-Systems eine entscheidende Rolle und sind durch den Austausch spezieller Botenstoffe charakte-

riert (Abb.) [4, 5]. Intrauterine Inflammationsprozesse interferieren mit diesem Prozess [6]. Es gibt immer mehr Hinweise auf langfristige Lungenfunktionsstörungen bei Kindern mit gestörter Lungenentwicklung [7]. Um die Ausreifung der Lunge positiv zu beeinflussen, sind gezielte, nebenwirkungsarme Maßnahmen erwünscht, die langfristig eine normale postnatale Lungenfunktion ermöglichen. Um diese zu etablieren, ist jedoch eine detaillierte und umfassende Kenntnis der normalen Lungenentwicklungsprozesse notwendig.

Literatur:

- [1] Langston C, Kida K, Reed M. Human lung growth in late gestation and in the neonate. *Am Rev Respir Dis* 1984; 129: 607–13.
- [2] Torday J. Cellular timing of fetal lung development. *Semin Perinatol* 1992; 16: 130–9.
- [3] Gross I, Wilson CM, Ingelson LD, Brehier A, Rooney S. The influence of hormones on the biochemical development of fetal rat lung in organ culture. *Biochim Biophys Acta* 1979; 575: 375–83.
- [4] Smith BT. Lung maturation in the fetal rat: acceleration by injection of fibroblast-pneumocyte factor. *Science* 1979; 204: 1094–5.
- [5] Dammann CE, Nielsen HC, Carraway KL. Role of Neuregulin1{beta} in the Developing Lung. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 1711–6.
- [6] Willet KE, Jobe AH, Ikegami M, Newnham J, Brennan S, Sly PD. Antenatal endotoxin and glucocorticoid effects on lung morphometry in preterm lambs. *Pediatr Res* 2000; 48 (6): 782–8.
- [7] Evans M, Palta M, Sadek M, Weinstein MR, Peters ME. Associations between family history of asthma, bronchopulmonary dysplasia, and childhood asthma in very low birth weight children. *Am J Epidemiol* 1998; 148 (5): 460–6.

*Prof. Dr. med. Christiane Dammann
Med. Hochschule Hannover,
Kinderheilkunde I, Pädiatrische
Pneumologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover
E-Mail: Dammann.Christiane@mh-hannover.de*

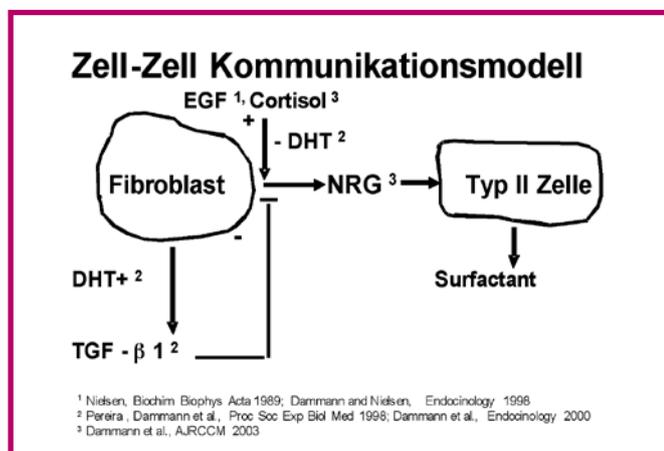


Abb.: Einfluss von Wachstumsfaktoren und Hormonen auf die Fibroblasten-Typ-II-Kommunikation in der späten fetalen Lungenausreifung.

CXCR1-Rezeptor-Verlust auf neutrophilen Granulozyten bei Patienten mit Cystischer Fibrose

Neutrophile Granulozyten (NG) sind als erste Zellpopulation am Ort der Entzündung und können Bakterien effizient eliminieren, verhindern somit eine bakterielle Besiedelung der Atemwege. NG von Patienten mit Cystischer Fibrose (CF) haben ein Defizit, Bakterien zu töten (Abb. 1). Unser Ziel ist es, herauszufinden, welche Mechanismen der gestörten Bak-

terienabwehr bei CF-Patienten zu Grunde liegen. In Zusammenarbeit mit der Universität Amsterdam fanden wir, dass der IL-8 Rezeptor CXCR1 auf NG in den Atemwegen von Patienten mit CF deutlich vermindert ist gegenüber gesunden Probanden und Patienten mit anderen Lungenerkrankungen (Abb. 2). In-vitro-Untersuchungen zeigen, dass Elastase den CXCR1-

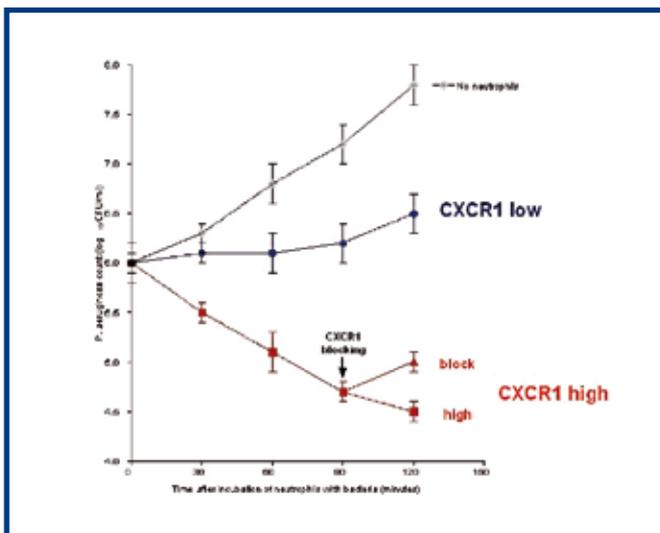


Abb. 2: Der Interleukin-8 Rezeptor CXCR1. Neutrophile Granulozyten (NG) mit normalem (hochexprimiertem) CXCR1-Rezeptor (rot) und mit reduziertem CXCR1-Rezeptor (blau) wurden mit Bakterien (*Pseudomonas aeruginosa*) inkubiert. NG mit normalem CXCR1-Rezeptor (rot) können die Bakterien töten; NG mit reduziertem CXCR1-Rezeptor (blau) hingegen haben einen deutlichen Defekt, Bakterien abzutöten.

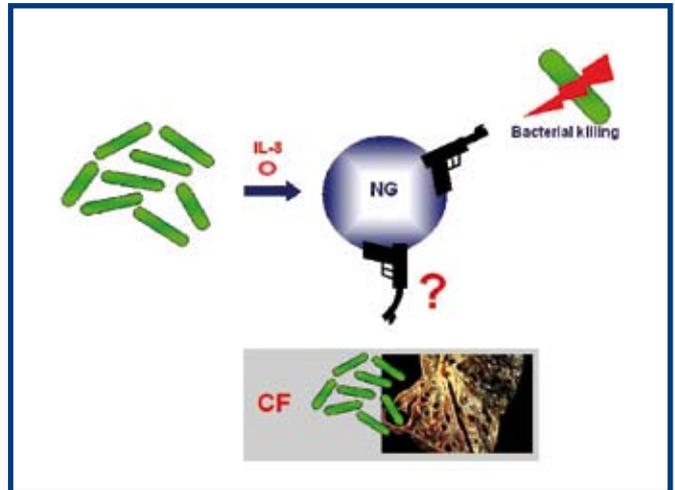


Abb. 1: Neutrophile Granulozyten (NG) bei Cystischer Fibrose (CF). Bakterien (grüne Stäbe) führen zu einer Ausschüttung von Interleukin-8 (IL-8), welches NG in die Lunge rekrutiert. Dort angekommen, töten NG Bakterien. Bei CF ist dieser Mechanismus gestört. Die Ursache ist bislang unklar.

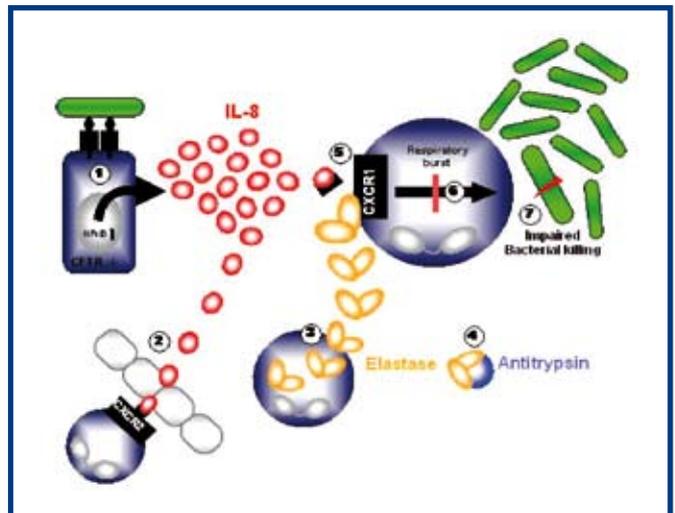


Abb. 3: Elastase in den Atemwegen von Patienten mit Cystischer Fibrose zerstört den Interleukin-8-Rezeptor CXCR1 auf neutrophilen Granulozyten. Das Binden von Bakterien (grüne Stäbe) an Atemwegsepithelzellen (über Toll-like Rezeptoren) führt zu einer Ausschüttung von Interleukin-8 (IL-8) ①. IL-8 rekrutiert über CXCR2 neutrophile Granulozyten (NG) aus dem Blut in die Lunge ②. In den Atemwegen von Patienten mit Cystischer Fibrose (CF) produzieren NG große Mengen an Elastase ③, welches durch Antitrypsin gebunden wird ④. Dieses Gleichgewicht ist in CF-Atemwegen gestört, so dass ein Überschuss an Elastase besteht. In der Lunge bindet IL-8 über CXCR1 an NG. Dies führt über den „Respiratory burst“ zum Abtöten von Bakterien. In CF-Atemwegen spaltet Elastase den CXCR1-Rezeptor auf NG ⑤ und schwächt dadurch den „Respiratory burst“ ⑥ und somit das Abtöten von Bakterien ⑦ ab.

Rezeptor proteolytisch abbaut, was durch eine Vorbehandlung mit α 1-Antitrypsin verhindert werden kann. Funktionelle Untersuchungen zeigen, dass das Fehlen dieses Rezeptors zu einer gestörten Bakterienabwehr führt. Inhalation mit α 1-Antitrypsin bei CF-Patienten in vivo verhindert den Abbau von CXCR1 auf NG und stellt die Bakterienabwehr bei CF-Patienten wieder her (Abb. 3).

Die Modulation von CXCR1 auf neutrophilen Granulozyten stellt eine therapeutische Möglichkeit dar, die Bakterienabwehr bei CF-Patienten zu verbessern.

*Dr. med. Dominik Hartl
Forschungszentrum Kubus
Dr. von Haunersches Kinderspital, LMU München
Lindwurmstr. 4
D-80337 München
Tel.: 089-5160-2811*

Tiermodell eröffnet neue Perspektiven für die Pathophysiologie und Therapie der CF und anderer Formen der chronischen Bronchitis

Die Cystische Fibrose (Mukoviszidose) wird durch Mutationen im CFTR-Gen verursacht. CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) kodiert für einen cAMP-abhängigen Cl^- -Kanal, der in den Atemwegen sowie zahlreichen anderen Epithelien exprimiert wird. Im Atemwegsepithel von Patienten mit Cystischer Fibrose liegt ein charakteristischer Defekt der cAMP-abhängigen Cl^- -Sekretion sowie eine erhöhte Na^+ -Resorption vor [1]. Diese Beobachtungen am nativen Atemwegsepithel führten zu der Vermutung, dass CFTR möglicherweise auch die Aktivität epithelialer Na^+ -Kanäle beeinflusst (Amilorid-hemmbarer epithelialer Na-Kanal, ENaC). Die Un-

tersuchung des Zusammenhangs zwischen der Ionentransportstörung und der In-vivo-Pathogenese der Cystischen Fibrose war dadurch erschwert, dass es bisher kein geeignetes Tiermodell gab. Überraschenderweise entwickelten CFTR-„knock-out“-Mäuse keine Lungenerkrankung. Offenbar wird der Defekt der CFTR-vermittelten Cl^- -Sekretion in den Atemwegen der CFTR-„knock-out“-Maus durch die Expression alternativer Ca^{2+} -abhängiger Cl^- -Kanäle kompensiert und im Gegensatz zu Patienten mit Cystischer Fibrose liegt bei diesen Mäusen keine erhöhte Na^+ -Resorption vor [2]. Beim Gesunden ist die Atemwegs-oberfläche von einem Flüssigkeitsfilm (Periziliärer Flüss-

sigkeitsfilm, PCL) bedeckt, der den Zilienschlag und somit die mukoziliäre Clearance ermöglicht. Das PCL-Volumen wird durch koordinierte Aktivität von

CFTR und ENaC reguliert. Bei der Cystischen Fibrose kommt es zu einem Defekt der CFTR-vermittelten Cl^- -Sekretion und einer gesteigerten ENaC-vermittelten

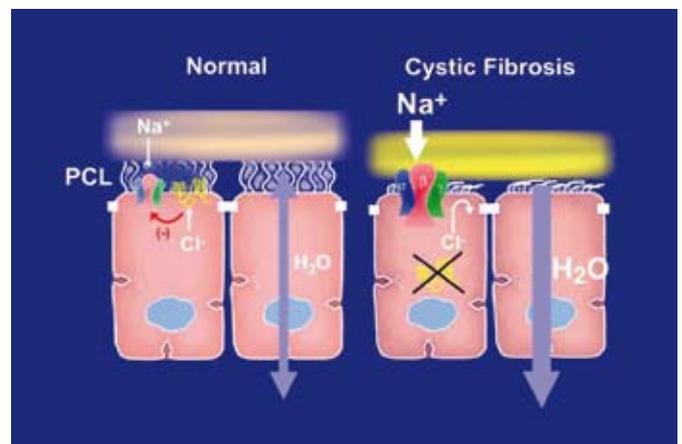


Abb.: Schema des Atemwegsepithels bei Gesunden und bei CF-Patienten.

Na⁺-Resorption. Durch Überexpression von ENaC in den Atemwegen der Maus konnte gezeigt werden, dass die erhöhte Na⁺-Resorption zu einer Volumendepletion des PCL führt [3, 4] (s. Abb.).

Die Folge ist ein Defekt der mukoziliären Clearance und eine schwere, der Cystischen Fibrose sowie anderen Formen der chronischen Bronchitis ähnliche Lungenerkrankung mit Mukusobstruktion, chronischer Entzündung und erhöhter Anfälligkeit

für Infektionen mit Bakterien wie *Pseudomonas aeruginosa* [3, 4]. Diese Ergebnisse legen nahe, dass neue pharmakologische Strategien, die (z. B. durch Hemmung von ENaC) zu einer Rehydratation der Atemwegsoberflächen führen, einen Erfolg versprechenden Ansatz für eine effektive Therapie der Cystischen Fibrose und möglicherweise auch anderer Formen der chronischen Bronchitis darstellen. Die ENaC-überexprimierende Maus eröffnet erstmals Möglichkeiten, die

Pathophysiologie sowie neue therapeutische Strategien zur Behandlung dieser chronischen Lungenerkrankungen in einem lebenden Organismus zu untersuchen.

*Dr. med. Marcus Mall
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatr. Pneumologie und Mukoviszidose-Zentrum
Im Neuenheimer Feld 153
D-69120 Heidelberg*

*E-Mail: Marcus.Mall@med.uni-heidelberg.de
Web: www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=7334*

Literatur:

- [1] Mall M et al. J Clin Invest 1998; 102: 15–21.
- [2] Grubb BR et al. Physiol Rev 1999; 79:S193–S214.
- [3] Mall M et al. Nat Med 2004; 10: 487–493.
- [4] Frizzell RA et al. Nat Med 2004; 10: 452–454.

Dendritische Zellen der Lunge – zentrale Akteure bei pulmonalen Immunreaktionen

Überschießende Entzündungsreaktionen der Atemwege und des Lungenparenchyms haben eine zentrale pathogenetische Bedeutung für Asthmaexazerbationen, für virusinduzierte Bronchiolitis und auch für viele Formen der Pneumonie. Derartige Entzündungsreaktionen sind bedingt durch Immunantworten auf Allergenexposition oder Infektionen mit Atemwegsviren, atypischen oder klassischen Bakterien. T-Zellen, sowohl als Effektorzellen als auch als Gedächtniszellen, sind für die Entstehung dieser Immunantworten von zentraler Bedeutung und sie unterhalten diese auch.

In den letzten Jahren hat es sich gezeigt, dass professionelle antigen-präsentierende Zellen, so genannte dendritische Zellen

(DC), wesentlich sind für die Aktivierung von naiven T-Zellen. Solche DC finden sich insbesondere in der Haut und in den Schleimhäuten, so auch in der Atemwegsmukosa. In diesen Grenzflächen des Körpers zur Außenwelt bilden DC ein dichtes Netzwerk und nehmen fremde Antigene auf, bauen diese ab zu Peptiden und präsentieren letztere im Zusammenhang mit MHC-Molekülen auf ihrer Oberfläche. In vielen Fällen reifen DC nach Antigenkontakt aus und wandern in die regionalen Lymphknoten, wo sie mit naiven T-Zellen interagieren und diese gegebenenfalls aktivieren, sofern deren T-Zellrezeptor das Antigen spezifisch erkennt (Abb. 1). Neben der Interaktion zwischen T-Zellrezeptor und

Peptid-MHC-Komplex spielen Interaktionen zwischen kostimulatorischen Molekülen auf DC und deren Liganden auf T-Zellen sowie DC-Zytokine

eine wichtige Rolle bei der Aktivierung von T-Zellen und bei deren Polarisierung zu Typ-1-, Typ-2- oder regulatorischen T-Zellen.

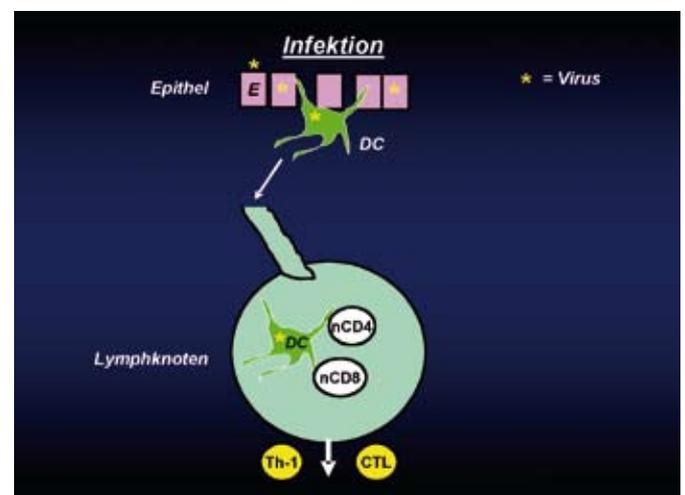


Abb. 1

Aus den AGs

DC der gesunden Lunge sind überwiegend unreif, exprimieren kostimulatorische Moleküle nur zu einem geringen Grad und spielen eine wichtige regulatorische Rolle, indem sie „harmlose“ Antigene ohne Kostimulation präsentieren und so durch T-Zellenergie, Apoptose und regulatorische T-Zellen Toleranz induzieren.

Gefahrensignale, insbesondere Pathogene, aber auch proinflammatorische Zytokine oder Nekroseprodukte lassen die DC der Lunge ausreifen. Arbeiten an Asthmamodellen in der Maus zeigten, dass die DC der Lunge notwendig sind zum einen für eine primäre allergische Sensibilisierung über die Atemwege, zum anderen aber auch für eine Reaktivierung von T-Gedächtniszellen bei erneuter Allergenexposition [1, 2]. Wir konnten zeigen, dass es nach RSV-Infektion (im Mausmodell) zu einer langwährenden Expansion reifer DC in der Lunge kommt, die die Infektion um Wochen überdauern [3] (Abb. 2). Diese reifen pulmonalen DC wandern nicht vermehrt in die regionalen Lymphknoten, sondern sind in der Lage, in der Lunge selbst T-Zellantworten auf normalerweise „harmlose“ Antigene auszulösen [4]. Antigenpräsentation durch DC in situ in der Lunge führt bevorzugt zu Typ-2-T-Zellantworten [5], wie

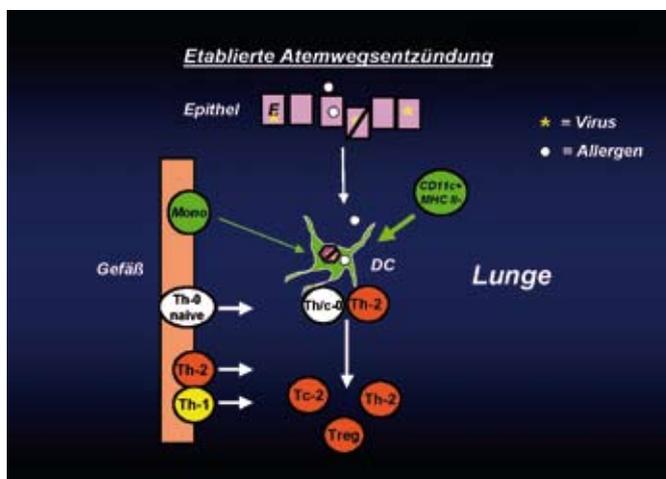


Abb. 2

sie bei allergischen Atemwegserkrankungen beobachtet werden. In unseren Versuchen stimulierten pulmonale DC nach RSV-Infektion IL-4- und IL-10-bildende Th-2-Zellen besser als IFN-gamma-produzierende Th-1-Zellen. Diese Beobachtungen weisen auf eine vulnerable Phase nach RSV-Infektion hin, in der eine allergische Sensibilisierung und vermutlich die Entstehung von Asthma bronchiale begünstigt sind. Dies könnte die Assoziation von RSV-Bronchiolitis mit vermehrten Asthmasymptomen und früher allergischer Sensibilisierung erklären. Ein genaues Verständnis der Mechanismen, durch die pulmonale DC Typ-1-, Typ-2- oder regulatorische T-Zellantworten induzieren, wird Möglichkeiten der therapeutischen und präventiven Immunmodulation aufzeigen und hoffentlich zu effektiveren Behandlungsmöglichkeiten entzündlicher Atemwegserkrankungen führen.

PD Dr. med. Jürgen
Schwarze
Department of Respiratory
Medicine, National Heart
and Lung Institute, Imperial
College London
Norfolk Place, London
W2 1PG, UK
E-Mail: j.schwarze@imperial.ac.uk

Literatur:

- [1] Lambrecht BN, Hammad H: Taking our breath away: dendritic cells in the pathogenesis of asthma. *Nat Rev Immunol* 2003; 3: 994–1003.
- [2] van Rijt LS, Jung S, Kleinjan A, Vos N, Willart M, Duez C, Hoogsteden HC, Lambrecht BN: In vivo depletion of lung CD11c+ dendritic cells during allergen challenge abrogates the characteristic features of asthma. *J Exp Med* 2005; 201: 981–991.
- [3] Beyer M, Bartz H, Horner K, Doths S, Koerner-Rettberg C, Schwarze J: Sustained increase in numbers of pulmonary dendritic cells after respiratory syncytial virus infection. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 127–133.
- [4] Brimnes MK, Bonifaz L, Steinman RM, Moran TM: Influenza virus-induced dendritic cell maturation is associated with the induction of strong T cell immunity to a coadministered, normally nonimmunogenic protein. *J Exp Med* 2003; 198: 133–144.
- [5] Constant SL, Brogdon JL, Piggott DA, Herrick CA, Visintin I, Ruddle NH, Bottomly K: Resident lung antigen-presenting cells have the capacity to promote Th2 T cell differentiation in situ. *J Clin Invest* 2002; 110: 1441–1448.

Aus der AG Kinderbronchoskopie (Sprecher: Prof. Dr. med. Thomas Nicolai, München)

Hygiene in der Pädiatrischen Bronchoskopie

Bei der Durchführung pädiatrischer Bronchoskopien spielt, besonders bei der flexiblen Endoskopie, die Hygiene eine große Rolle. Dieses Problem ist gegenüber den Verhältnissen in der Erwachsenen-Bronchoskopie dadurch verschärft, dass die Arbeitskanäle der pädiatrischen Endoskope sehr geringe Durchmesser aufweisen und deswegen besonders zur Biofilmbildung neigen. Eine effektive Reinigung und Desinfektion ist daher von höchster Bedeutung. Bei der starren Endoskopie ist dies nicht so problematisch, da die Geräte normal autoklaviert werden können. Für die Fiberskope ist jedoch entweder eine manuelle Reinigung oder eine Reinigung in speziell dafür vorgesehenen Waschmaschinen erforderlich. Um die Hygienesituation in der klinischen Realität zu überprüfen, wurde durch die Arbeitsgruppe „Bronchoskopie“ der GPP in den Jahren 2004 und 2005 eine Umfrage bei Kliniken durchgeführt, die selbst bronchoskopieren und die an der Arbeitsgruppe teilnehmen. Insgesamt haben elf Kliniken teilgenommen. Die Zahl der in diesen Abteilungen durchgeführten Bronchoskopien variiert von 18 bis 320/Jahr. Dabei waren vier Kliniken in der Gruppe mit unter 50/Jahr, vier in der

Risikobronchoskopien	
✓ CF-Pat./Jahr	0–15
✓ Bronchiektasen/Jahr	0–40
✓ TBC/Jahr	0–30
✓ HIV/Jahr	0–2
✓ Immundefekte/Jahr	0–30

Tab. 1

Gruppe mit 100 bis 200/Jahr und drei mit mehr als 200 Bronchoskopien/Jahr. Insofern ist die ganze Breite der in der klinischen Realität anzutreffenden Endoskopie-Häufigkeiten gut abgebildet. Kliniken mit hohem Durchsatz und dadurch häufigerer Reinigung, aber auch sehr starker Beanspruchung der Instrumente

haben ebenso teilgenommen wie Gruppen, bei denen relativ lange Gerätestandzeiten in den Lagerflächen vorkommen.

Studiendesign

In einer Fragebogen-Untersuchung wurden standardisiert Untersuchungsfrequenz, Un-

tersuchungsart, verwendete Endoskope sowie Reinigungs- und Desinfektionsmaschinen einschließlich der verwendeten Desinfektionslösungen abgefragt, ebenso Häufigkeit und Ergebnis von Hygieneuntersuchungen. Ziel der Analyse war es, eventuelle Risikofaktoren für positive Befunde zu eruieren bzw. den Sta-

Geräte	
✓ Olympus	in 7 Kliniken
✓ Pentax	in 5 Kliniken
✓ Storz	in 4 Kliniken
✓ Wolf	in 1 Klinik

Tab. 2

Reinigungsmittel	
✓ Thermosept	5
✓ Olympus	2
✓ Korsolex	2
✓ Antiseptica	1
Reinigung von Gastroskopen in derselben Maschine:	in 6 Kliniken
Reinigung von Koloskopen in derselben Maschine:	in 4 Kliniken

Tab. 3

Reinigung	
✓ Initiale Spülung:	in 10 Kliniken (1 x k.A.)
✓ mit versch. Reinigungsmitteln und Methoden	
✓ Maschinenreinigung in 10 Kliniken (eine Klinik mit Gassterilisation)	
✓ BHT	7
✓ Olympus	2
✓ Riwoplan	1

Tab. 4

Aus den AGs

tus quo der Hygienequalität zu dokumentieren. In Tab. 1 ist dargestellt, wie häufig Patienten bronchoskopiert wurden, die entweder ein Risiko bezüglich einer Kontamination der Geräte oder bezüglich einer Infektionsinduktion durch ggf. kontaminierte Geräte aufwiesen. Hieraus geht

pathogenen Umgebungskeimen sehr gefährdet sein können. Tab. 2 zeigt die verwendeten Geräte- marken, so dass also auch hier eine weitgehende Abdeckung der typischen Gerätehersteller vorliegt. Tab. 3 zeigt die Art der verwendeten Reinigungsmittel. In sechs Kliniken wurden in derselben

Endoskop-Waschmaschinen im Einsatz. Tab. 5 zeigt die Art der Aufbewahrung. Auch hier zeigt sich eine gewisse unterschiedliche Vorgehensweise in den einzelnen Zentren. In Tab. 6 ist die Kontrollhäufigkeit durch die Klinikhygiene wiedergegeben. Bei neun Kliniken erfolgten die Kontrollen

wie Spülwasser durch die Endoskop-Kanäle verwendet. Zu den bakteriologischen Befunden sind die Ergebnisse in Tab. 7 wiedergegeben. In drei von zehn Kliniken wurden positive Befunde erhoben: Einmal kam es zu einem einmaligen Keimnachweis, zweimal zu einem je zweimaligen Keimnachweis. Die betroffenen Gerätetypen betrafen alle Firmen. Es war im Fragebogen auch nach der Einschätzung der Abteilung gefragt worden, inwieweit eine Ursache für die Kontamination festgestellt werden konnte. Interessanterweise wurde jeweils ein Gerätedefekt – entweder beim Bronchoskop oder beim Reinigungsgerät – entdeckt, einmal lag ein Bedienungsfehler vor (Bronchoskop über das Wochenende in der Spülflüssigkeit belassen). Nach Beseitigung der jeweils gefundenen Fehlerursache waren die Geräte dann nicht mehr zu beanstanden.

Soweit es die kleine Anzahl der beteiligten Zentren zuließ, wurde versucht, eine Beziehung zwischen möglichen Risikofaktoren und positiven Befunden zu analysieren. Hierbei zeigte sich, dass es keine eindeutige Beziehung der erhobenen bakteriologischen Befunde zur Anzahl der Bronchoskopien/Jahr, zum Fabrikat der Bronchoskope, zur Häufigkeit der Risiko-Bronchoskopien (Mukoviszidosen, Bronchiektasen) sowie dem Verfahren der Aufbereitung und Aufbewahrung gab. Eine Aufbereitung von Gastroskopen und Koloskopen in derselben Reinigungsmaschine hatte ebenfalls keinen Einfluss auf die Häufigkeit der bakteriologischen Befunde (Tab. 8). Eine interessante Beobachtung stellt jedoch die Tatsache dar, dass die drei Kliniken, die po-

Aufbewahrung	
✓ Spezialschrank:	7
✓ Eingeschweißst:	3
✓ Andere Methode:	1 (eingepackt in sterile Tücher, in Schublade gelagert)

Tab. 5

Kontrollen	
Abt. (n = 11)	
✓ Klinik-Hygiene:	9 2–15 x/Jahr
✓ Andere:	2 tägl.
✓ Abklatschpräparat:	8 1 x k. A.
✓ Absaugung:	7 1 x k. A.
✓ Sonstiges:	1 Kontrolle der Spülmaschine

Tab. 6

hervor, dass in einigen Zentren durchaus erhebliche Zahlen von Patienten mit einerseits infektionsrelevanten Erkrankungen wie Tbc oder CF endoskopiert wurden, andererseits aber auch infektionsgefährdete Kinder mit z.B. Immundefekten, die ggf. selbst durch kleineren Kontaminationsinokuli mit an sich wenig

Reinigungsmaschine nicht nur Bronchoskope, sondern auch Gastroskope gewaschen und in vier Kliniken sogar Koloskope. Es erschien von Interesse, ob daraus eine zusätzliche Infektionsgefährdung ausgehen könnte. Tab. 4 zeigt die Ergebnisse zum Thema „Art der Reinigung“. Hier waren verschiedene

durch die Klinikhygiene, bei zwei durch das Personal der Bronchoskopie-Abteilung selbst. Die Häufigkeit schwankte bei den meisten Abteilungen zwischen zwei und 15 Kontrollen pro Jahr, zwei Abteilungen führten die Kontrollen wesentlich häufiger durch. In der Regel wurden Abklatschpräparate so-

Positive bakt. Befunde	
✓ in 3 Kliniken (1 x 1 Keimnachweis, 2 x 2 Keimnachweise)	
✓ Betroffene Gerätetypen:	
✓ Olympus ✓ Pentax ✓ Storz	
✓ Keime:	
✓ Pseudomonas aer.	3 x
✓ Micrococcus	1 x
✓ Koagulase neg. Staph.	1 x

Tab. 7

Keine klare Beziehung	
Anzahl der Bronchoskopien/Jahr	
Fabrikat der Bronchoskope	
CF bzw. Bronchiektasen/Jahr	
Reinigung von Gastroskopen/ Koloskopen in derselben Maschine	
Aufbereitungs-/Aufbewahrungs-Art	

Tab. 8

Aus den AGs

sitive Befunde erheben konnten, im Durchschnitt 7,7-mal pro Jahr (4- bis 15-mal) die Bronchoskope kontrollierten, während die Kliniken, die keine positiven Befunde erhoben, im Durchschnitt nur 3,3-mal pro Jahr (2- bis 6-mal) Kontrollen durchführten. Eine statistische Signifikanz ist

bei der kleinen Fallzahl natürlich nicht gegeben; dennoch lässt sich daraus die Empfehlung ableiten, dass regelmäßige Kontrollen mindestens alle zwei Monate durch die Klinikhygiene durchgeführt werden sollten. Keine Bedenken bestehen, gleichzeitig Gastroskope und Koloskope in derselben Reinigungsmaschine

zu reinigen. Die verwendeten Aufbewahrungs- und Vor- und Nachbereitungsmethoden waren adäquat. Eine stete Wachsamkeit ist jedoch auch bei modernen Geräten und Reinigungsmaschinen unbedingt erforderlich, um die pädiatrische Fiberbronchoskopie infektiologisch unbedenklich durchführen zu können.

*Prof. Dr. med. Thomas Nicolai,
Dr. med. Cordula Fischer-Trüstedt
Kinderklinik und Poliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München
Lindwurmstr. 4
D-80337 München
E-Mail: Thomas.Nicolai@med.uni-muenchen.de*

Aus der AG Lungenfunktion (Sprecherin: Prof. Dr. med. Monika Gappa, Hannover)

Normwertstudie zur Ergospirometrie

Die AG Lungenfunktion hat im vergangenen Jahr in stetigem Austausch zwischen einzelnen Mitgliedern daran gearbeitet, verschiedene Projekte voranzubringen. So wurde im Rahmen der letzten AG-Sitzung eine große Normwertstudie zur Ergospirometrie im Kindesalter vorgestellt, deren Protokoll von der Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie übernommen und als gemeinsamer Standard vorgeschlagen worden war. Hierüber sowie zu praktischen Aspekten der Belastungstestung bei kinderpneumologischen Patienten ergab sich eine kontroverse Diskussion; schließlich wurde eine kleine Arbeitsgruppe mit dem Ziel der Koordinierung zwischen unserer Gesellschaft, den Kinderkardiologen und der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin beauftragt. Ferner sollen detaillierte Empfehlungen zur klinischen Anwendung der

Impulsoszillometrie folgen, zusammen mit einer Zusammenstellung der innerhalb der AG verfügbaren Normalwerte.

AG als Ansprechpartner

Gerade im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung objektiver Funktionsparameter für das Management chronisch lungenkranker Kinder versteht es die AG Lungenfunktion als eine wesentliche Aufgabe, stets als Ansprechpartner für einzelne oder Gruppen pneumologisch tätiger Kollegen zur Verfügung zu stehen. Zukünftig wollen sich die Mitglieder der AG verstärkt dafür einsetzen, im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen die Besonderheiten der Lungenfunktionsdiagnostik im Kindesalter einer breiten Basis niedergelassener Kinder- und Jugendärzte zugänglich zu machen. Wir laden alle Interessierten aus-



Ergospirometrie bei einem 15-jährigen Jugendlichen mit Mukoviszidose

drücklich zu den Sitzungen der AG, aber auch zum Austausch, z. B. über E-Mail, ein.

*Prof. Dr. med. Monika Gappa
Med. Hochschule Hannover
Pädiatrische Pneumologie und*

*Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30623 Hannover
Tel.: 0511-532-9137
Fax: 0511-532-9125
E-Mail: gappa.monika@mh-hannover.de*

Aus der AG Lungentransplantation

(Sprecher: PD Dr. med. Manfred Ballmann, Hannover)

Mitarbeit im internationalen Netzwerk

Die AG hat sich auf der GPP-Tagung in Hannover 2005 neu konstituiert. Zum ersten Vorsitzenden wurde Manfred Ballmann (Medizinische Hochschule Hannover, Kinderklinik), zum stellvertretenden Vorsitzenden Christian Benden (z. Zt. Uniklinik Zürich) gewählt.

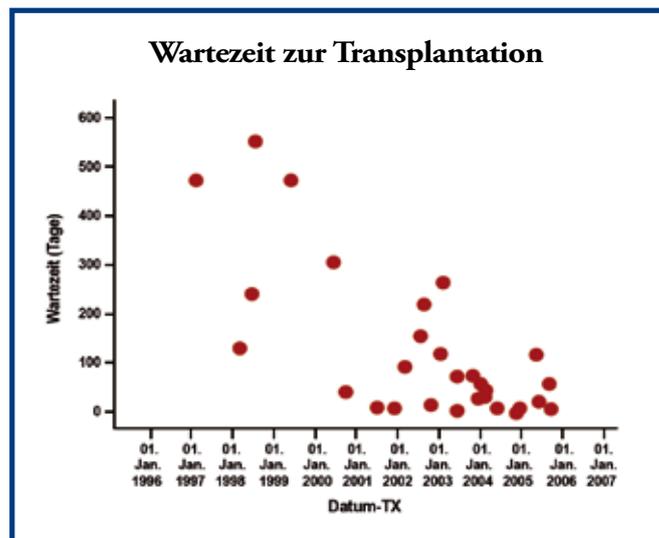
Unser Ziel ist es, bei der insgesamt kleinen Zahl von Zentren, die Kinderlungen transplantierten, über den deutschsprachigen Raum hinaus im Netzwerk der internationalen Gruppe von Zentren mit einem Kinder-Lungentransplantationsprogramm aktiv mitzuarbeiten. Erste Erfolge sehen wir u. a. in der Kooperation in einem internationalen multizentrischen Projekt zu Infektionsfragen nach Lungen-TX bei Kindern. Hieran haben aus der GPP die Zentren in Berlin, Wien und Hannover teilgenommen. Weitere interessierte, aktive Zentren sind herzlich zur Mitarbeit eingeladen. Zur Aufnahme in den E-Mail-Verteiler reicht eine kurze Nachricht an den Sprecher der AG (Adresse siehe unten). Für die Arbeit im Rahmen der GPP sehen wir einen dringenden Bedarf, die Indikationen für eine Lungen-TX, die dem Wandel unterworfen sind, allen Kollegen auch außerhalb der pneumologischen Schwerpunktkliniken bekannt zu ma-

chen. Erwähnt seien hier z. B. Patienten mit respiratorischer Insuffizienz nach onkologischer Therapie.

Die Betreuung lungentransplantierter Kinder kann nur gemeinsam vom TX-Zentrum, den Nachbetreuungseinrichtungen und engagierten Kollegen daheim beim Patienten erfolgreich betrieben werden. Die dafür notwendigen Strukturen zu etablieren, ist eine weitere Aufgabe. Hierzu fanden wir inzwischen sehr interessierte Ansprechpartner in der AG Rehabilitation. Wir wünschen uns sehr, zukünftig auch im Rahmen der GPP-

Jahrestagung ein größeres Forum zu Themen aus dem Bereich Lungen-TX zu erhalten, und hoffen, gemeinsam mit anderen Arbeitsgemeinschaften der GPP auch Workshops und Symposien veranstalten zu können.

*PD Dr. med. Manfred Ballmann
Med. Hochschule Hannover,
Pädiatrische Pneumologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30623 Hannover
E-Mail: Ballmann.Manfred@mh-hannover.de*



Entwicklung der Wartezeit zur Transplantation in den Jahren 1996–2006 für Kinder (am Beispiel des MHH Kinder-Lungen/Herz-Lungen-TX-Programms)

Aus der AG Mukoviszidose (Sprecher: Prof. Dr. med. Matthias Griese, München)

Leitfaden zur Diagnostik und Therapie der broncho-pulmonalen Aspergillose bei CF

Die Arbeitsgemeinschaft hat sich schwerpunktmäßig mit zwei Themen befasst, nämlich mit der

- Erstellung eines aktuellen und praxisorientierten Leitfadens zur Diagnostik und Therapie der broncho-pulmonalen Aspergillose (ABPA) und
- der Weiterentwicklung von Leit- und Hilfsmaterial für Hygienemaßnahmen im ambulanten Bereich bei Mukoviszidose.

Beide Themen wurden recht umfassend bearbeitet, entsprechende Manuskripte sind publiziert bzw. zur Publikation eingereicht.

Geplant wird darüber hinaus eine Untersuchung der Pharmakokinetik neuerer und besser verträglicher Antimykotika zur oralen Langzeittherapie bei CF.

Weiterhin steht die Wahl eines neuen Vorsitzenden dieser Arbeitsgemeinschaft an.

Unter Federführung von Dr. Huttegger, Salzburg, wurde erstmals für den deutschsprachigen Raum ein evidenzbasiertes Papier entwickelt, das alle wesentlichen Aspekte zur Diagnostik und Therapie der bronchopulmonalen Aspergillose (ABPA) bei Cystischer Fibrose (CF) umfasst. Teilnehmer dieser Projektgruppe waren:

Dr. I. Huttegger, Salzburg
Prof. R. Crameri, Davos
Prof. H. Lindemann, Gießen
PD Dr. F.-M. Müller, Heidelberg
Prof. Dr. M. Griese, München

Die allergische broncho-pulmonale Aspergillose (ABPA) bei Patienten mit Cystischer Fibrose (CF) frühzeitig zu diagnostizieren, bereitet häufig Schwierigkeiten, da die Klinik bei einem milden Verlauf einer ABPA oder einer schweren Form einer CF der jeweils anderen Erkrankung zugeschrieben werden kann. Häufig wird die Diagnose erst nach Jahren und in einem späteren Stadium der Erkrankung gestellt. Ein gezieltes Screening,

eine darauf aufbauende Diagnostik und eine rasch einsetzende Therapie sind notwendig.

Bei pulmonaler Verschlechterung, vor allem bei Nicht-Ansprechen auf eine antibiotische oder intensivierte Physiotherapie, muss man an eine ABPA denken. Die ABPA-Behandlung kann unter Fortsetzung der antibiotischen Therapie erfolgen. Die medikamentöse Therapie ist individuell auf die klinischen Symptome und das jeweilige Stadium der Erkrankung, das Ansprechen auf die Therapie und die Entwicklung von Nebenwirkungen abzustimmen. Kortikosteroide sollten, falls nicht eine Kontraindikation besteht, primär zur Therapie eingesetzt werden, initial in der Dosis von 0,5 bis 2 mg/kg/d (maximal 60 mg/d) Prednison-Äquivalent für ein

bis zwei Wochen, dann 0,5 bis 2 mg/kg/d alternierend für ein bis zwei Wochen. Anschließend erfolgt eine Reduktion in Abhängigkeit von der Klinik und dem Abfall des Gesamt-IgE, dem Rückgang der pulmonalen Infiltrate und der Verbesserung der Lungenfunktion. Die Reduktion der Steroiddosis sollte nicht alleine nach der Beurteilung klinischer Symptome erfolgen, da sich ausgeprägte Lungenver-

änderungen auch bei asymptomatischen Patienten entwickeln können. Es sollte angestrebt werden, die Therapie nach zwei bis drei Monaten zu beenden. Bei unzureichendem Ansprechen auf die Steroidtherapie sollte mit Nachdruck nach anderen Ursachen der Verschlechterung gesucht werden. Kommt es unter der Reduktion der Steroiddosis zu einer Verschlechterung der ABPA, sollte die Steroiddosis wieder angehoben werden. Nach Besserung der Symptomatik ist eine Reduktion der Steroidtherapie rasch anzustreben. Obwohl die derzeitige Datenlage nicht ausreicht, Itraconazol evidenzbasiert als initiale Therapie der ABPA zu empfehlen, sollte dieses Medikament großzügig eingesetzt werden. In jedem Falle ist die Anwendung zu erwägen, wenn sich die Sympto-

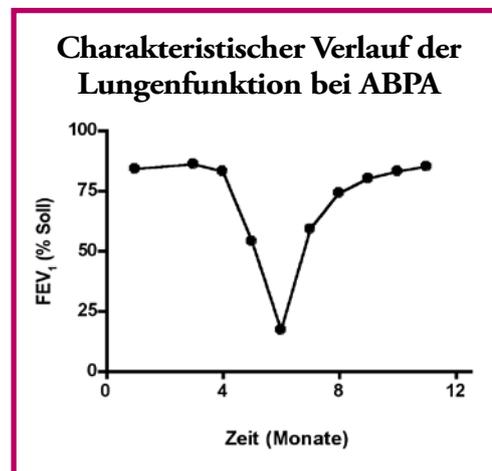


Abb. 1

matik auf Steroide nur langsam oder ungenügend bessert bzw. bei Rezidiven und in Fällen von stärkeren Kortikosteroidnebenwirkungen.

Erneute bronchopulmonale Beschwerden ohne Infektionszeichen, wieder ansteigendes Gesamt-IgE, neue oder zunehmende pulmonale Infiltrate oder eine Verschlechterung der Lungenfunktion (Abb. 1) sind Argumente für eine intensivierte Steroidtherapie. Multiple Exazerbationen weisen auf die Notwendigkeit einer Langzeittherapie hin. Itraconazol hilft, Steroide einzusparen. Vor dem Einsatz von Itraconazol sollten die Leberfunktionsparameter untersucht und während der Therapie nach einem Monat und dann alle drei bis sechs Monate bzw. bei klinischen Auffälligkeiten kontrolliert werden.

Medikamentenwechselwirkungen mit der Verstärkung der Wirksamkeit anderer Medikamente sind ebenso möglich wie die Beeinflussung des Itraconazolspiegels nach oben und unten. Eine Itraconazoltherapie soll unter Spiegelkontrolle erfolgen.

Weiterentwicklung von Leit- und Hilfsmaterial für Hygienemaßnahmen im ambulanten Bereich bei Mukoviszidose

Begonnen hatten diese Aktivitäten mit dem Ziel, ein praxisorientiertes Vorgehen bei der ambulanten Versorgung von CF-Patienten zu entwickeln. Insbesondere in München wurde dann im CF-Zentrum des Dr. von Haunerschen Kinderspitals

eine am Besuchsablauf orientierte Hygieneempfehlung erarbeitet (Abb. 2), als Handzettel für Patienten und Eltern, Merkblätter für das Versorgungspersonal und als Videofilm für alle Beteiligten erstellt. Die Ergebnisse sind im European Journal of Medical Research publiziert [Schewe et al, Eur J Med Res 2005, 10, 345–351]. Das pdf-File des Manuskripts kann bei Matthias.Griese@med.uni-muenchen.de angefordert werden.

Aufgrund des weit reichenden Interesses an diesem Projekt wurde diese Arbeit von der neu gegründeten Vertretung der Ärzte im Muko e.V. aufgegriffen. Diese versucht nun, einen größeren, über die GPP hinausgehenden Kreis von CF-Behandlern zu erreichen. Hier wird nun unter Federführung von Dr. Schewe, München, versucht, praxisorientierte Leitpapiere auch für alle anderen Alltagsbereiche der

CF-Patienten zu erstellen. An weiteren Mitarbeitern haben bisher zugesagt: Smaczny und Hirche, Frankfurt; Staden, Berlin; Engelhardt, München; Köster, Oldenburg; Barker, Aachen; Classen, Kiel.

Das Ziel ist, sehr kurzfristig die notwendigen Entwürfe zu erstellen und diese dann im Rahmen einer Kommissions-sitzung zu besprechen und zu verabschieden. Letztere ist für April 2006 geplant.

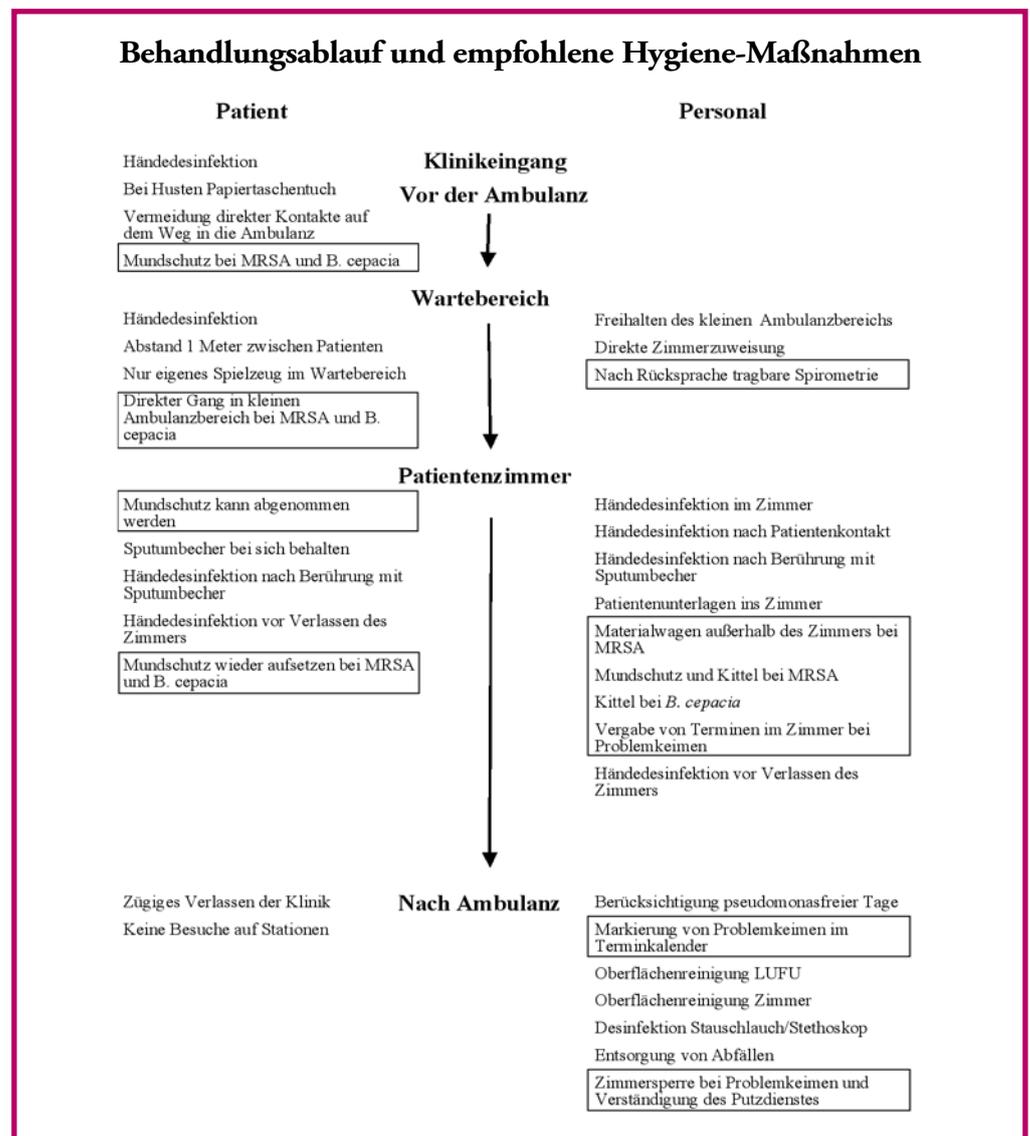


Abb. 2

Aus den AGs

Pharmakokinetik neuerer und besser verträglicher Antimykotika zur oralen Langzeittherapie bei CF

Dieses Projekt wurde von PD Dr. Müller, Universitäts-Kinderklinik Heidelberg, vorgeschlagen. Erste Diskussionen und Überlegungen haben die in Frage kommenden Substanzen eingeengt. Weitere entscheidende Schritte sind nun die Etablierung von Methoden zur Messung der relevanten Metabolite im Serum, die Ent-

wicklung eines Prüfdesigns und Prüfplans, die Beantragung von Mitteln, Überlegungen zum Genehmigungsverfahren/Ethikkommission und schließlich die Realisierung der Studie.

Wahl eines neuen Vorsitzenden der AG

Zur turnusgemäßen Übergabe der Aufgaben des Vorsitzenden der AG Mukoviszidose der GPP sind Neuwahlen bei der kommenden GPP-Tagung in Frankfurt geplant. Hierzu wurden alle GPP-Mitglieder mit

E-Mail-Adresse angeschrieben. Es haben sich bisher folgende Nominierungen ergeben: Dr. Doris Staab, Berlin; Dr. Gerd Hüls, Amrum; Prof. Griese, München (kandidiert nicht mehr); PD Dr. Müller, Heidelberg; Dr. Huttegger, Salzburg. Ziel der weiteren Arbeit der AG Mukoviszidose sollte es sein, die spezifisch pädiatrisch-pneumologischen Aspekte der Mukoviszidose weiter zu untersuchen und dies in den Gesamtzusammenhang der Behandlung zu stellen. Hierzu ist vor allem eine integrative Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für

Pneumologie, der AGAM und anderen Gruppierungen der CF-Behandler erstrebenswert.

Ich möchte alle Interessierten ganz herzlich zur Sitzung der AG einladen!

*Prof. Dr. med. Matthias Griese
Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München
Lindwurmstr. 4
D-80337 München
E-Mail: Matthias.Griese@med.uni-muenchen.de*

Aus der AG Niedergelassene Kinderpneumologen (Sprecher: Dr. med. Christoph Runge, Hamburg)

Erfolgreiche Verhandlungen zur Stärkung der Niedergelassenen

Disease-Management-Verträge

In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband werden derzeit ernsthaft DMP-Verträge in Bayern, Bremen und Baden-Württemberg verhandelt. Mittlerweile unterschriftsreif ist der Vertrag in Bayern, wobei weiterhin die Positionierung der Ebene II unklar ist (Pädiatrisch-Pneumologische Schwerpunktpraxen). Immerhin scheint es hier gelungen zu sein,

Pädiater gleichrangig mit den Pneumologen (!) in der Ebene II anzusiedeln.

Leider gibt es immer wieder Versuche, die einzige wissenschaftlich untersuchte und akkreditierte Schulung von Kindern und Jugendlichen, das Konzept der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (Osnabrücker Modell), seitens der Krankenkassen und der Internisten-Pneumologen zu untergraben und durch eine nicht validierte, aber billigere Schulung

der Internisten-Pneumologen zu ersetzen.

Besondere Anerkennung gebührt hier neben vielen anderen den AG-Kollegen Wolfgang Brosi (Würzburg), Christian Buck (Blaustein), Otto Laub (Rosenheim) und Martin Tiedgen (Hamburg). Diese haben wesentlich zur Stärkung der Position der Niedergelassenen während der Verhandlungen beigetragen. In Bayern gebührt Bernd Simon vom Berufsverband Dank für den Einsatz für unsere Sache.

Integrierte Versorgung (IV)

Bislang gibt es zwei IV-Verträge: Südbayern (Pädnetz – DAK) und Baden-Württemberg. Dort ist es unseren AG-Kollegen Otto Laub und Christian Buck gelungen, akzeptable Vergütungen für uns Pädiater zu erreichen. Das bayerische Modell ist zudem von besonderem Interesse, da hier eine Kasse erstmalig exklusiv mit Pädiatern die pneumologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen verhandelt hat. Bei

Mitgliederstatistik

Mitglieder AG Niedergelassene	80
Fach- und Hausärzte	53 %
Hausärzte	41 %
Fachärzte	6 %
Qualitätszirkel	76 %
Spirometrie + Rocc/ios	99 %
Body	70 %
Helium FRC	3 %
Asthma-Schulung Praxis	86 %
Asthma-Trainer in Praxis	84 %
Asthma-Sport	37 %
Ernährungsberatung	44 %
CF-Ambulanz (zertif.)	7 %
Schweißtest in Praxis	21 %

der Verhandlung in Süd-Württemberg hat sich gezeigt, wie schwer es ist, pädiatrische Positionen festzuklopfen. Die AG Niedergelassene steht mit den o. g. Kollegen gerne anderen Kollegen bei der Aushandlung ähnlicher Modelle mit Rat und Tat bei.

Neuer EBM und die pädiatrisch-pneumologische Tätigkeit

Martin Tiedgen (Hamburg) erläuterte auf unserem Treffen in Hannover das System des neuen EBM und stellte Fallstricke und Möglichkeiten der Abrechnung im neuen EBM dar. Ihm war es gelungen, als Honorarbeauftragter des BVKJ zumindest die basalen Lungenfunktionsuntersuchungen in den Bereich der Abrechenbarkeit für Pädiater zu bringen. Ein bislang nicht erreichtes Ziel ist die Abrechenbarkeit der Laufprovokationen. Der vollständige Vortrag ist von

der Internetseite des PädInform (GPP-Niedergelassene) für unsere Mitglieder einseh- und herunterladbar.

Ein Problem stellen häufig die „Komplexe“ dar: Viele KVen verweigern die Abrechnung mit dem Argument, nicht alle Leistungspositionen würden von Pädiatern vorgehalten (wie He-FRC-Bestimmung). Hier wird von Seiten der KVen gerne ein Passus im EBM übersehen, in dem Folgendes steht (III.a.4.4.6): „Die Beschreibung der Leistungsinhalte der unter 2. und 4. aufgeführten Leistungspositionen ist

dem an der ambulanten Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen ausgerichteten vertragsärztlichen Versorgungsauftrag anzupassen“. Das Vorenthalten der Abrechnungserlaubnis pneumologischer Komplexe gegenüber pädiatrisch-pneumologischen Schwerpunktpraxen ist somit rechtswidrig und man sollte diesem Tatbestand unbedingt mit Rechtsmitteln begegnen.

Weitere Tätigkeiten der Arbeitsgemeinschaft

- Erhöhung der Zahl der registrierten GPP-Mitglieder in der AG Niedergelassene (z. Zt. 80).
- Beratung und Hilfen der Mitglieder der AG bei Auseinandersetzungen berufspolitischer Art. Auch hier ist die immer wieder vorkommende Torpedierung pädiatrisch spezialisierter pneumologischer Arbeit auffällig.

○ Beratung bei Abschlüssen von IV-Verträgen.

○ Mitarbeit in der Ad-hoc-Kommission „Überarbeitung Früherkennung der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“, Teilnahme an einer Sitzung in Berlin am 25. Mai 2005. Versuch der Positionierung einer Frage nach asthmatischen Symptomen (zumindest teilweise gelungen) und passivem Rauchen (eher auf Ablehnung in der Runde gestoßen, da es keine Literatur gäbe, die den Langzeiteffekt einer Intervention für Kinder belege). Hier ist die Diskussion nach anhängig.

○ Vortragstätigkeit zum DMP und zur berufspolitischen Situation der niedergelassenen fachärztlichen Versorgung.

Problemfelder für pädiatrisch-pneumologisch aktive Pädiater in der Praxis

□ Zusammenarbeit mit dem BDP: Der Berufsverband der niedergelassenen Pneumologen sieht sich als Interessensvertretung der pädiatrischen Pneumologen. De facto aber wird vor allem durch niedergelassene Internisten-Pneumologen – trotz gegenteiliger Beteuerung des

BDP in dessen Positionspapier (www.pneumologenverband.de/aktuelles/download/mitteilungen/BDP_69-05.pdf) – die Arbeit der pädiatrisch-pneumologisch arbeitenden Kollegen immer wieder behindert (u. a. durch Ablehnung der Zulassung zur fachärztlichen Versorgung seitens der Pneumologen, die in vielen KV-Gremien berufspolitisch gut positioniert sind). Hier muss der Dialog mit dem BDP gesucht werden, um eher zu einem Mit- als zu einem Gegeneinander zu kommen.

□ Zulassung zur Prüfung zum pädiatrischen Pneumologen: Lei-

der befinden sich viele langjährig pädiatrisch-pneumologisch aktive Kollegen durch die in der WBO zementierten, nicht sachgerechten und erschwerten Zulassungsvoraussetzungen, die von vielen Ärztekammern komplett übernommen wurden, in der unangenehmen Lage, unsinnigerweise nicht zu Prüfungen zugelassen zu werden. Der derzeitige GPP-Vorstand bemüht sich darum, bei der Bundesärztekammer eine Neufassung der Ausbildungskriterien zu erreichen, die dem europäischen Syllabus angeglichen sein sollten. Das Verfahren ist anhängig. Schwierig scheint die Situati-

on auch für einige Pädiater zu sein, die das pneumologische Kolloquium in der ehemaligen DDR bestanden haben. Im Gegensatz zum Vorgehen bei den internistischen Pneumologen wollen einige Ärztekammern die als gleichwertig einzustufende Prüfung bei den Pädiatern nicht anerkennen. Aus Sicht des Vorstandes handelt es sich hier um

eine eindeutige Diskriminierung von Pädiatern, gegen die zur Not auch juristisch vorzugehen sei. Leider ist unsere AG immer noch eine überwiegende „West-Angelegenheit“, da sich die wenigen niedergelassenen pädiatrisch-pneumologisch tätigen Kollegen in den neuen Bundesländern offensichtlich in der APPA organisiert haben.

Kontakte zur APPA sind hergestellt und neue Formen der Zusammenarbeit sollten überdacht werden.

GPP-Seite im PädInform

Trotz zahlreicher Anmeldungen wird die Seite noch nicht im gewünschten Maße bedient. Vor allem mangelt es an Rückmel-

dungen aus der Gruppe. Zugang gibt es über den Sprecher der AG Niedergelassene (siehe unten).

*Dr. med. Christoph Runge
CF-Zentrum Altona
Friesenweg 2
D-22763 Hamburg
E-Mail: GPP-Niedergelassene@centermail.net*

Aus der AG Pneumologische Rehabilitation (Sprecher: Dr. med. Thomas Spindler, Wangen)

Rehabilitation bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter

Leitlinie N 13 der DGKJ: Asthma bronchiale

Am 22/23. Juli sowie am 23. September 2005 traf sich eine benannte Konsensusgruppe aus Vertretern der pädiatrischen Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen und Krankenkassen in Kassel. Ziel war die Überarbeitung der Leitlinie N13 der DGKJ und deren Anhebung vom S1-Niveau der AWMF (*Eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft erarbeitet im informellen Konsens eine Empfehlung, die vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wird*) auf S2-Niveau (*Leitlinien werden aus formal bewerteten (evi-*

dence level) Aussagen der wissenschaftlichen Literatur entwickelt oder in einem der bewährten formalen Konsensusverfahren beraten und verabschiedet).

In diesem Rahmen konnte der Bereich Rehabilitation bei Asthma bronchiale grundsätzlich neu bearbeitet werden. Ziel war, in der Neufassung die Zugangskriterien zur stationären Rehabilitation und die Qualitätskriterien einer Rehabilitation klar zu definieren und den Vorgaben der Kostenträger sowie den Standards der bestehenden AWMF-Leitlinie (AWMF Nr. 070/002) zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma anzupassen. Nur so kann die notwendige Differenzierung zwischen qualifizierter pneumologischer

Rehabilitation und reinen Kinderkur- und Klimamaßnahmen ohne medizinischen Anspruch erfolgen. Dies ist umso wichtiger, als die kommenden Disease Management Programme sich an bestehende Leitlinien halten müssen und wir somit gezwungen sind, unsere Qualität in diesen Leitlinien klar zu definieren.

Haben adipöse Kinder eine höhere Asthma-Inzidenz?

Die „Multizentrische Studie zur Erfassung von Effekten der stationären Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas auf die bronchiale Hyperreagibilität (BHR) und die anstrengungsinduzierte Bronchial-

obstruktion“ (2004 mit dem Mladen-Debelic-Preis der GPP ausgezeichnet) wurde begonnen. Die Voten der Ethikkommissionen der einzelnen Studienzentren wurden eingeholt, einige stehen auch noch aus. Teilnehmer sind die Rehakliniken in Bad Kösen, Gaißach, Nebel/Amrum, Wangen, Westerland/Sylt und Schönsicht/Berchtesgaden. In die Studie aufgenommen werden adipöse Patienten ab neun Jahren, die anamnestisch über belastungsabhängige Atemnot klagen und/oder bei denen ein (Anstrengungs-)Asthma bekannt ist.

Pilotstudie

Eine Pilotstudie an 70 adipösen Kindern und Jugendlichen zwi-

schen acht und 17 Jahren mit der Fragestellung „Respiratorische Beschwerden: Adipositas-Fettlast oder Asthma?“ wurde von der Kinder-Reha-Klinik Am Nicolausholz in Bad Kösen (Dr. A. van Egmond-Fröhlich) durchgeführt.

Hintergrund

Asthma bronchiale und primäre Adipositas sind zwei chronische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters, deren Prävalenz steigt. Bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas werden in großen Populationsstudien gehäuft asthmähnliche respiratorische Beschwerden angegeben und ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Dabei steigert eine Adipositas die Inzidenz von Asthmadiaagnosen bzw. scheint diesen zeitlich voranzugehen. Die Notaufnahmebesuche wegen Asthma sind bei adipösen Kindern und Jugendlichen erhöht (OR=1,46), nicht aber die Zahl der obstruktiven Episoden (OR=0,92). Bei adipösen Kindern und Ju-

gendlichen ist nach Stand der bisherigen Literatur weder die bronchiale Hyperreagibilität noch die atopische Sensibilisierung gehäuft.

Die mechanische Behinderung der Atmung durch die Fettmassen führt zu einer Absenkung der Atemruhelage (FRC) insbesondere in Rückenlage, zur Erhöhung der Atemarbeit und bei extrem erhöhten BMI-Werten sogar zu einer leichtgradigen restriktiven Ventilationsstörung (mit Reduktion von FEV₁, FVC und TLC bei normaler FEV₁/FVC-Ratio und RV). Bei gewichtstragenden körperlichen Aktivitäten ist andererseits der Energie- und Ventilationsbedarf linear zum Körpergewicht erhöht.

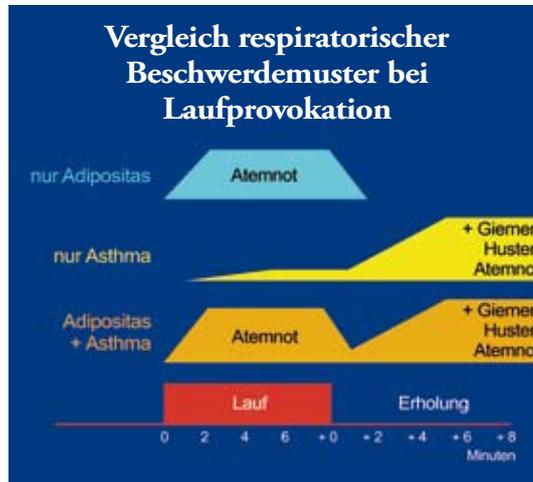


Abb. 2: Schematische Darstellung typischer respiratorischer Beschwerdemuster bei Laufprovokation von adipösen Patienten mit Belastungsdyspnoe, asthmatischen Patienten mit anstrengungsinduzierter Bronchialobstruktion und in kombinierten Fällen.

Es stellt sich demnach die Frage, inwieweit die beobachtete erhöhte Asthmaprävalenz bei adipösen Kindern und Jugendlichen auf Veränderungen der Atemmechanik und Fehldiagnosen zurückzuführen ist.

Ergebnisse der Pilotstudie

Atemnot während einer Ausdauerbelastung, die nach Belastungsende sistiert, tritt bei adipösen Kindern und Jugendlichen häufig auf. Beschwerden in Rückenlage sind weitaus seltener. Die für ein Asthma bronchiale typischeren obstruktiven Beschwerden nach Ende der Belastung oder im Liegen auch in Seitenlage werden in einer Häufigkeit beobachtet, die der von Normalgewichtigen in der Allgemeinbevölkerung bei einer Asthmaprävalenz von ca. fünf bis zehn Prozent etwa entsprechen dürfte.

Es zeigte sich nur ein angedeuteter Trend zu einer restriktiven Ventilationsstörung im Stehen. Die Atemruhelage war nur im Liegen deutlich abgesenkt.

Von sechs adipösen Kindern mit der Einweisungsdiagnose Asthma bronchiale waren fünf in der Histaminprovokationstestung negativ und einer grenzwertig. Zwei weitere Patienten konnten aufgrund einer Dauertherapie mit einem inhalativen Kortikoid nicht getestet werden. Daraus ergibt sich der Verdacht auf eine Überdiagnose des Asthma bronchiale bei adipösen Kindern und Jugendlichen. Die Diagnose eines Asthma bronchiale bei adipösen Kindern

mit respiratorischen Beschwerden sollte daher auf einer differenzierteren Anamnese und einer komplexeren Funktionsdiagnostik (FEV₁/FVC, Bronchospasmyse, pharmakologische Provokationstestung, exhalative NO-Messung) erfolgen.

DMP Asthma bronchiale und Rehabilitation

Seit Dezember 2004 ist die Rechtsverordnung zum DMP Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen in Kraft. Diese sieht eine strukturierte Versorgung dieser Patienten im Rahmen eines Modells verschiedener Qualifikationsebenen vor. In Bayern finden derzeit die ersten Verhandlungen zwischen der AOK und den Leistungserbringern statt. Der dortige Abschluss wird sicherlich Pilotfunktion für weitere DM-Programme in anderen Bundesländern haben. Aus diesem Grunde ist es wichtig, jetzt mit entsprechenden Vor-

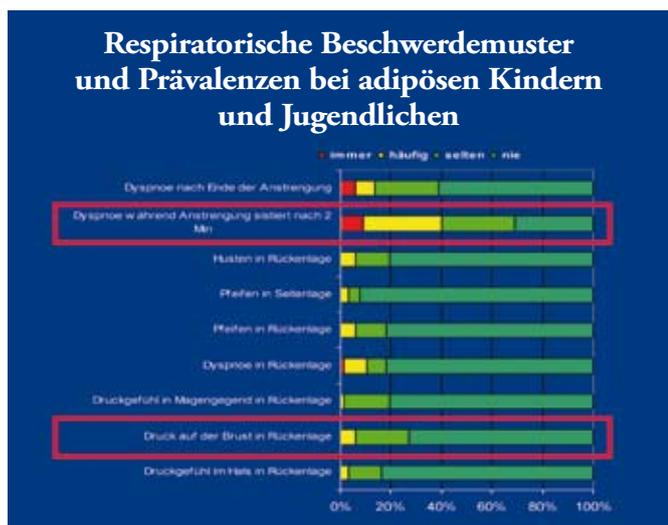


Abb. 1: Ergebnisse des Fragebogens „Respiratorische Beschwerden bei Adipositas“ (RSA) bei 70 adipösen Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Pilotstudie an der Kinder-Reha-Klinik Bad Kösen mit graphischer Darstellung der Prävalenzen der Häufigkeitskategorien.

Aus den AGs

schlagen und Vorgaben an die Verhandler heranzutreten. Das Interesse der Kostenträger besteht in der Implementierung eines in jeder „Ebene“ qualitativ hochwertigen Programmes. Dies deckt sich mit der Interessenslage der Arbeitsgruppe Pneumologische Rehabilitation der GPP. Bereits in der Ebene 2 innerhalb des DMPs ist die Qualifikation des Arztes definiert im Sinne des Pädiatrischen Pneumologen bzw. Allergologen. Stationäre Maßnahmen, zu denen Rehabilitation gehört, sind in dieser Struktur der Ebene 3 zuzuordnen und sollten in ihren Vorausset-

zungen deshalb keinesfalls unter die der Ebene 2 zurückfallen. Im Gegenteil, die Versorgungsebene 3 sollte Qualifikationen aufweisen und Leistungen erbringen, die in den anderen Ebenen so nicht möglich sind.

Im Namen der AG Pneumologische Rehabilitation innerhalb der GPP wurde deshalb im Rahmen der derzeit laufenden DMP-Verhandlungen in Bayern vorgeschlagen, folgende Bedingungen als Struktur einer qualifizierten Rehabilitation bei Asthma bronchiale vorzusetzen:

1. Die Einrichtung muss den Qualitätsansprüchen gemäß

AWMF-Leitlinie der Fachgesellschaft Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin Asthma bronchiale, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 070/002, entsprechen.

2. Ein leitender Arzt der Einrichtung (Chefarzt/Oberarzt) muss die persönlichen Voraussetzungen der Weiterbildungsordnung des jeweiligen Bundeslandes bzw. deren Übergangsbestimmungen zum Schwerpunkt bzw. zur Zusatzweiterbildung „Pädiatrische Pneumologie“ erfüllen und diese auch in einem definierten Zeitraum (z. B. zwei

Jahre) bei der jeweiligen Ärztekammer beantragen.

So besteht die Möglichkeit, innerhalb der kommenden Disease Management Programme eine hochwertige Versorgung unserer Patienten und ihrer Familien in allen Versorgungsebenen zu garantieren.

*Dr. med. Thomas Spindler
Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 4
D-88239 Wangen
E-Mail: TSpindler@wz-
kliniken.de*

Aus der AG Schlafmedizin (Sprecher: Prof. Dr. med. Ekkehart Paditz, Dresden)

Häufigkeit des plötzlichen Kindstodes in Deutschland ist weiter gesunken

Im Folgenden wird von den Schwerpunkten der Arbeit der AG Schlafmedizin der GPP berichtet.

Förderung des Nichtrauchens im Schulalter und während der Schwangerschaft

86 Schülerinnen und Schüler der 11. Klasse eines Gymnasiums mit einem mittleren Alter von 17,4 Jahren wurden per Fragebogen

anonym über ihr Rauchverhalten sowie über ihren Kenntnisstand über die Folgen des Zigarettenrauchens und des Tabakkonsums via Wasserpfeife befragt. Eine Schülerin erarbeitete einen jugendgemäßen Fortbildungsvortrag zum Thema, der von ihr im Biologieunterricht präsentiert und diskutiert wurde. Eine Woche später wurde der Kenntnisstand nochmals anonym erfasst. 63 Prozent (54/86) der Schüler waren Nichtraucher. Das mittlere Einstiegsalter lag bei 13,8

Jahren. Die Wasserpfeife wurde von 50 Prozent der Raucher als weniger schädlich als der Zigarettenkonsum betrachtet. In freien Texten äußerten die Schüler 25 verschiedene gesundheitliche Folgen des Rauchens. Im Ergebnis der Fortbildung gaben 82 Prozent der Schüler an, dass sich die gesundheitlichen Risiken von Zigarette und Wasserpfeife nicht wesentlich unterscheiden. Das Schülerprojekt zeigte deutlich, dass der Kenntnisstand über die Folgen verschiedener Formen des

Tabakkonsums durch die Schüler selbst deutlich beeinflusst werden kann.

Aus den umfangreichen Daten von mehr als 1.000 Anrufen des Beratungstelefon „Sicherer Babyschlaf und Beratung für rauchende Schwangere und Mütter“ (Tel. 0180-5099555, www.babyschlaf.de) wurden die zehn häufigsten Fragen zusammengestellt. Auf der Grundlage umfassender PubMed-Recherchen wurden diese Fragen beantwortet und anschließend gut verständlich für

die Zielgruppe „19- bis 22-jährige rauchende Schwangere“ formuliert. Daraus wird zurzeit eine interaktive Internetseite in Form eines Frage-Antwort-Spieles entwickelt,

- um Kenntnisse über das Internet mit vermehrter Zugriffshäufigkeit und verlängerter Verweildauer zu verbreiten sowie
- um rauchende Schwangere und Mütter über ein Bonussystem bei zutreffender Beantwortung einiger Fragen zur Benutzung der Beratungshotline zu motivieren.

Prävention des plötzlichen Kindstodes – Klinikleitlinie und Ergebnisse 2004

Nach umfangreichen Diskussionsrunden mit der Nationalen Stillkommission beim Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin (BfR), mit Hebammen, mit dem Berufsverband der Kinderkrankenschwestern, mit Physiotherapeuten sowie mit der Internationalen Studiengemeinschaft für prä- und perinatale Psychologie in der Medizin (ISPPM) wird 2006 gemeinsam mit dem Babyhilfe Deutschland e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) eine Klinikleitlinie zur Prävention des plötzlichen Kindstodes verabschiedet. Am 22. Januar 2006 fand dazu in Dresden eine abschließende Diskussionsrunde statt. Im Jahr 2004 konnte die Häufigkeit des plötzlichen Kindstodes



Am Nikolaustag erhielten 49 Kinder, die im Jahre 2004 geboren wurden, Spielzeugautos geschenkt. Diese Aktion wurde in den Medien mehr als 70 Mal aufgegriffen, so dass öffentlich kommuniziert werden konnte, dass die Prävention des plötzlichen Kindstodes messbare Ergebnisse bringt. Zwei zukünftige Schulklassen konnten dank potenziell lebensrettender Informationen fröhlich um den Weihnachtsbaum fahren.

Bild: Steffen Giersch, Dresden/Babyhilfe Deutschland e.V.

(Sudden Infant Death, SID) in Deutschland gegenüber 2003 um weitere 13 Prozent gesenkt werden; 2004 wurden 49 SID-Fälle weniger als 2003 registriert (323 vs. 372). Die SID-Häufigkeit sank damit von 0,53 auf 0,46 pro 1.000 Lebendgeburten. Dieses messbare Ergebnis aktiver Informationskampagnen wurde mit einer von den Medien sehr stark beachteten Aktion zum Nikolaustag 2005 öffentlich bekannt gegeben (siehe Abb.).

Erkennung obstruktiver Schlafapnoen (OSA) aus der Herzfrequenzvariabilität und aus der Baroreflexsensitivität?

14 Patienten mit polysomnografisch gesicherten OSA wurden im Alter von $9,6 \pm 3,6$ Jahren

im Vergleich zu 29 gesunden Kontrollen mit normalem polysomnografischem Befund verglichen. Die Blutdruckmessung erfolgte kontinuierlich über Fingersensoren (Portapress®, Fa. TNO Biomedicals Amsterdam) tagsüber und nachts. Im Tiefschlafstadium S4 wiesen die OSA-Patienten signifikant erhöhte sympathische Aktivitäten bzgl. der Herzfrequenzvariabilität (HFV) sowie erhöhte systolische und diastolische Blutdruckwerte auf. Die parasympathischen Komponenten der HFV waren bei den OSA-Patienten im Tiefschlaf vermindert. Zusätzlich ließ sich in der Patientengruppe tagsüber im Stehen eine signifikant verminderte Baroreflexsensitivität nachweisen. Die Daten stützen vorausgehende eigene Untersuchungen, die sich nur auf die HFV bei Kindern mit OSA bezogen. Demnach kann

aus der Anamnese und der HFV am Tage mit hoher Sensitivität auf ein kindliches OSA geschlossen werden.

Lebensqualität unter nasalem CPAP im Kindesalter

39 Kinder im Alter zwischen acht und 16 Jahren sowie deren Eltern wurden innerhalb einer deutschlandweiten Multicenterstudie mit skalierten Fragebögen zu Merkmalen der subjektiv empfundenen Lebensqualität (LQ) sowie zu krankheitsbezogenen OSA-Merkmalen befragt. 13 der 18 erfragten OSA-Symptome verbesserten sich aus der Sicht

der Kinder unter der nCPAP-Therapie (Eltern: 15/18). Sechs von 24 LQ-Merkmalen wiesen auf eine signifikante Verbesserung von wesentlichen Indikatoren für die LQ aus der Sicht der Kinder hin (aus der Sicht der Eltern 10/24 Parameter). Die Daten zeigen, dass sich unter der nasalen CPAP-Therapie im Kindesalter nicht nur polysomnografische Parameter verbessern bzw. normalisieren, sondern dass es auch zu einer Verbesserung der LQ aus der Sicht der Kinder und der Eltern kommt.

Kosten-Erlös-Relation der pädiatrischen Polysomnografie

Gemeinsam mit der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der TU Dresden und dem Schlaflabor einer internistischen Lun-

genfachklinik wurde ermittelt, welche Kosten entsprechend dem offiziellen Kostenkalkulationshandbuch für Krankenhäuser entstehen, wenn ein Kind bzw. ein Erwachsener für eine Polysomnografie stationär aufgenommen wird. Diese Kosten wurden bei insgesamt 110 Patienten mit der Hauptdiagnose Schlafapnoe (G 47.3) mit dem

aktuellen DRG-Erlös verglichen. Die Analysen zeigten, dass die internistischen Schlaflaboratorien 2004 bereits kostendeckend vergütet wurden, während der pädiatrische Mehraufwand für die Diagnose Schlafapnoe um das 2,2-fache höher lag. Aus den Untersuchungen wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass weitere Datensätze aus anderen

Kinderkliniken ermittelt werden müssen, um ein altersbezogenes Splitting entsprechend dem altersbezogenen Mehraufwand für Kinder geltend machen zu können.

*Prof. Dr. med. Ekkehart Paditz
Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin der*

*Medizinischen Fakultät Carl
Gustav Carus der Technischen
Universität Dresden
Fetscherstr. 74
D-01307 Dresden
Tel.: 0351-458-3160
Fax: 0351-458-5772
E-Mail: Ekkehart.Paditz@uni-
klinikum-dresden.de*

Interessantes aus den universitären Zentren für Pädiatrische Pneumologie

Kurz berichtet

Basel

Prof. Dr. Jürg Hammer wurde Präsident der Swiss Paediatric Respiratory Research Group.

Bern

Prof. Dr. Urs Frey erhielt den von AstraZeneca gesponserten „Award for Outstanding Contribution“ für allgemeine Forschung über pädiatrisch-pneumologische Physiologie und für seine Publikation über Risikoermittlung bei schwerem Asthma [Nature 2005].

Graz

Prof. Dr. Ernst Eber hat mit *Prof. Dr. Jürg Hammer* aus Basel das Lehrbuch „Paediatric

Pulmonary Function Testing“ im Karger-Verlag herausgegeben. Dieses Buch erhielt einen Preis der British Medical Association.

Hannover

Prof. Dr. Gesine Hansen hat die W3-Professur für Pädiatrische Pneumologie an der Medizinischen Hochschule Hannover angetreten. *Prof. Dr. Horst von der Hardt*, C4-Emeritus und vorheriger Leiter der Abteilung, hat die Adolf-Windorfer-Medaille erhalten.

PD Dr. Manfred Ballmann erhielt die Venia legendi und wurde für die CF-

Ambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Christiane-Herzog-Preis ausgezeichnet. Ebenfalls im Bereich der CF erhielt die MHH den Windorfer-Preis (gemeinsam mit den Kollegen Paul, Rietschel, Griese und Ratjen).

Prof. Dr. Monika Gappa ist seit April 2005 „Associate Editor for Europe“ für „Pediatric Pulmonology“ und seit September 2005 „Secretary“ des „Pediatric Assembly“ der European Respiratory Society.

München

PD Dr. Michael Kabesch hat sich im Oktober 2005 für das Fach Pädiatrie habilitiert.

Dr. Dominik Hartl hat das pina-Stipendium 2005 erhalten und forscht damit auf dem Ge-

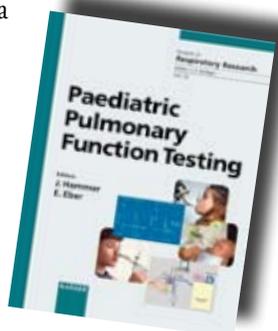
biet allergologischer Atemwegserkrankungen.

Der SFB-Transregio „Immunologie der Lunge“ der Universität Marburg (Prof. Renz), der Technischen Universität München und der LMU München (Prof. v. Mutius, PD Dr. Kabesch, Haunersche Kinderklinik) wird seit dem 1. Juli 2005 durch die DFG gefördert.

Zürich

PD Dr. Johannes Wildhaber wurde zum Sekretär der Scientific Group „Asthma and Allergy“ innerhalb des „Pediatric Assembly“ der European Respiratory Society gewählt.

Vera Bernet ist zur Sekretärin der Swiss Paediatric Respiratory Research Group gewählt worden.



Aus der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)

Förderpreis Pädiatrische Allergologie für den Deutschen Allergie- und Asthmabund

Im Rahmen der 8. Jahrestagung der GPA vom 7. bis 9. Oktober 2005 in München wurde der Deutsche Allergie- und Asthmabund e. V. (DAAB) mit dem mit 5.000 Euro dotierten „Förderpreis Pädiatrische Allergologie“ ausgezeichnet. Die GPA vergab den von Sweden Diagnostics unterstützten Preis an den DAAB, um dessen herausragenden Einsatz für die Interessen allergiekranker Kinder und Jugendlicher zu honorieren.

„Der Deutsche Allergie- und Asthmabund hat wesentlich dazu beigetragen, dass allergiekranke Kinder und Jugendliche in der öffentlichen Diskussion mehr Beachtung finden. Stark hervorzuheben sind auch die Funktion des DAAB als unab-

hängige Anlaufstelle für Eltern betroffener Kinder und die seriöse Beratung“, erklärte Dr. Ernst Rietschel, 1. Vorsitzender der GPA, bei der Preisverleihung.

„Wir sind sehr erfreut über die Auszeichnung, die für uns völlig überraschend kam“, sagte Ingrid Voigtmann, stellvertretende Geschäftsführerin des DAAB. „Sie bestätigt uns in unserer Kinder- und Jugendarbeit, die wir für besonders wichtig erachten, um Allergien frühzeitig Einhalt zu gebieten.“

Der DAAB ist Deutschlands größte Patientenorganisation für Allergie- und Asthmakranke. Er wurde bereits 1897 auf Helgoland von einer kleinen Gruppe Betroffener als „Heufieberbund“ gegründet.



Marlies Köster, 1. Vorsitzende des DAAB (vorne), freut sich mit Ingrid Voigtmann, der stellvertretenden Geschäftsführerin des DAAB (links), über den „Förderpreis Pädiatrische Allergologie“. Hinten Kerstin Kaniecki-Loop von Sweden Diagnostics und der GPA-Vorsitzende Dr. Ernst Rietschel.

Neue Leitlinie zur spezifischen Immuntherapie

Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) und dem Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA) hat die GPA eine neue Leitlinie „**Die spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen**“ herausgegeben. Die Leitlinie richtet sich an alle Ärzte, die allergische Patienten behandeln und betreuen. Inhaltlich spiegelt sie die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte wider, in denen Wirksamkeit und Sicherheit der spezifischen Immuntherapie (SIT) durch zahlreiche kontrollierte Studien dokumentiert worden sind. So werden die immunologischen Wirkmechanismen zunehmend besser verstanden. Derzeit gilt die subkutane SIT als einzige Behandlungsform, die kausal den natürlichen Verlauf aller-

gischer Krankheiten günstig beeinflussen und bei einem Teil der Patienten mit allergischer Rhinokonjunktivitis die Entwicklung eines Asthma bronchiale verhindern kann.

Bei der Erarbeitung der Leitlinie wurden internationale (WHO), europäische (EAACI) und nationale Empfehlungen (ÄDA) berücksichtigt. Die Leitlinie ist gemäß den methodischen Vorgaben zur Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt worden und entspricht nach dem Drei-Stufen-Konzept der AWMF einer S2-Leitlinie. Nachzulesen ist die neue Leitlinie in der neuesten Ausgabe der Zeitschrift „Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis“ sowie auf der Homepage der GPA, www.gpaev.de.



NETSTAP setzt neue Maßstäbe

Erstmals vor zwei Jahren wurde anlässlich der Hamburger GPP-Tagung über das „Netzwerk Kinder- und Jugendärzte für klinische Studien in der Allergologie und Pneumologie“ (NETSTAP e. V.) in der GPP-Zeitschrift berichtet. Aus Praxis und Klinik sind in unserer Initiative mittlerweile 63 Kinderärzte und -ärztinnen vernetzt, die mehrheitlich die regelmäßig angebotenen Ausbildungskurse nach gültigen Qualitätsrichtlinien der „Good Clinical Practice (GCP)“ absolviert haben. Seit 2002 finden jährlich mindestens zwei Fortbildungen statt, neben den Grundkursen stehen seit 2005 alternierend auch zertifizierte Fortsetzungskurse auf dem Programm, die von den Teilnehmern als sehr effektiv und praxisnah beschrieben werden. Erfolgreich verlief auch ein spezieller Kompaktkurs für Prüfartzassistenten und -assistentinnen (study nurses) anlässlich des großen Allergiekongresses in Aachen 2004; ähnliches ist für die diesjährige Jahrestagung der DGKJ in Mainz geplant.

Vernetzung macht Fortschritte

Das geschützte Intranet (Einloggen über www.uminfo.de) wird von den Mitgliedern als breites Informationsforum genutzt, nicht zuletzt um über Studieninhalte und neu an uns herangetragene Fragestellungen zu diskutieren, aber auch um

die Machbarkeit einer Studie (feasibility-Umfrage) innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne zu klären.

Letzteres gewinnt dadurch an Bedeutung, dass zur Jahreswende 2005/06 von bundespolitischer Seite die von Fachgremien wiederholt geforderte Verlängerung des Arzneimittel-Patentschutzes vorgeschlagen wurde, um endlich aus Sicht der Industrie mehr Anreize für Kinderstudien zu gewähren. Von daher rechnen wir – dank der Struktur einer eigenen, gut funktionierenden Logistik – mit zunehmenden Anfragen von Pharmaunternehmen.

Das diesbezügliche Leistungsspektrum ist unserer Internetseite (www.netstap.de) zu entnehmen. Für Interessierte steht auch ein eigener Industrieflyer zur Verfügung, der entweder am Infostand erhältlich ist, der erstmals auf der GPP-Tagung in Frankfurt aufgebaut sein wird, oder über die NETSTAP-Geschäftsstelle angefordert werden kann.

Die gesetzlich verankerten Forderungen des neuen Arzneimittelrechts in der Pädiatrie sowohl

auf nationaler wie auf europäischer Ebene dürfen am Rande nicht unerwähnt bleiben. Siehe hierzu weiterführende Aspekte in *Kinderärztliche Praxis* 2005; 76: 344, sowie in der *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 2005; 153: 756–760 und 2004; 152: 321–325.

SCIT versus SLIT, ATOS und neue Studienprojekte

Die eigene Multicenterstudie zur sublingualen Immuntherapie [*Allergy* 2004; 59: 498–504] dürfte den meisten bekannt sein, sie wurde in mehreren kritischen Reviews positiv bewertet – siehe die Ausführungen von PD Dr. Th. Hirsch auf der WAPPA-Tagung 2005.

Der solide Vergleich SCIT versus SLIT steht allgemein noch aus; leider kam unser komplett vorgelegtes Studiendesign mit dieser Fragestellung bei der „Initiative Kinderarzneimittel“ vor einem Jahr nicht zum Zuge, so dass eine so wichtige Anschul-

finanzierung für dieses Projekt vorerst ausblieb.

Seit Frühjahr 2005 läuft unsere Milupa-Studie (ATOS) zur „Toleranz/Akzeptanz und Ernährungseffektivität extensiv hydrolysiertes Molkenproteinformula mit präbiotischen Oligopeptiden und probiotischen Bifidobakterien bei Säuglingen“; hier sind zwölf Zentren involviert, die ihre Untersuchungen im Jahre 2006 abschließen werden. Als leitender klinischer Prüfer fungiert Prof. A. Bufe, Experimentelle Pneumologie der Ruhr-Universität Bochum.

Zukünftige Planungen oder bereits diskutierte klinische Untersuchungen finden sich auf der oben erwähnten Homepage. Eine Graspollenstudie mit rekombinanten Allergenen gehört sicher zu den besonders interessanten Fragestellungen, die beispielsweise auch das grundsätzliche Kriterium erfüllen (siehe NETSTAP-Satzung), in Studien generell nur solche Fragen zu bearbeiten, die für den praktisch tätigen Kinder- und Jugendarzt wirklich von Bedeutung sind.

Darüber hinaus wird damit der ethische Aspekt ebenso fokussiert, der auf eine Vermeidung unnötiger Prüfungen mit Kindern abzielt und zugleich unwirksame bzw. schädliche medikamentöse Behandlungen von Kindern zu reduzieren hilft.

*Dr. med. Bernhard Sandner
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin/Allergologie
Goldbacher Str. 31
D-63739 Aschaffenburg
E-Mail: ubs-AB@arcor.de*

Termine 2006

Im laufenden Jahr sind folgende Termine vorzumerken:

1./2. September 2006, NETSTAP-Mitgliederversammlung im Rahmen der GPA-Tagung in Hamburg

14.–17. September 2006, Study-Nurse-Kurs zur GCP-Einführung im Rahmen der DGKJ-Jahrestagung in Mainz

10.–11. November 2006, Grundkurs „Ausbildung zum Prüfartz/Prüfartzassistenten“ in Oesede/Osnabrück

Nähere Informationen bieten die NETSTAP-Geschäftsstelle im Forschungszentrum Borstel, Frau Eike Stöckmann, Tel. 04537-188711, Fax 04537-188747, sowie die Homepage www.netstap.de, auf der Anmeldungen für den Grundkurs online möglich sind.

Positionspapier zum Stellenwert der Pneumokokken-Impfung bei Kindern in Deutschland

Unter Federführung des Nationalen Referenzzentrums für Streptokokken (Prof. Ralf René Reinert) wurde in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften in vier Konsensus-Treffen das folgende Positionspapier erarbeitet. Seitens der GPP waren daran Prof. Griese (München), Prof. Zielen, Dr. Rose (beide Frankfurt/Main) und Dr. Schmidt (Greifswald) beteiligt.

Zwei Pneumokokken-Impfstoffe verfügbar

Pneumokokken-Infektionen betreffen vorwiegend Kinder in den ersten fünf Lebensjahren sowie ältere Menschen. Es werden invasive (Meningitis, Bakteriämie, Sepsis) und nicht invasive (Pneumonie, Otitis media u. a.) Infektionserkrankungen unterschieden. Derzeit sind zwei Pneumokokken-Impfstoffe in Deutschland verfügbar. Der 23-valente Polysaccharid-Impfstoff ist für Kinder unter zwei Jahren ungeeignet. Bei älteren Kindern zeigt er eine 62-prozentige klinische Effektivität bei der Verhinderung Serotyp-spezifischer invasiver Erkrankungen. Für nicht-invasive Erkrankungen ist die Datenlage uneinheitlich. Der 7-valente Konjugat-Impfstoff ist

für Kinder bis zum fünften Lebensjahr zugelassen. Er schützt in den USA zu 97 Prozent vor Serotyp-spezifischen invasiven Erkrankungen, für Deutschland beträgt die Coverage (Serotypen-Abdeckung) ca. 80 Prozent für Kinder im Alter von fünf bis 23 Monaten. Bei den nicht invasiven Erkrankungen beträgt der Serogruppen-spezifische Schutz 57 Prozent, der Schutz vor jeglicher Otitis media immerhin sechs Prozent. Wichtig ist der Schutz auch vor Serotypen, bei denen gehäuft Antibiotika-Resistenzen vorkommen (Benzylpenicillin: 23F und 6B, Makrolide: 14). Der Impfstoff verhindert ebenfalls die asymptomatische Kolonisation des Nasen-Rachenraumes mit Pneumokokken. Dadurch kann die Ausbreitung dieser Stämme in der Gesellschaft eingedämmt werden (Herdenimmunität). Allerdings wird die dadurch entstehende „ökologische Nische“ bis zu 50 Prozent durch Serotypen eingenommen, die nicht im Impfstoff enthalten sind. Dieses Phänomen des „Serotypen-Replacements“ muss in epidemiologischen Studien nach Einführung einer künftig angestrebten generellen Impfung beobachtet werden. Nachdem in den USA im Juni 2000 eine generelle Impfung für Kinder bis zum 23. Lebensmonat empfohlen wurde,

beobachtete man auch bei nicht geimpften Erwachsenen einen deutlichen Rückgang invasiver Pneumokokken-Erkrankungen (20 bis 39 Jahre: minus 41 Prozent; über 65-Jährige: minus 31 Prozent) als Ausdruck einer möglichen Herdenimmunität.

Generelle Impfempfehlung

Derzeit wird für Deutschland eine Pneumokokken-Impfung bei Risikogruppen empfohlen. Jedoch kann selbst bei einer 100-prozentigen Akzeptanz dieser Indikationsimpfung nur eine 12,8-prozentige Reduktion der Pneumokokken-Erkrankungen erreicht werden. Deshalb hat sich die Kommission für Impffragen der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin für eine generelle Impfempfehlung ausgesprochen. Daten zur Verträglichkeit und der gleichzeitigen Gabe mit anderen Impfstoffen in Deutschland liegen vor. Sie zeigen eine hinsichtlich der Seroprotektionsraten (Prozentzahl der Kinder, die protektive Antikörpertiter erreichten) keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- (sechsfach) und Verumgruppe (sechsfach plus 7-valente Pneumokokken-Konjugatvakzine). Berechnungen zur Kosten-Nutzen-Relation zeigen ein günstiges

Verhältnis unter Einbeziehung der Kosten für die gesparte Behandlung der Pneumokokken-Erkrankungen, der Kosten in anderen Teilen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Sozialversicherung sowie der Einsparungen durch die Herdenimmunität. Insgesamt würden die Krankenkassen demnach für jeden investierten Euro 1,15 Euro einsparen.

Auch nach breiter Anwendung des 7-valenten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoffs werden vereinzelt invasive Pneumokokken-Erkrankungen auftreten. Zur Klärung der Ursachen der Erkrankung ist es dann besonders wichtig, seitens der mikrobiologischen Laboratorien eine Serotypisierung über das Nationale Referenzzentrum für Streptokokken zu veranlassen. Zusätzlich sind anamnestische Angaben (genaue Impf-Anamnese; Begleiterkrankungen) und Laboruntersuchungen (Immunglobuline, IgG-Subklassen, Komplement, Howell-Jolly-Körper, typen-spezifische Pneumokokken-Antikörper, HIV-Test) wichtig.

Schlussfolgerungen

Folgende Schlussfolgerungen werden gezogen:

Trotz des hohen medizinischen und hygienischen Standards

in Deutschland verursachen invasive Pneumokokken-Erkrankungen auch heute noch eine bedeutsame Letalität und Morbidität, insbesondere in den ersten Lebensjahren.

Der momentan verfügbare 7-valente Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff führt nachweislich bereits im Säuglingsalter zum Schutz vor invasiven Erkrankungen durch diese sieben Pneumokokken-Serotypen, die derzeit etwa 70 bis 80 Prozent aller invasiven Pneumokokken-Erkrankungen ausmachen.

Derzeit ist die Impfung mit dem 7-valenten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff als Indikationsimpfung von der STIKO empfohlen. Die Umsetzung dieser Indikationsempfehlung ist allerdings in Deutschland bisher unzureichend.

Nur bei einer generellen Anwendung dieser Impfung ab dem Alter von zwei Monaten ist zu erwarten, dass es zu einem deutlichen Rückgang der Infektionen kommt.

Die gesundheitsökonomische Beurteilung zeigt eine günstige Kosteneffektivität bei einer Aufnahme der 7-valenten Pneumokokken-Impfung als Regelimmunisierung. Dieser Effekt wurde aufgrund der

in den bisher veröffentlichten Studien noch nicht berücksichtigten Daten zur Herdenimmunität bislang sogar unterschätzt.

Das ausführliche Positionspapier, das auch die Literaturangaben enthält, ist im Chemotherapie Journal 14 (2005), Supplement 23; 1–18, veröffentlicht.

*Dr. Sebastian M. Schmidt
Univ.-Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Soldmannstr. 15
D-17487 Greifswald
Tel. 03834-86-6409
Fax: 03834-86-6410
E-Mail: Schmidt3@uni-greifswald.de*

Johannes-Wenner-Preis 2007

Der mit **5.000 Euro** dotierte Forschungspreis der GPP, gestiftet zu Ehren des Mitbegründers der Gesellschaft, Prof. Dr. Johannes Wenner, wird alle zwei Jahre für herausragende wissenschaftliche Arbeiten junger Mitglieder der GPP vergeben. Die nächste Vergabe erfolgt auf der Jahrestagung 2007 in München. Bewerbungsunterlagen sind bis zum 1. Februar 2007 beim Vorsitzenden der GPP einzureichen.

Nähere Informationen zum Stipendium finden sich unter <http://gpp.web.med.uni-muenchen.de> oder <http://www.kinderpneumologie.de>.

Klosterfrau Award for Childhood Asthma 2006

Childhood asthma is one of the great scientific and therapeutic challenges in pediatric pneumology. Its incidence is increasing especially in the industrialized countries. Children suffering of this disease and their parents alike have to go through a painful path of psychic stress and disappointments. Scientists around the world are joining efforts to understand the etiology of this disease, to improve its therapy, and to develop new and more effective therapeutic concepts.

Aims and Scope: The "Klosterfrau Research-Award for Childhood Asthma" has been installed as an annual prize. It will be awarded to researchers in basic science, pneumology and pediatrics whose work is orientated to the better understanding of childhood asthma.

The prize is endowed with € 30.000 and will be given to one person or team.

€ 10.000 of this sum are at the individual disposal of the prize winner (winning team), whereas € 20.000 have to be spent for further research of the winner or his team.

Guidelines:

1. The applicant must be under the age of 40 years
2. Each application must be by a single applicant
3. The work must be from the past 2 years
4. The work may be clinical or basic research in asthma, by a researcher whose major clinical training and work has been in Pediatrics
5. Majority of the research work should have been performed by the applicant
6. Application should contain a short statement of the head of the research group that he/she (the group) supports the application
7. The applicant must submit a short curriculum vitae and a list of his/her publications
8. The applicant must submit a summary of his/her work, with an indication of its clinical relevance to childhood asthma and which questions arising from the work need to be answered in the future
9. Reviews of the literature will not be accepted
10. Papers or PhD thesis should be presented as a supplement to the application
11. Universal application form should be used. It must contain:
 - Title and full address
 - Manuscript(s)
 - A summary of the work
 - CV and list of publications
 - Explanations (by the applicant and the head of the research group that the applicant has performed the majority of the research)

Selection of award recipient(s) will be made by an international scientific board made up of six internationally recognized senior scientists.

Please send your application (eight copies) by November 1st, 2006, to the Chairman of the International Scientific Board:

Prof. Dr. D. Reinhardt

Dr. von Haunersches Kinderspital, University of Munich (LMU),
Klosterfrau Award, Lindwurmstr. 4, D-80337 München,
phone: 089-5160-7701, fax: 089-5160-7702

E-Mail: Dietrich.Reinhardt@med.uni-muenchen.de

Homepage: www.med.uni-muenchen.de/gpp/

28./29. April 2006, Landvolkhochschule Oesede, Georgsmarienhütte



Kompaktkurs Pädiatrische Pneumologie der nappa

Veranstalter

Akademie Luftiku(r)s
Beate Heße
Kinderhospital Osnabrück
Iburger Str. 187
D-49082 Osnabrück
für die Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie (nappa)

Voraussetzung für den Kurs

Kinder- und Jugendärzte, die die Zusatzbezeichnung Kinderpneumologie anstreben

Veranstaltungsort

Katholische Landvolkhochschule Oesede, Gartbrink 5, D-49124 Georgsmarienhütte
Tel.: 05401-8668-0,
Fax: 05401-8668-60,
E-Mail: info@klvhs-oesede.de

Teilnehmerbeitrag

100 Euro (Mittagessen sowie Pausengetränke inklusive)

Übernachtung

Die kostengünstige Übernachtung

muss von jedem selbst bei der Landvolkhochschule Oesede gebucht werden.

Die Übernachtungskosten werden freundlicherweise von der Firma Astra Zeneca übernommen.

In der Landvolkhochschule besteht nur ein beschränktes Zimmerkontingent. Auf Wunsch vermitteln wir Hoteladressen.

Achtung

Der Kurs findet nur bei ausreichender Teilnehmerzahl statt.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Teilnehmerplätze werden nach Eingang der schriftlichen Anmeldung (E-Mail, Fax, Brief) vergeben.

Mit freundlicher Unterstützung von



23. bis 25. Juni 2006, Campus Virchow-Klinikum, Berlin

1. Summer School Pädiatrische Pneumonie an der Charité

Programm

- Entwicklung der Atemwege
- Angeborene Fehlbildungen der Atemwege und des Thorax
- Bronchopulmonale Dysplasie
- Obstruktive Bronchitis im Säuglingsalter
- Lungenfunktion im Säuglings- und Kleinkindesalter
- Diagnostik der Inflammation
- Differenzialdiagnostik des Stridors

- Lungenfunktionsdiagnostik, CT, MR, Bronchoskopie
- Infektionen der unteren Atemwege
- Cystische Fibrose
- Asthma bronchiale
- Allergologische Therapieansätze
- Interstitielle Lungenerkrankungen
- Pneumologische Manifestationen bei Immundefekten
- Tuberkulose
- Pneumologische Notfälle

- Psychogene und funktionelle Atemstörungen
- Patientenschulungen

Tagungsleitung

Prof. Dr. med. Ulrich Wahn,
Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie/Immunologie, Charité Universitätsklinikum Berlin
Augustenburger Platz 1
D-13353 Berlin

Kosten

Die Teilnehmergebühr beträgt 100 Euro.

Anmeldung bzw. Rückfragen

Prof. Dr. med. Ulrich Wahn,
E-Mail: Ulrich.Wahn@charite.de

Mit freundlicher Unterstützung von

Altana Pharma GmbH

Tagungen

15. bis 19. Mai 2006, Fachklinik Satteldüne, Amrum

3. Summer School Pädiatrische Pneumologie

Programm

Referenten	Thema	Termin
Rietschel	Pädiatrische Allergologie	15.05.2006 vormittags
Schuster	Journal Club 2005/06 Pädiatrische Pneumologie	15.05.2006 nachmittags
Ankermann	Pädiatrische Infektiologie	16.05.2006 vormittags
Nicolai	Pädiatrische Bronchologie	16.05.2006 nachmittags
Omran	Respiratorische Probleme bei Muskel-erkrankungen	17.05.2006 vormittags
Mainz	Erkrankung der oberen Luftwege Sicherheit topischer Glukokortikoide	17.05.2005 nachmittags
Hilgendorff	Neonatale Pneumologie	18.05.2006 vormittags
Staab	Mukoviszidose	18.05.2006 nachmittags
Freihorst	Anomalien	19.05.2006 vormittags
Gappa	Lungenfunktion	19.05.2006 nachmittags

Tagungsort

Fachklinik Satteldüne der Deutschen Rentenversicherung Nord
Tanenwai 32, D-25946 Nebel/Amrum
Tel.: 04682-34-301, Fax: 04682-34-108

Tagungsleitung

Dr. med. Gerd Hüls
Ärztlicher Direktor
Fachklinik Satteldüne für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung Nord

Kosten

Die Kosten beinhalten Kurs und Unterkunft, unterteilt in 2 Kategorien

Kategorie A

Hotel Hüttmann

460,00 €

Kategorie B

Hotel Friedrichs,
Hotel Graf Luckner

370,00 €

Wünsche werden je nach Möglichkeit und Anmeldungseingang berücksichtigt.

Sponsoren

GlaxoSmithKline, MSD Diekmann Arzneimittel GmbH, Hoffmann LaRoche

Tagungen

29. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie München, 22.-24. März 2007



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die kommende 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie wird erneut pneumologisch interessierte und tätige Kinderärzte aus Österreich, der Schweiz und Deutschland zusammenführen, um die aktuellen Entwicklungen des Faches in Klinik und Grundlagenforschung zu diskutieren.

Themenschwerpunkte werden sein: Molekulare und genetische Grundlagen pneumologischer Erkrankungen, Diagnosealgorithmen seltener und häufiger respiratorischer Erkrankungen, die Therapie suppurativer und obstruktiver Lungenerkrankungen, Langzeitverlauf und Outcome pädiatrischer Lungenerkrankungen.

Praxisorientierte Kurse in pädiatrischer Bronchoskopie und Laryngologie werden im Vorfeld der Veranstaltung vom 21.3. bis zum 22.3.2007 abgehalten.

Als Einreichungsfrist für die Abstracts bitten wir schon jetzt den 5.1.2007 vorzumerken!

Wir freuen uns sehr, Sie 2007 in München begrüßen zu dürfen.

Prof. Dr. Matthias Griese
Dr. von Haunersches Kinderspital
Universität München
Lindwurmstr. 4, D-80337 München
E-Mail: Matthias.Griese@med.uni-muenchen.de

Der Vorstand



**Prof. Dr. med.
Frank Riedel
Vorsitzender**

**Gesellschaft für Pädiatrische
Pneumologie e.V.**
Bleickenallee 38, D-22763 Hamburg



**Prof. Dr. med.
Josef Riedler
Stellvertretender
Vorsitzender**



**Prof. Dr. med.
Matthias Griese
Schriftführer**



**Prof. Dr. med.
Joachim
Freihorst
Schatzmeister**



**Prof. Dr. med.
Jürg Hammer
Vorstands-
mitglied**



**Dr. med.
Christoph Runge
Vorstands-
mitglied**



**Prof. Dr. med.
Gesine Hansen
Vorstands-
mitglied**



**Prof. Dr. med.
Stefan Zielen
Vorstands-
mitglied**

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Frank Riedel
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38, D-22763 Hamburg
Tel. 040-88908-201
Fax 040-88908-204
E-Mail: F.Riedel@uke.uni-hamburg.de

Stellvertretender Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Josef Riedler
Kardinal Schwarzenberg'sches Kranken-
haus, Kinderspital
Kardinal-Schwarzenberg-Str. 2-6
A-5620 Schwarzach
Tel.: 0043-6415-7101-3050
Fax: 0043-6415-7101-3040
E-Mail: Josef.Riedler@kh-schwarzach.at

Schriftführer:

Prof. Dr. med. Matthias Griese
Kinderklinik und Kinderpoliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinderspital der
LMU München
Lindwurmstr. 4, D-80337 München
Tel.: 089-5160-7870
Fax: 089-5160-7872
E-Mail: Matthias.Griese@med.
uni-muenchen.de

Schatzmeister:

Prof. Dr. med. Joachim Freihorst
Ostalb-Klinikum, Klinik für Kinder-
und Jugendmedizin
Im Kälblesrain 1, D-73430 Aalen
Tel.: 07361-55-1601 od. -1600
Fax: 07361-55-1603
E-Mail: Achim.Freihorst@ostal-
b-klinikum.de

Weitere Vorstandsmitglieder:

Prof. Dr. med. Jürg Hammer
Univ.-Kinderklinik beider Basel
Abt. Intensivmedizin und Pneumologie
Römergasse 8, CH-4005 Basel
E-Mail: Juerg.Hammer@unibas.ch

Prof. Dr. med. Gesine Hansen
Med. Hochschule Hannover
Päd. Pneumologie u. Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover
E-Mail: Hansen.Gesine@mh-hannover.de

Dr. med. Christoph Runge
CF-Zentrum Altona
Friesenweg 2, D-22763 Hamburg
E-Mail: GPP-Niedergelassene@center
mail.net

Prof. Dr. med. Stefan Zielen
Univ.-Klinikum Frankfurt
Zentrum der Kinderheilkunde
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt am Main
E-Mail: Stefan.Zielen@kgu.de

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. med. Dietrich Hofmann
Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Markus Rutishauser
Binningen, Schweiz

Prof. Dr. med. Horst von der Hardt
Hannover

Korrespondierende Mitglieder:

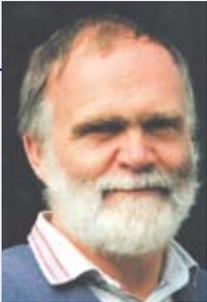
Prof. Christopher J. L. Newth
Los Angeles, California, USA

Prof. John Oliver Warner
Southampton, UK

Bankverbindung:

Kto.-Nr. 28 31 006
Deutsche Bank München
BLZ 700 700 10

Sprecher der AGs



**Dr. med. Rüdiger
Szczepanski**
**AG Asthma-
schulung**



**Prof. Dr. med.
Dietrich Berdel**
**AG Asthma-
therapie**



**Prof. Dr. med.
Gesine Hansen**
**AG Grundlagen-
forschung**



**Prof. Dr. med.
Thomas Nicolai**
**AG Kinder-
bronchoskopie**



**Prof. Dr. med.
Monika Gappa**
**AG Lungen-
funktion**

AG Asthmaschulung

Dr. med. Rüdiger Szczepanski
Kinderhospital Osnabrück
Iburger Str. 187, D-49082 Osnabrück
Tel.: 0541-5602-0, Fax: 0541-5602-107
E-Mail: Szczepanski@kinderhospital.de

AG Asthmatherapie

Prof. Dr. med. Dietrich Berdel
Marien-Hospital Wesel
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Pastor-Janßen-Str. 8-38, D-46483 Wesel
Tel.: 0281-104-1170, Fax: 0281-104-
1178, E-Mail: Dietrich.Berdel@marien-
hospital-wesel.de

AG Grundlagenforschung

Prof. Dr. med. Gesine Hansen
Med. Hochschule Hannover, Pädiatrische
Pneumologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1, D-30625 Hannover
Tel.: 0511-532-9139, Fax: 0511-532-
9125, E-Mail: Hansen.Gesine@mh-
hannover.de

AG Kinderbronchoskopie

Prof. Dr. med. Thomas Nicolai
Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von

Haunerschen Kinderspital
Lindwurmstr. 4, D-80337 München
Tel.: 089-5160-2811, E-Mail: Thomas.
Nicolai@med.uni-muenchen.de

AG Lungenfunktion

Prof. Dr. med. Monika Gappa
Med. Hochschule Hannover, Pädiatrische
Pneumologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1, D-30625 Hannover
Tel.: 0511-532-9137, Fax: 0511-532-
9125, E-Mail: Gappa.Monika@mh-
hannover.de

AG Lungentransplantation

PD Dr. med. Manfred Ballmann
Med. Hochschule Hannover, Pädiatrische
Pneumologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1, D-30625 Hannover
Tel.: 0511-532-5334/3220, Fax: 0511-
532-8025, E-Mail: Ballmann.Manfred@
mh-hannover.de

AG Mukoviszidose

Prof. Dr. med. Matthias Griese
Kinderklinik und Kinderpoliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinderspital
Lindwurmstr. 4, D-80337 München

Tel.: 089-5160-7870, Fax: 089-5160-
7872, E-Mail: Matthias.Griese@med.
uni-muenchen.de

AG Niedergelassene Kinderpneumologen

Dr. med. Christoph Runge
CF-Zentrum Altona
Friesenweg 2, D-22763 Hamburg,
Tel.: 040-380-6476, Fax: 040-380-5352
E-Mail: GPP-Niedergelassene@center
mail.net

AG Pneumologische Rehabilitation

Dr. med. Thomas Spindler
Fachklinik Wangen
Am Vogelherd 4, D-88239 Wangen
Tel.: 07522-797-1211, Fax: 07522-797-
1117, E-Mail: TSpindler@wz-kliniken.de

AG Schlafmedizin

Prof. Dr. med. Ekkehart Paditz
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin der TU Dresden
Fetscherstr. 74, D-01307 Dresden
Tel.: 0351-458-3160, Fax: 0351-458-
5772, E-Mail: Ekkehart.Paditz@uni
klinikum-dresden.de



**PD Dr. med. Man-
fred Ballmann,**
**AG Lungentrans-
plantation**



**Prof. Dr. med.
Matthias Griese**
**AG Mukoviszi-
dose**



**Dr. med. Christoph
Runge, AG Nieder-
gelassene Kinder-
pneumologen**



**Dr. med. Thomas
Spindler, AG
Pneumologische
Rehabilitation**



**Prof. Dr. med.
Ekkehart Paditz,
AG Schlafmedi-
zin**

