

Zeitschrift der

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie



*36. Jahrestagung
gemeinsam mit dem 55. Kongress der
Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
Bremen, 26.–29. März 2014*

Vorwort



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlich willkommen bei der gemeinsamen Tagung der DGP und GPP in Bremen! Diese gemeinsame Tagung bietet Chancen der Weiterbildung und Vernetzung, die über die separaten Tagungen der beiden Fachgesellschaften deutlich hinausgehen. Nutzen wir Sie!

Die große Bedeutung einer frühen Prägung für das weitere gesundheitliche Schicksal jedes einzelnen verbindet die Verantwortung unserer beiden Fachgesellschaften ebenso wie die Herausforderung der Transition unserer gemeinsamen Patienten von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin.

Nutzen wir die Chance, miteinander und voneinander zu lernen, persönliche Kontakte zu entwickeln und auszubauen und im gegenseitigen Respekt tragfähige Konzepte und Strukturen für die vul-

nerable Phase der Adoleszenz chronisch kranker Menschen zu entwickeln.

Im Namen der GPP bedanke ich mich herzlich bei den beiden Tagungspräsidenten, Prof. Jürgen Seidenberg und Prof. Dieter Ukena, die diese besondere Herausforderung einer gemeinsamen Tagung angenommen und exzellent gemeistert haben!

Ihnen allen wünsche ich viel Neugierde, geölte Synapsen und einen offenen Geist für den klinisch wissenschaftlichen Austausch ebenso wie für die persönlichen Begegnungen!

Mit herzlichen Grüßen,
Ihre

Prof. Dr. med. Gesine Hansen
Vorsitzende der GPP

Kontaktdaten aktualisieren!

Wir bitten alle Mitglieder der GPP, ihre Adress- und Kontaktdaten zu aktualisieren! Wenn sich Ihre Anschrift oder Ihre Kontaktdaten seit dem Beitritt in die GPP geändert haben, schreiben Sie bitte einen formlosen Brief oder eine E-Mail an den Schriftführer der GPP:

Dr. med. Nicolaus Schwerk, Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, E-Mail schwerk.GPP@mh-hannover.de

Mitglied werden!

Die GPP freut sich über neue Mitglieder! Die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. kostet 50,- Euro im Jahr. Genaue Kriterien und die Satzung der Gesellschaft finden Sie auf unserer Homepage www.paediatriche-pneumologie.eu.

Bitte beachten Sie die Einladung zur
Mitgliederversammlung der GPP
im Rahmen der Jahrestagung in Bremen.

➤ Seite 8

IMPRESSUM

Zeitschrift der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Jg. 17/2014

Herausgeber: Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V., Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Medizinische Hochschule Hannover, Päd. Pneumologie und Neonatologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. med. Jürgen Seidenberg, Ärztlicher Direktor Klinikum Oldenburg gGmbH, Klinikdirektor Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Neonatologie und Intensivmedizin, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin (Elisabeth-Kinderkrankenhaus), Rahel-Straus-Str. 10, 26133 Oldenburg, Tel. 0441 403-2061, Fax 0441 403 2022, E-Mail: seidenberg.juergen@klinikum-oldenburg.de

Verlag: Wurms & Partner PR GmbH, Öschweg 12, 88079 Kressbronn.

Verlags- und Anzeigenleitung: Holger Wurms.

Redaktion: Ingeborg Wurms M.A., Dr. Albert Thurner.

Bilder, soweit nicht anders angegeben, privat.
Titelbild: Die Bremer Stadtmusikanten. © BTZ Bremer Touristik-Zentrale

ISSN: 1435-424

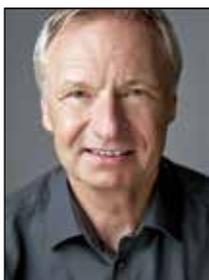
Gedruckt auf Papier aus nachhaltig bewirtschafteten Wäldern und kontrollierten Quellen. www.pefc.de



- 3** **Vorwort**
G. Hansen
- 6** 36. Jahrestagung der GPP
gemeinsam mit dem 55. Kongress
der DGP vom 26.–29. März 2014
Herzlich willkommen in Bremen!
Überblick über das wissenschaftliche Programm
- Forschung und Klinik**
- 10** Leitthema des Jahreskongresses
2014 in Bremen
**Transition von der Kinder-
in die Erwachsenenmedizin**
**Ohne Kooperation und Koordina-
tion keine Transition**
G. Glaeske
**Transition: Bedürfnisse, Wünsche
und Erfahrungen chronisch
kranker Jugendlicher**
F. Bomba, C. Hermann-Garitz
**Ein struktureller Lösungsansatz
für ein altes Problem: Das
Berliner Transitionsprogramm**
S. Mütter
**Transition in der Gruppen-
schulung nach ModuS**
R. Szczepanski
- Kasuistiken**
- 13** **Extrapulmonale Manifestationen
der Influenza**
M. Rose
- Aus den AGs**
- 16** Aus der AG Asthmatherapie
Leitlinie noch in Bearbeitung
D. Berdel, M. Gappa
- 16** Aus der AG Cystische Fibrose
**Update Leitlinien und Zerti-
fizierung**
L. Nährlich, J. Hammermann
- 17** Aus der AG Dysfunktionelle respi-
ratorische Symptome
Neuer Name, gleiche Agenda
B. Niggemann
- 18** Aus der AG Experimentelle
Pneumologie
Forschungs-Highlights 2013
M. Kabesch
- 20** Aus der AG Infektiologie in der
Pädiatrischen Pneumologie
**Mukosale Influenza-Impfung für
Kinder europaweit eingeführt**
M. Rose
- 21** Aus der AG Kinderbronchoskopie
**Qualitätssicherung: Schwere
Komplikationen bei Broncho-
skopien**
Th. Nicolai, B. Hinrichs
- 23** Aus der AG Lungenfunktion
**Neue internationale Referenz-
werte der „Global Lung Function
Initiative“: Einführung in Deutsch-
land**
Ch. Lex, M. Gappa
- 24** Aus der AG Lungentransplantation
**Multiresistente nichttuberkulöse
Mykobakterien: Eine neue
Herausforderung bei Kinder-
lungentransplantation**
Z. Szépfalusi, N. Schwerk
- 26** Aus der AG Patientenschulung
**Programme werden weiter-
entwickelt**
R. Szczepanski
- 26** Aus der AG Pneumologische
Rehabilitation
**Rehabilitation wirkt nachhaltig:
Evaluation zeigt hervorragende
Ergebnisse**
Th. Spindler
- 28** Aus der AG Schlafmedizin
**Veranstaltungen für Schlaf-
mediziner**
B. Schneider
- 29** Aus der AG Schweres Asthma
**Das Register Schweres Asthma
im German Asthma Net (GAN)**
E. Hamelmann et al.
- 31** Aus der AG Seltene Lungen-
erkrankungen
**Meilensteine für eine bessere
Vernetzung bei der Behandlung
seltener Lungenerkrankungen**
M. Griese
- 34** Aus der AG Tuberkulose
Neue Leitlinien und Studien
F. Brinkmann
- Information**
- 36** **Journal-Club**
M. Rose
- 37** **Neues aus der DRG-Szene
Kinderpneumologie**
F. Riedel
- 38** **BAPP: Kinder und Jugendliche
im DMP Asthma bronchiale in der
Region Nordrhein – eine erste
Bestandsaufnahme**
A. Weber, F. Friedrichs
- 41** **NETSTAP: Studien immer
komplexer**
B. Sandner
- 42** **Long-Term ERS Fellowship:
Fokus auf den kleinen Atemwegen**
P. Merkus, M. Gappa
- 43** **Personalien – Kurz berichtet**
- Termine**
- 46** Ausschreibungen
**Johannes-Wenner-Forschungs-
preis 2015**
**Klosterfrau Award for Research
on Airway Diseases in Childhood**
- 47** Rückblick auf die 35. Jahrestagung
der GPP in Lübeck
**„Eintracht im Innern, Frieden vor
den Toren“**
G. Hansen, Ch. Happle
- 49** Ankündigung
**37. GPP-Jahrestagung 2015
in Basel**
- 50** **Der Vorstand der GPP**
**Sprecher der Arbeitsgemein-
schaften**

36. Jahrestagung der GPP,
gemeinsam mit dem 55. Kongress der DGP
vom 26. bis 29. März 2014

Herzlich willkommen in Bremen!



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vom 26. bis 29. März 2014 werden wir unsere 36. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) gemeinsam mit dem 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) durchführen. Hierzu möchte ich Sie schon jetzt in der schönen Hansestadt Bremen willkommen heißen.

Die gemeinsame Tagung aller Lungenfachärzte für Kinder, Jugendliche und Erwachsene eignet sich insbesondere für das Thema „Transition“ – dem Übergang des lungenkranken Kindes in das Erwachsenenalter. Hierfür werden Sie im Programm eine gemeinsam von Kinderpneumologen und Pneumologen gestaltete Vortragsreihe vorfinden.

Das Thema Transition beinhaltet pathophysiologische und epidemiologische Fragen zum weiteren Verlauf bereits im Kindesalter aufgetretener Erkrankungen und hierbei auch den Aspekt einer möglichen Prävention durch frühzeitige Intervention. Auch die Unterschiede in Diagnostik und Therapie „gleicher“ Krankheiten werden erörtert werden (z. B. Tuberkulose, Asthma).

Weiterhin stehen versorgungsmedizinische Aspekte im Brennpunkt der Diskussion: Wie wird eine kontinuierliche optimale Versorgung beim Transfer vom Kinderpneumologen zum Pneumologen sichergestellt? Wie unterstützt man die Patienten im Übergang zur Selbstverantwortung? Welche psychologischen und strukturellen Hindernisse gilt es zu überwinden? Was muss der Pneumologe von erwachsen gewordenen „Kindererkrankungen“ noch wissen (z. B. Mukoviszidose, BPD)? Wo kann der Kinderpneumologe vom Pneumologenwissen profitieren?

Parallel zur Vortragsreihe zum Thema Transition finden Sie eine eigene GPP-Vortragsreihe mit zahlreichen kinderpneumologischen Themen, mitgestaltet durch unsere Partnergesellschaften GPA und

BAPP. Zum Festakt am Freitagvormittag sind alle herzlichst eingeladen.

Zwei pädiatrisch ausgerichtete Industriesymposien laden ein zur Diskussion über die spezifische Immuntherapie und die virusinduzierte Atemwegsobstruktion. Die Sektionen und Arbeitsgruppen der GPP und DGP werden eine überwältigende Vielzahl an Postgraduiertenkursen, Seminaren, Symposien, freien Vorträgen und Posterdiskussionen präsentieren, so dass sich ein rechtzeitiges Studium des umfangreichen Programmhefts empfiehlt.

Die bekannten Strukturen unserer GPP-Tagungen werden auch in Bremen fortgeführt, so dass sowohl forschungsinteressierte Kliniker als auch praxisorientierte Niedergelassene ihren Interessen nachkommen können. Wir freuen uns besonders auf Ihre Beiträge in Form von interessanten Kasuistiken oder aktuellen Forschungsergebnissen. Auch locken wieder eine „Young Investigators Night“ für alle aktiven Abstract-Einreicher sowie musikalische Highlights während des Gesellschaftsabends im Bremer Parkhotel.

Bremens Marktplatz mit dem als Weltkulturerbe ausgezeichneten Rathaus und das historische „Schnoorviertel“ oder die „Schlachte“ an der Weser bieten eine interessante Abwechslung für Pausen und Abende bei Frühlingsanfang.

Fühlen Sie sich herzlichst eingeladen!

Ihr

Prof. Dr. Jürgen Seidenberg
Tagungspräsident der GPP 2014

Bild: BTZ Bremer Touristik-Zentrale

Überblick über das wissenschaftliche Programm der GPP-Jahrestagung

Mittwoch, 26. März 2014

Postgraduiertenkurse und AG-Sitzungen

- 11.00–17.00 Einsteigerkurs pädiatrische flexible Bronchoskopie (Teil 1) (Fortsetzung am Donnerstag, 27. März)
- 13.00–17.00 Starre Bronchoskopie in der Pädiatrie und Biopsietechniken
- 14.00–17.00 Die Kinderlunge im Bild: Projektionsradiographie und Computertomographie
- 14.00–17.00 Bronchoprovokation in der Pädiatrie: Neues und Bewährtes
- 14.00–17.00 Grundkurs CF für Pneumologen aller Altersklassen: Diagnostik und Therapiekonzepte

Wissenschaftliches Programm

- 18.00–20.00 **Kongresseröffnung**
Begrüßung – Grußworte
Festvortrag: High performance ceramics – made in Bremen: Materialwissenschaften an der Schnittstelle zur Medizin
- anschl. Get-Together in der Industrieausstellung

Donnerstag, 27. März 2014

- 08.00–13.00 Einsteigerkurs pädiatrische flexible Bronchoskopie, Teil 2
- 08.30–10.00 Symposium GPP 1 (GPP Sy 1)
Pädiatrische Lungenforschung
- 08.30–10.00 Symposium Transition 1 (Trans 1)
Transition: Mukoviszidose
- 10.30–12.00 Symposium GPP 2 (GPP Sy 2)
Mukoviszidose
- 10.30–12.00 Symposium Transition 2 (Trans 2)
Transition Infektionskrankheiten – unterschiedliche Diagnostik? Unterschiedliche Therapie?
- 12.30–14.00 Freie Vorträge/Posterdiskussion GPP 1 (GPP FV 1)
Pädiatrische Forschung/Aangeborene Erkrankungen
- 12.30–14.00 Posterbegehung GPP 1 (GPP P 1)
Kasuistiken
- 12.30–13.30 Sitzungen der AGs Schweres Asthma, Asthmatherapie und Lungentransplantation
- 14.30–16.00 Symposium GPP 3 (GPP Sy 3)
Verschlucken und Stridor
- 14.30–16.00 Symposium Transition 3 (Trans 3)
Transition oder transitional care: Was ist damit gemeint? Wo sind die Probleme?

- 16.30–18.00 Freie Vorträge/Posterdiskussion GPP 2 (GPP FV 2)
Pädiatrische Forschung/Mukoviszidose

- 16.30–18.00 Industriesymposium
SIT bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation mit freundlicher Unterstützung der ALK-Abelló Arzneimittel GmbH und der Stallergenes GmbH

- 16.30–18.00 Sitzungen der AGs Infektiologie in der Pneumologie, Pneumologische Rehabilitation und Kinderbronchoskopie gemeinsam mit der AG Seltene Lungenerkrankungen

- 20.00–23.00 **Young Investigators Night**

Freitag, 28. März 2014

- 08.00–09.00 Freie Vorträge/Posterdiskussion (GPP FV 3)
Asthma/Obstruktive Erkrankungen

- 08.00–09.00 Freie Vorträge/Posterdiskussion (GPP FV 4)
Bronchusobstruktion/Virusinfektion

- 08.00–09.00 Freie Vorträge/Posterdiskussion (GPP FV 7)
Late Breaking Abstracts

- 08.00–09.00 Posterbegehung 2 (GPP P 2)
Asthma/Infektionen u.a.

- 08.00–09.00 Sitzungen der AGs Lungenfunktion, Tuberkulose und Cystische Fibrose

- 09.15–11.15 **Festakt mit Preisverleihungen**
Pädiatrische Pneumologie: Review of the Year
Festvortrag: Vom Problem zur Lösung – Neun Schritte zu einer guten Entwicklung
Preisverleihung Klosterfrau-Award
Preisverleihung Johannes-Wenner-Preis

- 11.45–13.15 Symposium GPP 4 (GPP Sy 4)
GPA-Symposium: Aktuelles zur Prävention von Asthma und Allergien

- 11.45–13.15 Symposium Transition 4 (Trans 4)
Transition: Neuromuskuläre Erkrankungen und Schlafstörungen

- 12.30–13.30 Sitzungen der AGs Patientenschulung, Experimentelle Kinderpneumologie und Dysfunktionelle respiratorische Symptome

- 13.45–15.15 Industriesymposium
Virusinfektion – wen trifft es besonders hart? mit freundlicher Unterstützung der AbbVie Deutschland GmbH & Co.KG

- 15.45–17.15 Symposium GPP 5 (GPP Sy 5)
Therapie von dysfunktionellen respiratorischen Symptomen

- 15.45–17.15 Symposium Transition 5 (Trans 5)
**Transition: Angeborene und frühkindliche Lungen-
erkrankungen inkl. CPAM, BPD, COPD und chILD**
- 17.45–19.15 Mitgliederversammlung der GPP
- ab 19.30 **Gesellschaftsabend**
im Dorint Park Hotel Bremen

Samstag, 29. März 2014

- 07.45–09.00 Frühsymposium (GPP FSy)
**Gemeinsam versorgen – Visionen einer zukünftigen
Versorgung bei chronischen Atemwegserkrankungen**
- 07.45–09.00 Freie Vorträge/Posterdiskussion (GPP FV 5)
Lungenfunktion
- 07.45–09.00 Freie Vorträge/Posterdiskussion (GPP FV 6)
Bronchoskopie/ECMO/Verschiedenes
- 09.00–10.30 Symposium GPP 6 (GPP Sy 6)
BAPP-Symposium
- 09.00–10.30 Symposium Transition 6 (Trans 6)
Transition: Asthma
- 11.00–12.45 Symposium Transition 7 (Trans 7)
**„Fallstricke und Perlen“ – gemeinsame Kasuistik-
Konferenz von DGP und GPP**

Weitere Informationen auf der Kongress-Homepage www.dgp-kongress.de

Einladung zur Mitgliederversammlung

der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie
am Freitag, 28. März 2014, 17.45–19.15 Uhr

1. Genehmigung der Tagesordnung
2. Annahme des Protokolls der letzten Mitglieder-
versammlung
3. Bericht der Vorsitzenden
4. Bericht des Schatzmeisters
5. Bericht der Kassenprüfer
6. Entlastung des Vorstands
7. Bericht Weiterbildungsordnung
8. Berichte der Arbeitsgruppen
9. Abstimmung über neue Ehrenmitglieder
10. Wahl zukünftiger Tagungsorte
11. Verschiedenes

Prof. Dr. Gesine Hansen
Vorsitzende

Dr. Nicolaus Schwerk
Schriftführer

Young Investigators Night der GPP

Nachwuchsforscher diskutieren aktuelle Studienergebnisse

Nach der Initialveranstaltung im Rahmen der Jahrestagung der GPP in Köln 2012 und dem Kongress in Lübeck im vergangenen Jahr findet am 27. März 2014 die dritte Young Investigators Night der GPP statt. Die Idee dieser Abendveranstaltung ist es, dem wissenschaftlichen Nachwuchs ein Podium zur Diskussion aktueller Studienergebnisse anzubieten. Die Organisatoren des Events, Prof. Dominik Hartl, Tübingen, und Prof. Philipp Latzin, Basel, haben ein interessantes Programm für die Besucher vorbereitet: „Uns ist es wichtig, dass wir mit dieser Veranstaltung unseren jungen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit geben, sich mit neuen Ergebnissen unserer Fachgesellschaft auseinanderzusetzen. Außerdem ist es einfach wichtig, ein Forum für Nachwuchswissenschaftler der GPP zu haben, wo Ideenaustausch und Kooperationen stattfinden können“.

Das wissenschaftliche Programm umfasst Themen aus den zur Jahrestagung eingereichten Abstracts zu den Themenkomplexen:

- Pathophysiologie von Atemwegserkrankungen im Kindes- und Jugendalter

- Aktuelle Trends in der Diagnostik von Atemwegserkrankungen
- State of the Art in der Therapie von Atemwegserkrankungen

Im Rahmen der Young Investigators Night werden die Teilnehmer nicht eigene Studienergebnisse, sondern Abstracts von anderen Autoren im Plenum präsentieren. Weiterhin haben die Organisatoren ein „Pneumo-Quiz“ mit Fragen zu verschiedenen Themenbereichen vorbereitet. Die oder der Teilnehmer(in) mit der überzeugendsten Präsentation wird mit dem „Young Investigators Award“ ausgezeichnet.

Zur dritten Young Investigator Night wurden alle Einreicher von Abstracts eingeladen, wobei die beiden Organisatoren großen Wert darauf legen, dass gerade die jungen Autoren, die eventuell ihre erste Arbeit eingereicht haben, an der Veranstaltung teilnehmen.

Die Organisatoren der Veranstaltung bedanken sich bei den Unternehmen Chiesi, PARI und Vertex für die finanzielle Unterstützung der Young Investigators Night.

Leitthema des Jahreskongresses 2014 in Bremen

Transition von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin

Ohne Kooperation und Koordination keine Transition

Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung

Vor allem junge chronisch kranke Menschen müssen besser beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unterstützt werden. Derzeit gibt es noch viele Barrieren für einen strukturierten Wechsel chronisch kranker Heranwachsender in die Erwachsenenmedizin. Diese so genannte Transition ist den Fachleuten als Thema gut bekannt, in der Regelversorgung ist sie aber noch nicht angekommen.

Potenziell betroffen von der Transition sind in Deutschland rund 120.000 Kinder und Ju-

gendliche mit schweren chronischen Erkrankungen. Dazu gehören zum Beispiel Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Mukoviszidose, angeborenem Herzfehler, Nierenschwäche oder ADHS.

Durch innovative Therapien können junge Patienten heute in der Regel trotz ihrer chronischen Krankheit das Erwachsenenalter erreichen. Für die Erwachsenenmedizin bedeutet dies eine neue Herausforderung: Während Kinderärzte zumeist ganzheitlich und familienorientiert behandeln, wird

im Erwachsenenalter eher organspezifisch und personenbezogen therapiert.

Modelle einer Übergangsvorsorgung, die interdisziplinär von Unikliniken und Medizinischen Versorgungszentren entwickelt werden, müssen daher stärker gefördert werden. Außerdem sollte die Transition in den Katalog hochspezialisierter Leistungen der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung aufgenommen werden. Derzeit führen die Schwierigkeiten zum Beispiel zu Therapieabbrüchen, falscher Behandlung oder Män-

geln bei der Medikamenteneinnahme – zum Nachteil der Patienten und der Krankenkassen, die letztlich durch die notwendigen Folgebehandlungen mit höheren Kosten belastet werden.

*Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Universität Bremen, Zentrum
für Sozialpolitik, Abteilung
Gesundheitsökonomie,
Gesundheitspolitik und
Versorgungsforschung
UNICOM-Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen
E-Mail: gglaeske@zes.uni-
bremen.de*

Transition: Bedürfnisse, Wünsche und Erfahrungen chronisch kranker Jugendlicher

*Franziska Bomba, UKSH Lübeck
Carsten Herrmann-Garitz, Universität Greifswald*

Neben den normalen Entwicklungsaufgaben ihrer Altersgruppe müssen chronisch kran-

ke Jugendliche lernen, kontinuierlich mehr Verantwortung für die Behandlung ihrer Er-

krankung zu übernehmen und selbstständig ihre weiterführende medizinische Versorgung

zu organisieren. Um Jugendliche und ihre Eltern auf diesen komplexen Prozess der Transi-

tion vorzubereiten, bedarf es einer gezielten Unterstützung und individuellen Beratung.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Lübeck (Prof. Dr. Ute Thyen) führt unter der Leitung des Lehrstuhls Gesundheit und Prävention der Universität Greifswald (Prof. Dr. Silke Schmidt) ein Forschungsprojekt durch, das sich an Jugendliche mit Typ-1-Diabetes, Mukoviszidose (CF) oder chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) richtet. Das Projekt wird im Forschungsschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ gemeinsam durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die gesetzlichen Krankenkassen gefördert.

Interviews zu den Erfahrungen der Patienten

In der ersten Projektphase wurden Interviews mit betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt, um sie als Expert/inn/en im Prozess der Transition in den Fokus zu nehmen und ihre Perspektive zu berücksichtigen. Ziel der Interviews war es, he-

rauszufinden, wie chronisch kranke Jugendliche selbst ihre Gesundheitsversorgung im Hinblick auf den Übergang in die Erwachsenenmedizin und ihr Erwachsenwerden mit der Erkrankung wahrnehmen und welche Erfahrungen sie diesbezüglich gemacht haben. Außerdem sollten ihre Vorschläge und Wünsche zur Konzeption eines Transitionsworkshops, also eines unterstützenden Empowerment-Gruppenangebots gesammelt werden. 29 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 27 Jahren nahmen an der Befragung teil (41% männlich, Durchschnittsalter 18,9 Jahre), davon zwölf mit Diabetes Mellitus Typ 1, sieben mit Mukoviszidose und zehn mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. 38 Prozent der Befragten befanden sich bereits in der Behandlung eines/r Erwachsenen-Facharztes/-ärztin.

Die Jugendlichen nehmen sich im Umgang mit ihrer Erkrankung als kompetent und in vielen Bereichen als Expert/inn/en wahr. Trotzdem übernehmen in den meisten Fällen immer noch die Eltern eine wichtige Rolle im alltäglichen Krankheitsmanagement (von der Terminvereinbarung beim Arzt/bei der Ärztin

bis zum Einlösen von Rezepten), was zu Konflikten im Ablösungsprozess führt. Die Mehrzahl der Jugendlichen hatte sich im Vorfeld noch nicht mit einem Transfer in die Erwachsenenmedizin auseinandergesetzt bzw. ihn sogar eher verdrängt. Oftmals wurde der Wechsel in das neue Behandlungssetting als zu abrupt und zu Beginn als verunsichernd beschrieben. Besonders bei neuen Lebenssthemen wie beim Wechsel des Arztes/der Ärztin, dem Einstieg ins Berufsleben, dem Auszug von Zuhause oder den ersten Gedanken an die Familienplanung formulierten die interviewten Jugendlichen einen Unterstützungsbedarf von außen und den Wunsch nach Austausch mit anderen Betroffenen. Umso wichtiger erscheint mit Blick auf diese Ergebnisse eine gute Vorbereitung der Jugendlichen auf diesen Schritt ins Erwachsenenleben, die die Betroffenen in ihren Kompetenzen bestärkt und sie ermutigt, sich über ihre Erkrankung zu informieren und Unterstützungsangebote anzunehmen.

Transitionsworkshops

Die auf Basis der Ergebnisse der Interviews entwickelten

Transitionsworkshops wurden als Wochenend-Schulungen von September 2012 bis Oktober 2013 mit Gruppen von Jugendlichen mit Diabetes Typ I, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Mukoviszidose (N=167) an unterschiedlichen Standorten in Deutschland durchgeführt. Inhalte des Workshops sind unter anderem die Organisation des Krankheitsmanagements, Perspektiven der Weiterbehandlung, das Kennenlernen von krankheitsspezifischen Unterstützungsangeboten, die Ablösung von den Eltern, Berufsfindung und -ausbildung sowie Partnerschaft. Der Workshop wurde von den Jugendlichen sehr gut angenommen und als hilfreich bewertet wurde, über 90 Prozent würden den Workshop weiterempfehlen.

*Dipl.-Psych. Franziska Bomba
Transitionsprojekt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160,
23538 Lübeck
E-Mail: franziska.bomba@uksh.de*

Ein struktureller Lösungsansatz für ein altes Problem: Das Berliner TransitionsProgramm

Silvia Mütter, Berliner TransitionsProgramm, DRK Kliniken Berlin | Westend

In Deutschland ist die Transition bisher nicht einheitlich geregelt. Ein geplanter Über-

gang in eine erwachsenmedizinische Spezialbetreuung erfolgt nur für einzelne Krank-

heitsbilder auf der Basis lokaler Initiativen. Sie beschränken sich meist auf gemeinsame Sprech-

stunden der Spezialisten innerhalb einer Einrichtung wie einer Universitätsklinik. Die ge-

wachsenen Strukturen und Modelle der Transition orientieren sich in der Regel an den lokalen Gegebenheiten und sind auf das Engagement der beteiligten Betreuer angewiesen. Für diese Leistungen gibt es keine angemessene Vergütung.

Häufig fehlt eine zentrale Koordination während der gesamten Transitionsphase. Mit dem Wechsel in die Erwachsenenmedizin endet die Zuständigkeit der Kinder- und Jugend spezialisten, ohne dass gewährleistet ist, dass der Patient an die weiterbetreuende Einrichtung auch langfristig angebunden ist.

Um die Transition in Deutschland flächendeckend und indikationsübergreifend zu regeln, bedarf es

- einer strukturierten Transition mit definierten Leistungen,
- einer Koordination des ge-

samten Prozesses durch ein Fallmanagement sowie

- einer geregelten Kostenübernahme der transitionsspezifischen Leistungen.

Bei diesen Anforderungen setzt das Berliner Transitionsprogramm (BTP) an: Es ist ein Strukturkonzept, das übertragbar ist auf unterschiedliche Krankheitsbilder, verschiedene Versorgungsstrukturen (Spezialambulanzen, Schwerpunktpraxen u. a.), unterschiedliche Regionen und das eine geregelte Kostenübernahme der transitionsspezifischen Leistungen durch die Krankenkassen vorsieht.

Das BTP ist an den DRK Kliniken Berlin | Westend angesiedelt, die im Rahmen des Programms als Managementgesellschaft fungieren. Die DRK Kliniken Berlin schließen einerseits Verträge mit den Krankenkassen und andererseits mit kooperierenden

Zentren. Dies sind beispielsweise Vertragspartner in niedergelassenen-Praxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren, Spezialambulanzen oder Sozialpädiatrischen Zentren.

Das Fallmanagement ist für alle Patienten des Programms unabhängig von den betreuenden Einrichtungen an den DRK Kliniken Berlin angesiedelt.

Programm mit grundsätzlicher Bedeutung

Das Programm wird wegen seiner grundsätzlichen Bedeutung für die Versorgung chronisch kranker Menschen von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Das inhaltliche Konzept wurde von einer Arbeitsgruppe an den DRK Kliniken Berlin | Westend in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut zunächst für die Krankheitsbilder Epilepsie und Diabetes mellitus Typ 1 entwickelt

und in Berlin und Brandenburg über zwei Jahre (2008–12) erprobt.

Seit 2013 ist das Programm auch auf die Indikationen chronisch entzündliche Darmerkrankungen, juvenile rheumatische Arthritis, neuromuskuläre Erkrankungen und terminale Niereninsuffizienz ausgeweitet. Derzeit wird das Programm in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen angeboten.

Weitere Informationen bietet unsere Homepage unter www.berliner-transitionsprogramm.de

*Dr. med. Silvia Mütter
Projektmanagement Berliner
Transitionsprogramm, DRK
Kliniken Berlin | Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
E-Mail: [transition@drk-
kliniken-berlin.de](mailto:transition@drk-kliniken-berlin.de)*

Transition in der Gruppenschulung nach ModuS

Rüdiger Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück

Schulungsprogramme ermöglichen bzw. verbessern bei chronischen Erkrankungen ein selbstständiges Krankheitsmanagement für Kinder, Jugendliche und deren Familien. Die ersten Programme betrafen Asthma und Diabetes. In den vergangenen 20 Jahren wurden Schulungen für weitere Indikationen entwickelt und in die Versorgung integriert. Das Modulare Schulungskonzept (ModuS) wurde mit Förderung des

Bundesgesundheitsministeriums entwickelt, um die Möglichkeit zu eröffnen, für alle chronischen Krankheiten – insbesondere auch für weniger häufige und vor allen Dingen seltene Krankheiten – Schulungsprogramme zu entwickeln und zu etablieren. (Siehe dazu den Abschlussbericht des Projektes vom 31. Januar 2013 unter <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschluss>

bericht_Projekt_Fit_fuer_ein_besonderes_Leben_Modulares_Schulungsprogramm_fuer_chronisch_kranke_Kinder_und_Jugendliche_sowie_deren_Familien_-_ModuS.pdf)

Finanziert durch das Bundesgesundheitsministerium wurde 2013 ein krankheitsübergreifendes Transitionsmodul für ModuS entwickelt: „Erwachsen werden mit ModuS: Fit für den Wechsel – Transitionsmodul im Modularen Schulungs-

programm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche“. Es handelt sich um eine Gruppenschulungsintervention als ergänzendes Modul zur Vorbereitung der Transition und zur Unterstützung des Empowerments von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre), damit sie möglichst selbstständig die Transition bewältigen können. Die Eltern werden dabei bewusst mit einbezogen.

Vier Module

Folgende Module wurden mit diesem Programm entwickelt:

1) Ein Modul, das schwerpunktmäßig die Themen des Transfers umfasst (Transfer: 3–4 Unterrichtseinheiten). Dieses Modul kann in bestehende Schulungsprogramme für Jugendliche integriert werden.

2) Ein indikationsübergreifendes Schulungsmodul zur Transition für diejenigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, für die es bisher kein Schulungsangebot gibt bzw. die bislang an keiner strukturierten Schu-

lung im Jugendlichenalter teilgenommen haben (Transitions-Workshop mit 12 UE, der auch die Aspekte des Transfers umfasst). Das Angebot ist somit auch geeignet für weniger häufige bis seltene Indikationen, für die es überhaupt keine Schulungsprogramme gibt.

3) Da nach aktueller Jugendforschung weiterhin die Eltern wichtigste Berater in Gesundheitsfragen sind (wichtiger als die Versorger), ist es notwendig, dass die Eltern ein eigenes Forum angeboten bekommen, um diesen Rollenwechsel selbst vornehmen und mittragen zu können. Das separate Schu-

lungsmodul für Eltern (Wenn die Kinder erwachsen werden, 4 UE) bietet für diesen notwendigen Rollenwechsel eine Unterstützung durch den Trainer, aber auch den Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern. Es kann parallel zum Workshop stattfinden.

4) Da es teilweise sehr schwierig ist, Jugendliche mit chronischen Krankheiten anzusprechen und über ein Gruppenschulungsprogrammangebot zu informieren bzw. für eine Teilnahme daran zu interessieren, wurde ein interaktives Internetportal (between) entwickelt, das zum einen diese Jugendlichen

erreichen soll. Zum anderen ist das Internetportal integraler Bestandteil der zuvor aufgeführten Schulungsmodule.

Die praktische Erprobung und Evaluation des Transitions-Moduls erfolgt seit dem 1. März 2013. Ziel und Inhalte des Programms sowie erste Erfahrungen werden im Rahmen der GPP-Jahrestagung dargestellt.

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

Extrapulmonale Manifestationen der Influenza

Markus A. Rose, Sana Klinikum Offenbach und Goethe-Universität Frankfurt, Kinder- und Jugendmedizin

Einführung

Die Bedeutung der Influenza bei Kindern – auch im pneumologischen Kontext – ist zunehmend ins Bewusstsein gerückt und findet ihre Umsetzung u. a. in der aktuellen STIKO-Empfehlung. Neben dem bekannten klinischen Bild der Virusgrippe werden allerdings auch zunehmend extrapulmonale Manifestationen beobachtet, deren Kenntnis das Patientenmanagement erleichtern und Ressourcen sparen helfen

kann. Die nachfolgenden Kasuistiken zeigen exemplarisch das Spektrum extrapulmonaler Influenza-Manifestationen.

Fall 1

Zur Vorstellung kam ein zuvor gesunder fünf Monate alter männlicher Säugling, seit sechs Tagen fieberhaft erkältet. Zunehmende Atemnot und Nahrungsverweigerung. Klinisch imponierte ein reduzierter AZ, SaO₂ 89 %, hustend, Tachydypnoe, T 39,3 °C. Im Verlauf trat



Säugling mit Influenza-Pneumonie

eine respiratorische Erschöpfung ein, Übernahme auf Kinderintensivstation, Intubation und drei Tage maschinelle Be-

atmung. Die BAL war Influenza-A-positiv, nebenbefundlich fiel im Blutbild eine Neutropenie (320/µl) auf. Nach zwölf Tagen Entlassung unter Cotrimoxazol Prophylaxe, im Verlauf normalisierte sich das Blutbild komplett.

Fall 2

Der siebenjährige Alexander (leere Anamnese) kam mit dem RTW ins Krankenhaus wegen hohen Fiebers, Hauteffloreszenzen, Muskelschmerzen und

V.a. auf Sepsis. Wir sahen einen Buben in reduziertem AZ, T 38,9 °C, Haut impetiginisiert, Gangunfähigkeit wegen massiv spontandolenter Waden beidseits. Bei den Laboruntersuchungen zeigten sich nur milde erhöhte Entzündungszeichen, eine Neutropenie (740/µl) und eine erhöhte CK (3.130 U/ml). Bei Verdacht auf neuromuskuläre Erkrankung wurde eine Muskelbiopsie veranlasst, die mit Nachweis von Influenza B im Rachenabstrich ausgesetzt werden konnte. Unter symptomatischen Maßnahmen nach fünf Tagen Entlassung in die ambulante Nachsorge, mittlerweile komplette Ausheilung.

Fall 3

Die fünfjährige Jennifer (keine Vorerkrankungen) wurde mit therapierefraktärem Fieber und V.a. Sepsis aufgenommen. Der Befund zeigte ein auffallend blasses und schlappes Mädchen in reduziertem AZ, T 39,8 °C, tachykard, im Labor Hb 6 g/dl, LDH 670 U/l. Der Ra-

chenabstrich war positiv auf Influenza A. Die weitere Abklärung ergab den extrem seltenen Nachweis autoimmunhämolytischer Wärme-Ak. Es erfolgten aus vitaler Indikation Transfusion, Steroid- und Breitspektrumantibiotika-Therapie. Nach neun Tagen Entlassung in die ambulante Nachsorge.

Diskussion

Influenza-Erkrankungen werden landläufig als Atemwegsinfektionen aufgefasst; Muskel- und Gliederschmerzen und spektakuläre Herzbeteiligungen legen jedoch nahe, dass die Multisysteminfektion auch mannigfaltige andere Organe betreffen kann. Die typischen Muskelschmerzen können extreme Ausmaße annehmen und auch bei immunkompetenten Patienten bis hin zu Rhabdomyolyse mit Myoglobininurie, Hyperkaliämie, Herzfunktionsstörungen und Kompartiment-Syndrom gehen. Gerade bei Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen sind ZNS- (Enze-

phalomeningitis) und PNS-Beteiligungen (Guillain-Barré-Syndrom, Neuritiden, Myelitiden) gefürchtet und haben zur Ausweitung der Grippe-Impfindikation auch für diese Kollektive geführt. Die auch von anderen hämatotropen Virusinfektionen bekannten Neutropenien haben meist gute Prognosen, können allerdings unerkannt zu signifikanter Abwehrschwäche führen und in der Erholungsphase von der viralen Erkrankung schwere bakterielle Superinfektionen begünstigen. Gerade bei jungen Kindern, für die bislang keine wirkungsvollen Grippe-Impfstoffe verfügbar sind, ist die Impfung von Schwangeren (wie auch von WHO und STIKO empfohlen) eine aussichtsreiche Strategie, via Nestschutz im ersten Lebensjahr Influenza-Erkrankungen einzudämmen. Der bei uns beschriebene Fall einer Wärme-Autoantikörper-Anämie bei Influenza ist zwar eine absolute Rarität, kann aber chronifizieren und schwierig zu behandelnde Verläufe nehmen. Auch das Management der aku-

ten Erkrankung stellt eine Herausforderung dar – Transfusionen sind streng zu indizieren und systemische Steroide können die Hämolyse stoppen, bei ausbleibender Besserung sind allerdings spezifische Immunsuppressiva wie monoklonale anti-CD20-Antikörper (Rituximab) oder Splenektomie zu erwägen. So oder so ist eine Influenza-Transmissionsprophylaxe durch die bei Kindern gut wirksame nasale lebend-attenuierte Influenza-Vakzine (LAIV), bei immunologisch Ausgereiften durch die breit wirksamen tetra-valenten TIVs und bei Abwehrschwachen mittels adjuvantierter oder intradermaler Vakzine möglich und sinnvoll.

*Prof. Dr. med. Markus A. Rose, M.P.H.
Sana Klinikum Offenbach
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Starkenburgring 66
63069 Offenbach
E-Mail: Markus.Rose@klinikum-offenbach.de*



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.

An den
Schriftführer der Gesellschaft
für Pädiatrische Pneumologie e.V.
Herrn Dr. med. Nicolaus Schwerk
Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für
Päd. Pneumologie, Allergologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Antrag auf Mitgliedschaft

Name	
Anschrift	
Tel.	Fax
E-Mail	
Ort, Datum	Unterschrift

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

Leitlinie noch in Bearbeitung

Dietrich Berdel, Monika Gappa, Marien-Hospital Wesel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Der letzte Bericht der AG Asthma war in der GPP-Zeitschrift des Jahres 2012 zu finden. Unter der Überschrift „Pantarei“ wurden die Aktivitäten der pädiatrischen Experten der GPP für die Entwicklung einer konsentierten S2-Leitlinie unter Federführung der

Atemwegsliga (verantwortlich: Prof. R. Buhl) dargestellt. Die Leitlinie ist immer noch nicht abschließend bearbeitet und konsentiert – eine weitere Konsensuskonferenz steht aus. Dabei waren alle aus der Pädiatrie Beteiligten stets sorgfältig und pünktlich

mit ihren Beiträgen. Wir bleiben optimistisch, dass 2014 eine Drei-Länder-Leitlinie veröffentlicht wird, die die aktuellen Entwicklungen abbildet und eine solide Grundlage für die nächste Auflage der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale bildet.

*Prof. Dr. Dietrich Berdel
Marien-Hospital Wesel,
Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Pastor-Janßen-Str. 8–38
46483 Wesel
E-Mail: berdel.vonberg@
t-online.de*

Aus der AG Cystische Fibrose (Sprecher: Dr. med. Lutz Nährlich, Gießen)

Update Leitlinien und Zertifizierung

Lutz Nährlich, Universitätsklinikum Gießen, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Jutta Hammermann, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Dresden

Schwerpunkte der AG Cystische Fibrose sind seit einigen Jahren die Leitlinienentwicklung und das Zertifizierungsverfahren für Mukoviszidoseeinrichtungen. In beiden Bereichen sind 2013 wichtige Ergebnisse erzielt und neue Ziele gesetzt worden.

Neue Leitlinien

Die AWMF-Leitlinien „Diagno-

se der Mukoviszidose“ (S2-Konsensus; AWMF 026/023; Koordination: Dr. Lutz Nährlich) und das Modul „Diagnostik und Therapie nach dem ersten Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa*.“ (S3-Leitlinie, AWMF 026/022; Koordination Prof. Dr. Frank-Michael Müller und Dr. Ernst Rietschel) wurden fertiggestellt und sind seit Juni 2013 auf der AWMF-Seite

einsehbar. Publikationen und Patientenversionen der Leitlinien sind aktuell in Arbeit. Beide Leitlinien wurden auf der Deutschen Mukoviszidosekonferenz 2013 vorgestellt.

Diesen Schwung haben wir genutzt, um ein Modul zur chronischen Pseudomonasinfektion (S3-Leitlinie) unter Leitung von Dr. Carsten Schwarz (DGP), Dr. Silke van Koningsbruggen-

Rietschel (GPP) und Dr. Bernhard Schulte-Hubbert (PEG) sowie eine Leitlinie zur „Diagnostik und Therapie bei Säuglingen mit Mukoviszidose“ unter Leitung von Dr. Jutta Hammermann (GPP), Dr. Lutz Nährlich und Prof. Dr. Helmut Ellemunter (GPP) zu starten. Dank der großzügigen finanziellen Unterstützung durch die GPP und den Mukoviszidose e.V. können

wir zeitnah mit der neuen Leitlinienarbeit beginnen. Durch eine intensive Diskussion und Implementierung der Ergebnisse in den klinischen Alltag hoffen wir die Qualität der Behandlung zu verbessern. Umfragen sind angedacht, um diese Prozesse nachzuverfolgen.

Anerkennungsverfahren für Mukoviszidose-einrichtungen

Das seit einigen Jahren vom Mukoviszidose e.V. initiierte Anerkennungsverfahren für Mu-

koviszidoseeinrichtungen wird seit Herbst 2013 durch die Beteiligung der Fachgesellschaften DGP und GPP aufgewertet. Die Verfahrensregeln und die Kriterienkataloge wurden konsertiert und seit Herbst 2013 ein Online-Antragsverfahren eingerichtet. Ein Anerkennungsverfahren für CF-Rehakliniken geht im Frühjahr 2014 an den Start. Die Anerkennungsverfahren sollen Patienten und Behandlern, aber auch Kostenträgern eine qualitätsorientierte Orientierung in der Versorgungslandschaft bieten.

Neugeborenencreening auf CF

Das Neugeborenencreening auf Mukoviszidose befindet sich weiterhin im Verhandlungsprozess mit dem GBA, so dass der Zeitpunkt der Einführung noch nicht absehbar ist. Sobald sich hier Näheres abzeichnet, wird die Arbeitsgruppe Neugeborenencreening des TFQ-Beirates des Mukoviszidose e.V. an der praktischen Umsetzung mitarbeiten.

*Dr. Lutz Nährlich
Universitätsklinikum Gießen,
Zentrum für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin, Abteilung
Allgemeine Pädiatrie
und Neonatologie
Feulgenstr. 12, 35385 Gießen
E-Mail: lutz.naehrlich@
paediat.med.uni-giessen.de*

*Dr. Jutta Hammermann
Universitätsklinikum Carl
Gustav Carus, Klinik und
Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
E-Mail: jutta.hammermann@
uniklinikum-dresden.de*

Aus der AG Dysfunktionelle respiratorische Symptome (Sprecher: Prof. Dr. med. Bodo Niggemann, Berlin)

Neuer Name, gleiche Agenda

Bodo Niggemann, Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie und Immunologie, Berlin

Am 7./8. Juni 2013 trafen sich zehn Mitglieder der AG Dysfunktionelle respiratorische Symptome zum zweiten „Schweriner Workshop“, der vom Psychologen Gerald Ullrich organisiert und geleitet wurde. Als Programmpunkte wurden dabei

- mit Gerald Ullrich Erfahrungen über die Vermittlung psychologischer Inhalte durch Ärzte ausgetauscht,
- mit Cordula Körner-Rettberg das Thema „Anstrengungsassoziierte Atemnot“ in Angriff genommen,
- von Gerald Ullrich Instru-

mente zur Katamnese vorgestellt und

- von allen die neue Nomenklatur (welche die alte Bezeichnung als AG Psychogene und funktionelle Atemstörungen ablöst) beschlossen.

Am 5. September 2013 fand dann während des Deutschen Allergie-Kongresses in Bochum ein weiteres Treffen der AG statt. Dabei wurde eine aktualisierte Einordnung der Dysfunktionellen respiratorischen Symptome in die Reihe der möglichen physiologischen und pathologischen Symptome vor-

gestellt und angenommen. Es ist geplant, am 23. und 24. Juni 2014 einen dritten „Schweriner Workshop“ abzuhalten – ebenfalls im kleinen Rahmen und mit Klausurcharakter.

Ziele

Die AG ist eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft, die Kinder-Pneumolog/inn/en, Psycholog/inn/en und Physiotherapeut/inn/en zusammenführt. Sie hat sich verschiedene Ziele gesetzt, die z.T. schon in Angriff genommen wurden:

- Diagnosekriterien für die einzelnen Erkrankungen zu standardisieren und zu validieren,
- eine Leitlinie zum diagnostischen Vorgehen zu erarbeiten,
- eine Therapeuten-Liste für ein Netzwerk, aber auch für eine flächendeckende Versorgung aufzubauen,
- sich bei den GPP-Kongressen mit eigenen Sitzungen einzubringen,
- sobald wie möglich eine gemeinsame Datenbank aufzubauen, um anhand stan-

dardisierter Diagnosen und größerer Patientenkollektive Fragestellungen zu beantworten,

- eine Studie zur Katamnese-Erhebung durchzuführen;
- längerfristig ist es angestrebt, Forschungsfragestellungen zu formulieren und in Projekten zu untersuchen.

Als Kommunikation dienen ein E-Mail-Verteiler sowie die zweimal pro Jahr stattfindenden Treffen der AG. Mitglieder der GPP, die sich von diesem Thema angesprochen fühlen und aktiv mitarbeiten möchten, sind herzlich eingeladen, mitzumachen. Kontaktperson ist Bodo Niggemann.

Das nächste Treffen der Arbeitsgemeinschaft wird im Rahmen des GPP-Kongresses in Bremen stattfinden.

*Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie und Immunologie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
E-Mail: bodo.niggemann@charite.de*

Aus der AG Experimentelle Pneumologie (Sprecher: Prof. Dr. Michael Kabesch, Regensburg)

Forschungs-Highlights 2013

Michael Kabesch, Kinderuniversitätsklinik Ostbayern (KUNO), Campus St. Hedwig, Abteilung für pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Regensburg

Für die Mitglieder der AG Experimentelle Pneumologie war das Jahr 2013 sehr erfolgreich. Es ist vielen Gruppen gelungen, ihre Forschungsergebnisse in hochrangigen Zeitschriften zu positionieren und international Aufmerksamkeit zu erregen. Eine kleine Auswahl der Publikations-Highlights mit einer Kurzzusammenfassung finden Sie in diesem Bericht.

Um die Präsentation der Ergebnisse auch auf nationaler Ebene zu verbessern, ist die AG Experimentelle Pneumologie eine Kooperation mit dem Mainzer Allergie-Workshop eingegangen, bei dem unsere AG 2015 eine eigene Session gestalten wird, um pädiatrische Lungenforschung mit dem Schwerpunkt Allergie darzustellen. Zahlreiche Einblicke in die ak-

tuelle Forschung der AG-Mitglieder wird es beim Jahreskongress der GPP in Bremen geben. Wir hoffen, dass die Veranstaltung mit Beteiligung der AG Experimentelle Pneumologie zahlreich besucht werden!

Arbeitsgruppe Latzin, Basel

Philip Latzin ist von Bern nach Basel gewechselt und hat dort die Professur für experimentelle Pneumologie am Kinderspital beider Basel erhalten. Loretta Müller aus der AG Latzin konnte zeigen, dass Interaktionen zwischen nasalen Epithelzellen und natürlichen Killerzellen im Kontext einer Ozonexposition die Aktivität der natürlichen Killerzellen ändern. Die Aktivierung von Killerzellen wird dabei via

direkte Zell-Zell-Interaktionen von nasalen Epithelzellen durch Botenstoffe ausgelöst.
PMID: 23241529

Arbeitsgruppen Dittrich und Hansen, Hannover

Die AG Hansen beschäftigte sich mit der „Hereditären Pulmonalen Alveolarproteinose“ (PAP), einer seltenen Lungenerkrankung, bei der es aufgrund von GM-CSF-Rezeptormutationen zu einer gestörten Alveolar-makrophagenreifung und einer massiven Proteinakkumulation in der Lunge kommt. Mitarbeiter der AG Hansen generierten induziert-pluripotente Stammzellen (iPS) einer Patientin mit Alveolarproteinose. Mit diesen iPS konnte die PAP-typische Makrophagenpathologie in vitro nach-

gestellt werden und die erste In-vitro-Gentherapie für PAP wurde an menschlichen Zellen durchgeführt.
PMID: 24279725

Die AG Dittrich zeigte in ihrer Highlight-Publikation 2013, dass die Migration von Th2-Zellen in die Haut in einem Mausmodell der atopischen Dermatitis von den Histaminrezeptoren-1 und -4 abhängig ist. (PlosOne, accepted)

Arbeitsgruppe Mall, Heidelberg

Die AG Mall hat ein Mausmodell zur Studie von Mucus-Obstruktion entwickelt. Daran wurde gezeigt, dass hypertones Kochsalz auch bei chronisch obstruktiven Atemwegserkran-

kungen zur Schleimlösung beiträgt, aber nicht in der Lage ist, die zugrunde liegende Entzündung zu verhindern. Trotzdem könnte diese Therapie gerade bei Patienten, bei denen Mucus-Obstruktion im Vordergrund der Symptomatik steht, wirksam helfen.

PMID 23590312

Arbeitsgruppe Schaub, München

Die AG Schaub konnte 2013 neue Regulationsmechanismen bei der Entstehung von Asthma und anderen atopischen Erkrankungen identifizieren. Es konnte gezeigt werden, dass v.a. re-

gulatorische T-Zellen, aber auch Th17-Zellen für die Ausprägung eines atopischen Phänotyps entscheidend sind und dass genetische Faktoren dabei eine wichtige Rolle spielen.

PMID: 24275363

Arbeitsgruppe Kabesch, Regensburg/Hannover

Von der AG Kabesch wurde 2013 gezeigt, dass Kinder, die auf dem Bauernhof aufwachsen, andere epigenetische Methylierungsmuster bei Geburt aufweisen als Nicht-Bauernkinder. Im Verlauf der ersten Lebensjahre verändern sich die Methylierungsmuster, die für das An-

und Ausschalten von Genen verantwortlich sind, bei Asthmatikern im Vergleich zu Kindern, die gesund bleiben. Ob und wie man diese epigenetischen Mechanismen therapeutisch nutzen kann, ist noch nicht klar.

PMID: 23346934

AGs Hartl und Kormann, Tübingen

Andreas Hector aus der AG Hartl konnte die Regulation und Funktion des CF modifiers Genes IFRD1 in neutrophilen Granulozyten bei CF entschlüsseln.

PMID: 23043087

Michael Kormann konnte in Kollaboration mit Marco Idzko (Freiburg) zeigen, dass modifizierte Foxp3 mRNA in zwei Asthma-Mausmodellen einen IL-10-vermittelten protektiven Effekt hat.

*Prof. Dr. med. Michael Kabesch
Kinderuniversitätsklinik
Ostbayern (KUNO), Campus
St. Hedwig, Abteilung für
pädiatrische Pneumologie
und Allergologie
Steinmetzstr. 1-3
93049 Regensburg
E-Mail: Michael.Kabesch@
klinik.uni-regensburg.de*

Aus der AG Infektiologie in der Pädiatrischen Pneumologie
(Sprecher: Prof. Dr. Markus A. Rose, Offenbach/Frankfurt a.M.)

Mukosale Influenza-Impfung für Kinder europaweit eingeführt

Markus A. Rose, Sana Klinikum Offenbach und Goethe-Universität Frankfurt, Kinder- und Jugendmedizin

Das Jahr 2013 stand im Zeichen der europaweiten Einführung der mukosalen (nasalen) Influenza-Impfung für Kinder. Dies war nach der Erfahrung der vergangenen Grippesaison, die nicht nur mit 16 Wochen ausgesprochen lang war, sondern auch insbesondere junge Kinder massiv betroffen hat (siehe Abb. 1), ein medizinisch wie auch politisch wichtiges Ereignis. In Deutschland konnten erste eigene Erfahrungen ausgewertet und publiziert werden (systematisch in Osnabrück und

Brandenburg), das Paul-Ehrlich-Institut als oberste Überwachungsbehörde für Impfstoffe hat festgestellt, dass Ärzte bei der Auswahl von Impfstoffen patientenbezogen möglichst wirksame Vakzine anwenden sollen und die STIKO hat sich im Spätsommer aufgrund der überlegenen Immunogenität sogar zu einer spezifischen Empfehlung lebend-attenuierter Grippeimpfstoffe (LAIV) für zwei- bis sechsjährige Kinder konkretisiert. Damit wurde die Grundlage geschaffen, chro-

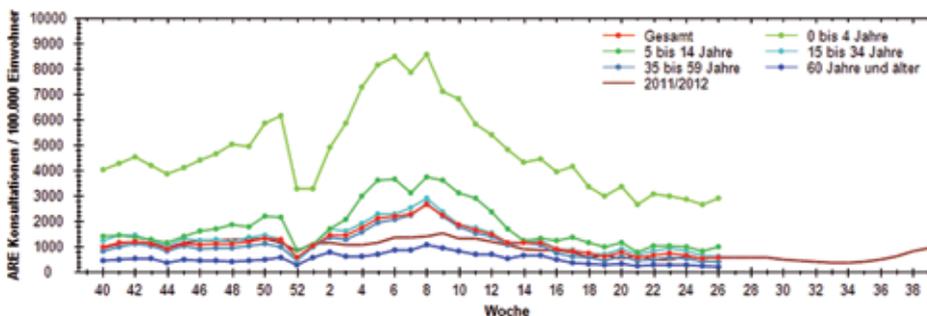
nisch lungenkranken Kindern eine noch bessere Impfprävention zu bieten, und gleichzeitig die Tür für eine Kostenerstattung auch unter Impfstoffaus-schreibungen geöffnet. Mitglieder der AG Infektiologie haben diesen Prozess in allen Phasen begleitet bis hin zu einer themenbezogenen aktiven Mitwirkung auf der Britischen Nationalen Impfkonzferenz, wo die deutschen Erfahrungen mit LAIV aus der vergangenen Grippesaison geholfen haben, ein flächendeckendes Kindergar-

tenimpfprogramm zu implementieren.

Leitlinie „Management der ambulant erworbenen Pneumonie“

Parallel konnte die Leitlinie „Management der ambulant erworbenen Pneumonie“ unter Mitwirkung österreichischer und schweizer Kollegen vorangetrieben werden und wird voraussichtlich 2014 eine nützliche Grundlage für eine einheitliche zielführende und kostenbe-

Konsultationsinzidenz aufgrund akuter respiratorischer Erkrankungen
2012/13 versus 2011/12



Konsultationsinzidenz: berechnete wöchentliche Anzahl von Vorstellung wegen Erst-ARE bezogen auf die Bevölkerung. Schon auf Hintergrundniveau (d. h. außerhalb der Influenzawelle) stark altersabhängig; angegeben als Anzahl der in den Arztpraxen gesehenen ARE pro 100.000 Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe. Beobachtete Zahl der ARE-Konsultationen wird mit geschätzter von den Sentinelpraxen betreuten Bevölkerung in Beziehung gesetzt und auf Gesamtbevölkerung hochgerechnet.

Abb. 1.

Quelle: Buda S, Schweiger B, Buchholz U, Köpke K, Prahm K, Haas W and the influenza working group. RKI Influenza-monthly report 11.05.–07.06.2013; 2 http://influenza.rki.de/Wochenberichte/2012_2013/2013-23.pdf

wusste Behandlung eines der häufigsten pädiatrischen Krankheitsbilder sein.

Epidemiologie und Management von Pleuraempyemen

Die unter Federführung der

Würzburger pädiatrischen Infektiologie fortgesetzte nationale Erhebung zur Epidemiologie und dem Management von Pleuraempyemen hat weitere wertvolle Daten zur Versorgungsforschung generiert. Die Ergebnisse konnten auf den Jahrestagungen der deutsch-

sprachigen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie und der European Society for Paediatric Infectious Diseases vorgestellt werden.

*Prof. Dr. med. Markus A. Rose, M.P.H.
Sana Klinikum Offenbach*

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Starkenburgring 66
63069 Offenbach
E-Mail: Markus.Rose@klinikum-offenbach.de*

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

Qualitätssicherung: Schwere Komplikationen bei Bronchoskopien

Thomas Nicolai, Dr. von Haunersches Kinderspital, München

Bernd Hinrichs, Helios Mariahilf Klinik Hamburg, Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin

Seit der Einführung der flexiblen Bronchoskopie (Abb. 1) in die Pädiatrie ist diese zu einer häufig angewendeten und unverzichtbaren Untersuchungstechnik bei Lungenerkrankungen geworden. Diese Methode ist ein im Prinzip sicheres, in allen Altersstufen anwendbares Verfahren. Es muss jedoch trotzdem eine sorgfältige Indikationsstellung und Durchführung erfolgen, damit keine seltenen, dann jedoch höchst schwerwiegenden Komplikationen auftreten. Es besteht die Gefahr, dass diese wegen ihrer Seltenheit in prospektiven, in der Regel zeitlich begrenzten Beobachtungsstudien nicht registriert werden und damit unbekannt bleiben.



Abb. 1: Flexible Bronchoskopie.



Abb. 2: Lungenblutung.

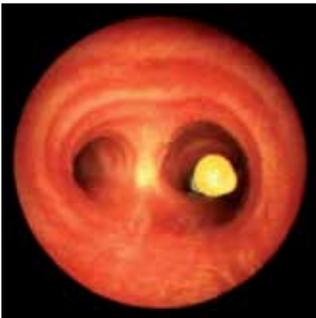


Abb. 4: Aspirierter Fremdkörper.



Abb. 3: Starre Bronchoskopie.

Deshalb wurden einzelne Fehlermöglichkeiten und schwerwiegendere Komplikationen, die in den vergangenen zehn Jahren aufgetreten sind, mithilfe einer Befragung aller Arbeitsgruppenmitglieder erhoben.

Die bereits durchgeführte retrospektive Umfrage ergab tatsächlich einige schwere Komplikationen: eine Bronchus-Perforation, eine Luftembolie bei Lungenblutung (Abb. 2) sowie eine Apnoe nach Opiatgabe. Dies zeigt, dass im Sinne der internen Qualitätskontrolle das Monitoring solch seltener Ereignisse erforderlich ist, um auf diese Komplikationsmöglichkeiten hinzuweisen und die Mechanismen ihrer Entstehung zu eruieren, damit von den AG-Mitgliedern eine Präventionsstrategie erarbeitet werden kann. Es ist geplant, auf der Basis der rückgemeldeten Zwischenfälle/Komplikationen im nächsten Jahr eine prospektive Erhebung von SAEs der Bronchoskopie

anhand eines sehr verkürzten Fragebogens durchzuführen. Dieser reduzierte Fragebogen ist derzeit in Entwicklung, alle interessierten AG-Mitglieder sind eingeladen, dabei mitzuwirken.

Starre Bronchoskopien und Fremdkörperextraktion

Anlässlich der AG-Sitzung im Rahmen der GPP 2013 wurde diskutiert, dass außerhalb von Fremdkörperbronchoskopien kaum noch starre Bronchoskopien (Abb. 3) bei Kindern durchgeführt werden und dadurch das notwendige Know-How verlorenzugehen droht.

Es wurde einerseits eine Befragung der Mitglieder bezüglich der Technik bei Fremdkörperaspiration(-sverdacht) durchgeführt (Schramm). 40 Prozent der befragten Abteilungen haben keine SOP für diese Fälle. Komplikationen durch

Fremdkörperaspirationen (Abb. 4) wurden von bis zu 33 Prozent angegeben, eine Mortalität von 1,5 Prozent wird berichtet.

Bei der GPP-Tagung in Bremen 2014 wird wieder ein geteilter Kurs bzw. ein zweiter Kurs mit starrem Instrumentarium angeboten, nachdem dieser in Lübeck sehr begehrt war.

Kennzeichnung Nussverpackungen

Nachdem der Verband der Nahrungsmittelhersteller dem Bundesinstitut für Risikobewertung auf Initiative der AG Kinderbronchoskopie ursprünglich zugesichert hatte, allen Mitgliedern eine Kennzeichnung von Nussverpackungen („nicht für Kinder unter vier Jahren geeignet, Erststickungsgefahr“) zu empfehlen, ist diesbezüglich nichts mehr geschehen. Mehrfache Nachfragen haben erbracht, dass sich die Mitglieder nicht an diese Entscheidung ge-

bunden fühlen, eine rechtliche Sanktionsmöglichkeit besteht derzeit nicht. Es wird nunmehr diskutiert, diesbezüglich Kontakt mit Abgeordneten des Europaparlamentes aufzunehmen, da eine Pflichtkennzeichnung ja europaweit beschlossen werden müsste.

Neue Aktivitäten

Schluckdiagnostik und virtuelle Bronchoskopie sollen seitens der Arbeitsgruppe als Projekt evaluiert werden: Wer verwendet diese Techniken, gibt es Validierungen, kann eine gemeinsame Studie dazu begonnen werden? Ein Bericht zu ersten Vorüberlegungen soll 2014 durch Dr. Ballmann bzw. Dr. Heyer erfolgen.

Leitlinie Bronchoskopie der GPP

Es ist geplant, eine Leitlinie zur Bronchoskopie bei Kindern und

insbesondere zur Fremdkörperaspiration seitens der GPP zu initiieren. In einer solchen Leitlinie wäre auch der beste Zeitpunkt, die empfohlene Methodik, die Frage der Kontroll-Endoskopie und das Vorgehen bei chronischer Aspiration (vorher Anti-

biose, Steroide?) zu diskutieren. Dieses Thema soll Gegenstand einer internen Diskussion werden und bedarf ausführlicher Vorarbeit, es wird 2014 in Angriff genommen werden.

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

Dr. med. Bernd Hinrichs
Helios Mariahilf Klinik
Hamburg, Abteilung für
Kinder- und Jugendmedizin
Stader Str. 203 c
21075 Hamburg
E-Mail: bernd_hinrichs@web.de

Aus der AG Lungenfunktion (Sprecherin: PD Dr. med. Christiane Lex, Göttingen)

Neue internationale Referenzwerte der „Global Lung Function Initiative“: Einführung in Deutschland

Christiane Lex, Universitätsmedizin Göttingen, Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Klinik für Kinderkardiologie und Intensivmedizin

Michael Barker, HELIOS Klinikum Emil von Behring Berlin, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Monika Gappa, Marien-Hospital Wesel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

In der Zeitschrift zur GPP-Tagung 2013 berichtete die AG Lungenfunktion bereits im Detail über die neuen internationalen spirometrischen Referenzwerte der „Global Lung Initiative“ (GLI). Wir fassen im Folgenden die wichtigsten Fakten und neuesten Entwicklungen zu diesem Thema zusammen.

Im Sommer 2012 waren von einer Task-Force der European Respiratory Society erstmals multiethnische Normwert-Gleichungen publiziert worden, die vom Kleinkind bis zum hohen Erwachsenenalter reichen [1]. Für folgende Parameter wurden neue Referenzgleichungen

erstellt: FVC, FEV₁, FEV₁/FVC, FEF₂₅₋₇₅, FEF₇₅ und zusätzlich für Kinder < 10 Jahre FEV_{0,75}, FEV_{0,75}/FVC. Als Berechnungsgrundlage dienten Daten von 74.187 gesunden Nichtrauchern im Alter zwischen drei und 95 Jahren.

Unterschiede zwischen alten und neuen Werten

Im Vergleich der „alten“ Sollwerten von Polgar, Zapletal und Knudson mit den „neuen“ Sollwerten der GLI wurden Unterschiede im Median von -6,5 bis 4,5 % festgestellt [2]. Am 18. Geburtstag der Patienten

sind Sprünge zwischen -14 und +38 % zu verzeichnen, wenn die Spirometrieergebnisse auf die bisher vorherrschenden EGKS-Sollwerte für Erwachsene bezogen werden [2]. Für das Erwachsenenalter weisen die neuen GLI-Gleichungen im Mittel um 5 bis max. 10 % höhere Referenzwerte aus als die bisher in Mitteleuropa genutzten EGKS-Werte [3].

Die Arbeitsgruppe Lungenfunktion empfiehlt erneut allen Ärzten, die in ihrer Praxis oder Klinik Spirometrien durchführen, dringend die neuen GLI-Normwerte zu implementieren. Die neuen Referenzwerte ent-

halten nicht nur Werte in % des Solls, sondern auch Normwertegrenzen („lower limit of normal“, LLN), Z-Scores und Perzentilen zur besseren Interpretation der Ergebnisse. So zeigte erst eine kürzlich veröffentlichte Studie mit ca. 4.000 Kindern mit verschiedenen chronischen Lungenerkrankungen bei der Diagnosestellung von obstruktiven und restriktiven Ventilationsstörungen große Diskrepanzen zwischen der Anwendung der „alten“ Normwerte von Polgar, Knudson und Zapletal und der neuen Werte der GLI [4]. Eine neue S2-Leitlinie zur Durchführung und Interpretation der Spi-

rometrie, die die neuen internationalen Referenzwerte berücksichtigt, ist für den deutschsprachigen Raum unter Federführung der Atemwegsliga (mit formalem Konsensusprozess, begleitet durch das AWMF) in Arbeit.

Integration der neuen Normwerte in Geräte-Software

Die Webseite der GLI unter www.lungfunction.org bietet zum Download kostenlos eine Interpretations-Software (GLI 2012 Desktop Software for Individual Calculations), mit der aus individuellen Patienten-Werten die neuen Referenzwerte errechnet werden können. Dies dauert pro

Patient nur etwa zwei Minuten; auf Dauer ist dies allerdings natürlich nicht praktikabel. Auch auf Drängen unserer Arbeitsgruppe und anderer Fachgesellschaften hat im vergangenen Jahr erfreulicherweise ein Großteil der Gerätehersteller große Anstrengungen unternommen, die neuen Normwerte in ihre Softwareentwicklungen zu integrieren. Teilweise brauchen die Anwender nur um ein kostenloses Update ihrer Software zu bitten. In einigen Fällen muss je nach Hersteller bei älteren Geräten ein Softwareupdate bezahlt werden oder aber leider sogar eine neue Hardware angeschafft werden. Wichtig ist, möglichst rasch mit den Herstellern Kontakt aufzuneh-

men, da für ältere Geräte individuelle Lösungen gefunden werden müssen, die teilweise zeitaufwendig sein können. Herstellerspezifische Informationen zum Stand der Implementierung von GLI-Referenzwerten in die Lungenfunktions-Software sowie Ansprechpartner der entsprechenden Firmen sind ebenfalls auf der GLI-Homepage unter www.lungfunction.org/manufacturers.html abrufbar.

Literatur

- [1] Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ, et al. Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3–95 year age range: the Global Lung Function 2012 equations. *Eur Respir J* 2012; 40: 1324–43.
- [2] Quanjer PH, Hall GL, Stanojevic S, Cole TJ, Stocks J, on behalf of the Global Lung Initiative. Age- and height-based prediction

bias in spirometry reference equations. *Eur Respir J* 2012; 40: 190–197.

[3] Brazzale DJ, Hall GL, Pretto JJ. Effects of adopting the new global lung function initiative 2012 reference equations in the interpretation of spirometry. *Respiration* 2013; 86: 183–189

[4] Quanjer PH, Weiner DJ. Interpretative consequences of adopting the global lungs 2012 reference equations for spirometry for children and adolescents. *Pediatr Pulmonol* 2014; 49: 118–25.

Korrespondenzadresse:
PD Dr. med. Christiane Lex
Universitätsmedizin
Göttingen, Zentrum
Kinderheilkunde und
Jugendmedizin, Klinik für
Kinderkardiologie und
Intensivmedizin
Robert-Koch-Str. 40
37099 Göttingen
E-Mail: christiane.lex@med.uni-goettingen.de

Aus der AG Lungentransplantation (Sprecher: Dr. Nikolaus Schwerk, Hannover)

Multiresistente nichttuberkulöse Mykobakteriosen: Eine neue Herausforderung bei Kinderlungentransplantation

Zsolt Szépfalusi, Univ.-Klinik für Kinder und Jugendheilkunde Wien

Nicolaus Schwerk, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie

Nichttuberkulöse Mykobakterien (NTM) können bei Cystischer Fibrose vor und im Rah-

men der Immunsuppression nach Lungentransplantation auftreten. Bei Patienten mit

Cystischer Fibrose ist die Prävalenz dieser Erreger deutlich im Zunehmen (1995 2,3%; 2010

4,4%; [5]). Ob die Zunahme der NTM-Infektionen mit der breiten Anwendung von Makrolid-

Antibiotika als immunmodulierender Substanz bei CF-Patienten in Verbindung steht, ist unklar und Gegenstand kontroverser Diskussionen. Es gibt jedoch Hinweise dafür, dass Azithromycin die intralysosomale Abtötung von NTM inhibiert [1, 5, 7]. Die Pathogenität wird unterschiedlich eingestuft. Die Behandlungsindikation wird ebenfalls unterschiedlich gesehen. Eine besondere Herausforderung sind die neuerdings häufiger auftretenden multiresistenten nontuberkulöse Mykobakterien, so dass sich Fragen einerseits zur Indikation für eine Lungentransplantation, andererseits zur korrekten Behandlung vor und nach der Lungentransplantation stellen.

Indikation zur Lungentransplantation

Die Kolonisierung mit pathogenen Keimen wie Burgholderia-cepacia-Komplex und nontuberkulösen Mykobakterien wird immer wieder streng evaluiert. Beim Burgholderia-cepacia-Komplex, ausgenommen B. cenocepacia, favorisieren die Langzeit-Outcome-Daten trotz unklarer Vorgangsweise post-transplant eine Listung. Bei nontuberkulösen Mykobakterien ist die Datenlage unsicherer. Trotz durchwachsender Ergebnisse auf Basis geringer Fallzahlen favorisieren einige Zentren eine Transplantation [6]. Überzeugende Langzeitdaten stehen noch aus. Eine besondere Herausforderung stellen multiresistente nontuberkulöse Mykobakterien dar. Eine Übertragung von CF-zu CF-Patienten scheint möglich zu sein, wobei eine indirekte Transmission vermutet wird [2], und dieser Umstand macht diesen Keim zu einem potenziell kontagiösen in der CF-Commu-

nity. Größere CF-Zentren sind daher mit der Frage konfrontiert, ob bei besiedelten bzw. infizierten Patienten spezielle Isolationsmaßnahmen erforderlich sind.

Behandlung nontuberkulöser Mykobakterien post-LuTX

Erfahrungen aus einigen deutschsprachigen pädiatrischen Zentren (Hannover, Berlin, Wien) bestätigen die Erregerpersistenz mit unterschiedlicher Krankheitsaktivität je nach Erregertyp (M. avium complex, abscessus, M. chelonae) nach Lungentransplantation [4]. Die Behandlung dieser Erreger wird erschwert durch das Fehlen standardisierter Resistenzprüfungen und Synergie-testungen, beides Standardprozeduren in der Behandlung bakterieller Erreger. Aktuell empfehlen die ATS 2007 eine Dreifach-Antibiose über mehrere bis viele Monate, wobei ein kurativer Ansatz nicht zu erwarten ist [3]. Die Cystic Fibrosis Foundation hat kürzlich eine Consensus-Empfehlung erarbeitet, deren noch nicht freigegebenen Ergebnisse bei der Europäischen CF-Tagung in Lissabon 2013 präsentiert wurden. Dabei wird zwischen einer „Intensive“ und einer „Continuation“ Phase unterschieden. Erstere umfasst neben einem oralen Makrolid Amikacin i.v. eine der weiteren Medikationen (Tigacyclin oder Imipenem oder Cefexitin) über 3–12 Wochen bzw. so lange die Krankheitsaktivität (Schwere und generelles Ansprechen) dies erforderlich machen. In der Continuation Phase werden neben einem Makrolid ein inhalatives Amikacin und eines der nachfolgenden Antibiotika empfohlen (Minozyklin oder Clofazimine oder Moxifloxacin oder

Linezolid). Eine klare Empfehlung zur Länge der Therapie wird nicht gemacht. Auslassversuche nach unterschiedlichen Behandlungsdauern haben gemäß den Erfahrungen der Zentren (Hannover, Berlin, Wien) in den meisten Fällen zu Rückfällen geführt. Damit scheint auch die Nicht-Empfehlung einer vorgegebenen Behandlungsdauer sinnvoll zu sein.

Zusammenfassung

Nontuberkulöse Mykobakterien-Infektionen bei lungentransplantierten Kindern und Jugendlichen nehmen zu. Die Behandlung ist komplex, langdauernd und umfasst eine kombinierte i.v./orale bzw. inhalative/orale Langzeit-Antibiose. Multiresistente Antibiogrammmuster erschweren das Management. Da standardisierte Resistenz-/Syngietestungen fehlen, ist eine optimale Therapiekombination nicht möglich. Medikationennebenwirkungen sind zu erwarten. Ob das Outcome der Lungentransplantation durch diese additive Dauer-Behandlung verändert wird, ist nicht vorauszusagen. Wie so oft wird die Summe der individuellen Heilversuche nach Lungentransplantation Aufschluss über Therapieerfolg und Lebensqualität liefern. Die AG Lungentransplantation wird berichten.

Literatur

- [1] Binder AM, Adjemian J, Olivier KN, Prevots DR. Epidemiology of Nontuberculous Mycobacterial Infections and Associated Chronic Macrolide Use among Persons with Cystic Fibrosis. American journal of respiratory and critical care medicine 2013; 188 (7): 807–812.
- [2] Bryant JM, Grogono DM, Greaves D, Foweraker J, Roddick I, Inns T, Reacher M, Haworth CS, Curran MD, Harris SR, Peacock SJ, Parkhill J, Floto RA. Whole-

genome sequencing to identify transmission of Mycobacterium abscessus between patients with cystic fibrosis: a retrospective cohort study. Lancet 2013; 381 (9877): 1551–1560.

[3] Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, Holland SM, Horsburgh R, Huijt G, Iademarco MF, Iseman M, Olivier K, Ruoss S, von Reyn CF, Wallace RJ Jr., Winthrop K. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. American journal of respiratory and critical care medicine 2007; 175 (4): 367–416.

[4] Gruber S, Eiwegger T, Nachbaur E, Tiringir K, Aigner C, Jaksch P, Keplinger M, Klepetko W, Lang G, Taghavi S, Graf A, Eichler I, Frischer T, Szepfalusi Z. Lung transplantation in children and young adults: a 20-year single-centre experience. The European respiratory journal 2012; 40 (2): 462–469. doi:10.1183/09031936.00092211

[5] Hill UG, Floto RA, Haworth CS. Nontuberculous mycobacteria in cystic fibrosis. Journal of the Royal Society of Medicine 2012; 105 Suppl 2: S14–18.

[6] Qvist T, Pressler T, Thomsen VO, Skov M, Iversen M, Katzenstein TL. Nontuberculous mycobacterial disease is not a contraindication to lung transplantation in patients with cystic fibrosis: a retrospective analysis in a Danish patient population. Transplantation proceedings 2013; 45 (1): 342–345.

[7] Renna M, Schaffner C, Brown K, Shang S, Tamayo MH, Hegyi K, Grimsey NJ, Cusens D, Coulter S, Cooper J, Bowden AR, Newton SM, Kampmann B, Helm J, Jones A, Haworth CS, Basaraba RJ, DeGroot MA, Ordway DJ, Rubinsztein DC, Floto RA. Azithromycin blocks autophagy and may predispose cystic fibrosis patients to mycobacterial infection. J Clin Invest. 2011 Sep; 121 (9): 3554–63.

*Univ.-Prof. Dr. Zsolt Szépfalusi, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Währinger Gürtel 18-20 1090 Wien, Österreich
E-Mail: Zsolt.Szepfalusi@meduniwien.ac.at*

*Dr. med. Nicolaus Schwerk
Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Päd. Pneumologie, Allergologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: schwerk.GPP@mh-hannover.de*

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

Abfrage der Schulungsaktivitäten

Rüdiger Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück

Seit der vergangenen Jahrestagung der GPP hat sich die AG Asthmaschulung umbenannt in AG Patientenschulung. Hintergrund ist die Weiterentwicklung von Schulungsprogrammen mit der Möglichkeit, für alle chronischen Erkrankungen im Lungenbereich schnell und kompetent Patientenschulungen zu entwickeln (Basis ist das modulare Schulungsprogramm ModuS). Im Moment gibt es bereits Schulungsprogramme für Mukoviszidose (für Jugendliche und Eltern, für Kinder in der Entwicklung) und PCD. Weitere Programme werden sicherlich folgen.

Interessenten für eine Mitarbeit in der AG Patientenschulung mögen sich per E-Mail beim Leiter der AG, Dr. Rüdiger Szczepanski, melden. In diesem Zusammenhang sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass der Trainerschein sowohl auf dem bisherigen Ausbildungsweg als auch im neuen modularen System für die Asthmaschulung erworben werden kann: Das neue Ausbildungssystem ist modular gestaltet und ermöglicht mit vertretbar geringem Aufwand auch den Erwerb weiterer Trainerscheine. Zu weiteren Einzelheiten siehe www.patientenschulung-kompas.de. Anträge auf Anerkennung für das Zertifikat „Basiskompetenz Patiententrainer“ sollten bitte an szczepanski@kinderhospital.de geschickt werden.

Im Rahmen der Übergangsregelung (bis zum 31.12.2014) kann das Zertifikat der Basiskompetenz erwerben, (a) wer entweder innerhalb der vergangenen drei Jahre seinen Asthma-Trainerschein (oder einen vergleichbaren Trainerschein für eine andere Indikation, z.B. Neurodermitis) erworben hat oder aber

(b) wer – wenn der Trainerschein schon vor mehr als drei Jahren erworben wurde – über den Nachweis einer regelmäßigen Schulungsaktivität verfügt: drei Schulungen in den vergangenen drei Jahren und eine Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen (einmal Teilnahme an der Jahrestagung der AG Asthmaschulung

oder an einem regionalen Qualitätszirkel für die Patientenschulung).

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

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

Rehabilitation wirkt nachhaltig: Evaluation zeigt hervorragende Ergebnisse

Thomas Spindler, Fachkliniken Wangen

Im November 2011 hat der BVKJ mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg eine Vereinbarung zu Verbesserungen bei der Kinder- und Jugendrehabilitation

abgeschlossen. Gemäß der „Vereinbarung zur nachhaltigen Sicherung der in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erzielten Ergebnisse“ werden von der DRV nach Ende der

stationären Rehabilitation ein Rückkehrgespräch und sechs Monate später ein Beurteilungsgespräch jeweils mit 25,20 Euro vergütet. Der Rentenversicherung wird ein kurz und prag-

matisch gehaltener Evaluations- und Dokumentationsbogen (inkl. Honorarabrechnung) zurückgesendet.

Jetzt wurden die ersten Ergebnisse der Evaluation bekannt. Diese zeigen ein hervorragendes Ergebnis stationärer Rehabilitation direkt nach deren Durchführung – aber auch ein anhaltend positives Ergebnis ein halbes Jahr nach Abschluss der Maßnahme:

Die Auswertung von zunächst > 100 Rückmeldungen zeigte direkt nach der Rehabilitation:

- Der Rehaerfolg wurde zu 85 Prozent als gut bis ausgezeichnet empfunden.
- Die Anregungen des zuweisenden bzw. behandelnden Arztes wurden in 96 Prozent der Fälle berücksichtigt.
- In 80 Prozent der Fälle kam es zu einer Besserung der Reha-auslösenden Erkrankung bzw. Störung.
- 86 Prozent der Patienten zeigten eine Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustands sowie ihrer körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit.
- Bei 99,8 Prozent lag uneingeschränkte Schul- und Ausbildungsfähigkeit vor.

Auch sechs Monate nach der Maßnahme ließen sich überzeugende Daten erheben:

- 77 Prozent hielten regelmäßigen Kontakt zum behandelnden Arzt.
- Die Reha-Ergebnisse blieben in 70 Prozent der Fälle unter Alltagsbedingungen stabil.
- 70 Prozent zeigten positive Auswirkungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen.
- Die Schul- und Ausbildungsfähigkeit blieb in 93 Prozent erhalten.
- Insbesondere zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen regelmäßigen Arztkontakten nach der Rehabili-

tation und stabilen Rehabilitationsergebnissen.

Die überzeugenden Ergebnisse bestätigen die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Kindern und Jugendlichen als effektive und nachhaltige Maßnahme bei chronisch kranken Patienten, die ambulant nur schwer zu führen und somit gefährdet sind.

Der Erfolg dieser Maßnahme ermutigt auch andere Träger der Rentenversicherung (Westfalen, Rheinland-Pfalz), ein entsprechendes Nachsorgeprojekt aufzulegen.

Wichtig ist, dieses Projekt überregional bekannter zu machen und mehr niedergelassene Kollegen zu ermutigen, sich aktiv zu beteiligen. Zumal die Ergebnisse zeigen, dass Rehabilitation geeignet ist, die Patienten enger an die eigene Praxis zu binden.

Muko e.V., DGP und GPP einig über die Zertifizierung qualifizierter Reha-Einrichtungen

Einrichtungen, die CF-Patienten betreuen, müssen besondere Voraussetzungen erfüllen. Bisher existieren hier allerdings keine standardisierten und konsentierten Vorgaben, weder für die Struktur noch für die personellen oder apparativen Voraussetzungen einer entsprechend qualifizierten Klinik.

Analog dem Katalog für die CF-Ambulanzen wurde vom Muko e.V. ein Kriterienkatalog erarbeitet, der jetzt mit der DGP und der GPP abgestimmt wurde. Nach längeren, teils konträren Diskussionen kam es Ende 2013 zu einem Konsens, der bei der GPP-Tagung in Bremen durch den Vorstand der GPP verabschiedet werden soll.

Sollte dies der Fall sein, haben die zuweisenden Ärzte aus

CF-Einrichtungen mehr Transparenz und Möglichkeiten, die strukturelle Qualität einer CF-Einrichtung zu beurteilen. Nicht ersetzen kann und soll diese Zertifizierung den unabdingbaren persönlichen Kontakt zwischen CF-Ambulanz und Rehaeinrichtung. Ob die Zertifizierung letztendlich auch Einfluss auf die Belegung durch die DRV hat, bleibt abzuwarten.

Weiterer Rückgang der Anträge zur Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen – „Verschiebebahn“ hin zur Mutter-Kind-Kur?

2013 kam es, jetzt im sechsten Jahr in Folge, zu einem deutlichen Rückgang der Reha-Anträge für Kinder und Jugendliche. Dies führte in zahlreichen Kliniken zu einem erheblichen Rückgang der Belegung und letztendlich zu erheblichen finanziellen Turbulenzen. Als Ursachen wurden in verschiedenen Gesprächen mit der DRV sowie den Berufsverbänden der Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiatern und Allgemeinärzten verschiedene Schwerpunkte benannt:

- komplizierte Antragstellung,
- Frust durch nicht nachvollziehbare Ablehnungen,
- schlechte Begründungen,
- Schulversäumnis bei hohem Schuldruck,
- keine Begleitpersonen im Schulalter,
- ambulante Schulungen,
- fehlende Differenzierung zwischen Kur und Reha,
- schlechte Transparenz bei Qualität der Kliniken.

Diese Punkte wurden bestätigt durch eine breite Befragung zahlreicher Kollegen durch Dr. Stefan Berghem im Jahre 2013. Auffallend ist, dass es 2012 zu

einem Rückgang der Reha-Anträge um etwa 18.000 kam, im gleichen Jahr aber die Ausgaben für Mutter-Kind-Kurmaßnahmen um nahezu 16 Prozent stiegen. Genaue Zahlen über die Anzahl der durchgeführten Kurmaßnahmen erheben die gesetzlichen Krankenkassen nicht. Offensichtlich werden jedoch vermehrt Anträge zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei chronischer Erkrankung in Mutter-Kind-Kuren „umgewandelt“. Das heißt, dass diese kranken Patienten in Einrichtungen landen, die weder fachlich noch strukturell in der Lage sind, qualifizierte Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Es kann nur spekuliert werden, ob hier einerseits politischer Druck auch durch die Kassen, andererseits aber Marketingstrategien der GKV zu einer „Umschichtung“ dieser bedürftigen Patienten führen. Zu umgehen ist dies letztendlich nur, wenn die primäre Beantragung einer Reha-Maßnahme nicht über die Krankenkasse oder sog. „Beratungsstellen“ erfolgt, sondern direkt über die Deutsche Rentenversicherung.

- Ein Rehaantrag über die Krankenkasse landet in der „Kurfalle“.
- Ein gut gestellter Rehaantrag über die DRV ist einfach und zielführend!

Rehaanträge über die DRV: vereinfacht, einheitlich, logisch und elektronisch

Auch die Deutsche Rentenversicherung hat gehandelt. Nach intensivem Austausch mit niedergelassenen Ärzten und Vertretern der Rehabilitation wurde ein neuer, einheitlicher Antragsbogen G200 für Kinder und Jugendliche erstellt. Dieser ist

kürzer, logischer und vor allem nur für unsere Patientengruppe, d.h. es erfolgte endlich eine Trennung von der Erwachsenenonkologie.

Auch der ärztliche Befundbericht G612 (s. Abb.) wurde komplett neu überarbeitet. Unsinnige und zwecklose Fragen wurden entfernt, das Ganze stark gekürzt und auf die Bedürfnisse der zuweisenden Kollegen abgestimmt. Außerdem kann, wenn gewünscht, durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der DRV ein Rückruf erbeten werden. Ein Freitextfeld ermöglicht die Eintragung zusätzlicher Informationen (z. B. Keimstatus) oder Wünsche (spezielle Klinik).

Besonders hervorzuheben ist zusätzlich, dass die Anträge elektronisch zu bearbeiten sind! Schreibmaschine und Kohlepapier können also endgültig abgeschafft werden.

Dr. med. Thomas Spindler
 Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil-Kliniken
 Am Vogelherd 14, 88239 Wangen
 E-Mail: thomas.spindler@wz-kliniken.de

The image shows two versions of the medical form G612, titled 'Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)'. The left version is the old, more complex form with many sections and questions. The right version is the new, simplified form, which is more organized and includes a table for 'Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung' (Diagnoses in the order of their medical significance). The new form also includes a section for 'Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!' (In addition to the diagnoses, the current diagnosis keys must be provided!).

Aus der AG Schlafmedizin (Sprecher: Barbara Schneider, Landshut)

Veranstaltungen für Schlafmediziner

Barbara Schneider, Kinderklinik St. Marien Landshut, Zentrum für Neuropädiatrie und Schlafmedizin

Wegen mangelnder Teilnahme an der vergangenen AG-Sitzung hat sich die Arbeitsgruppe Schlafmedizin der GPP wieder zur Ruhe begeben. Verweisen darf ich auf das im Rahmen der DGP-/GPP-Jahrestagung geplante Symposium „Transition: Neuromuskuläre Erkrankungen und Schlaf-

störungen“ am Freitag, dem 28. März 2014, von 11.45– 13.15 Uhr im Borgward-Saal (CCB). Weitere Veranstaltungshinweise zum Thema Schlafmedizin:
 ■ 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) vom 4. bis 6. Dezember 2014 in Köln zum

Thema „Schlaf und Rhythmus“ (Nähere Informationen: www.dgsm-kongress.de)
 ■ Frühjahrestagung der AG Pädiatrie der DGSM vom 13. bis 15. März 2015 im Deutschen Hygienemuseum in Dresden (www.dgsm-paedatrie.de).

Barbara Schneider
 Kinder- und Jugendärztin,
 Schlafmedizinerin
 Kinderklinik St. Marien
 Landshut, Zentrum für
 Neuropädiatrie und
 Schlafmedizin
 Grillparzerstr. 9
 84036 Landshut
 E-Mail: Barbara.Schneider@
 st-marien-la.de

Aus der AG Schweres Asthma (Sprecher: Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann, Bochum)

Das Register Schweres Asthma im German Asthma Net (GAN)

E. Hamelmann, D. Berdel, M. Gappa, M. Gerstlauer, M. Kabesch, W. Kamin, M. Kopp, F. Riedel, A. Schuster, J. Seidenberg, J. Steiß, Ch. Vogelberg, A. von Berg, St. Zielen

Das wesentliche Ziel der AG Schweres Asthma der GPP ist es, die besondere Bedeutung dieser heterogenen Erkrankungsgruppe bei Kindern und Jugendlichen genauer zu untersuchen. Während die Mehrzahl der Patienten mit Asthma bronchiale durch die leitliniengerechte Therapie gut einzustellen und zu kontrollieren ist, bleibt eine Untergruppe von Patienten, die trotz auch höher dosierter inhalativer Steroide, teilweise in Kombination mit lang wirksamen β -Mimetika eine sehr schlechte Symptomkontrolle, eingeschränkte Lungenfunktion und/oder häufige Exazerbationen aufweisen. Diese Patienten haben „schwieriges Asthma“, dessen Ursache natürlich sehr vielfältig sein kann.

Erste Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es daher, einen gängigen Algorithmus zu erarbeiten, um solche Patienten genauer untersuchen und charakterisieren zu können (Abb. 1). Hierbei gilt unser besonderes Augenmerk der großen Gruppe von Patienten mit schlechter Therapieadhärenz, die schlichtweg aufgrund unzureichender oder technisch ungenügender Anwendung ihrer Medikation keine ausreichende Asthmakontrolle erfahren. Weiterhin müssen bei Kindern und Jugendlichen, die durch kon-

ventionelle Therapien nicht gut zu kontrollieren sind, auch die üblichen Differenzialdiagnosen noch einmal kritisch hinterfragt werden, um die Diagnose Asthma bronchiale tatsächlich zu bestätigen. Ein wichtiger nächster Schritt ist dann die Aufklärung von Komorbiditäten, in erster Linie allergischer Rhinitis, in unterschiedlichem Maße auch z. B. der gastroösophageale Reflux, und der Einfluss von versteckten Allergenen und Triggerfaktoren, hier insbe-

sondere dem Tabakrauch. Erst nach gründlicher Evaluierung der individuellen Patienten anhand dieses Algorithmus kann der Stempel „genuines schweres Asthma“ vergeben werden, der aber immer noch keine homogene Gruppe umfasst. Hier werden sich Patienten mit einer überwiegend neutrophilen Atemwegsentszündung finden, Patienten mit chronischen und subchronischen bakteriellen und/oder viralen Infekten, Patienten mit einer eosinophilen

(klassisch allergischen) Atemwegsentszündungen oder Patienten mit einer ausgeprägten und polyvalenten allergischen Sensibilisierung. Aktuell liefert die Leitlinie nur für die letztgenannten Patienten eine Alternative zu hoch dosierten inhalativen Steroiden, nämlich den monoklonalen Antikörper Anti-IgE bei Patienten schwerem Asthma und nachgewiesener Sensibilisierung gegen perenniale Allergene.

Vernetzung der pädiatrischen Zentren

Um hier die klinische Versorgung und Forschung voranzutreiben, hat sich Anfang 2010 der unabhängige Verein German Asthma Net e.V. gegründet, der ebenso pneumologische wie pädiatrisch-pneumologische Zentren umfasst. Die pädiatrischen Zentren haben sich in der AG Schweres Asthma der GPP zusammengeschlossen, um hier vernetzte Forschung voranzutreiben. Wesentliches Ziel ist es, genauere Kenntnisse über die Pathogenese, den natürlichen Verlauf und die Prognose des Schweren Asthmas zu sammeln, verlässliche Angaben über die Häufigkeit, die verschiedenen Phänotypen und das aktuelle Therapieniveau dieser Erkrankung in Deutsch-

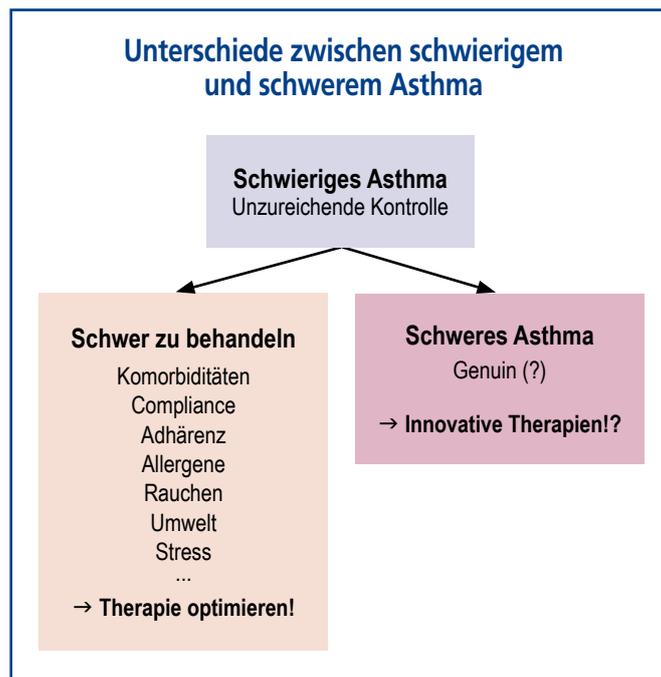


Abb. 1

land und perspektivisch auch in weiteren Ländern Europas zu erfassen. Daher wurde das Register für Schweres Asthma gestartet, das Asthmapatienten zwischen sechs und 18 Jahren einschließt, die unter hohem Therapieniveau unter einer unzureichenden Asthmakontrolle leiden (Abb. 2).

Erste Ergebnisse

Der erste Patient konnte Anfang 2012 eingeschlossen werden, bis Ende 2013 wurden über 500 Patienten mit Schwerem Asthma eingeschlossen, davon ca. 15 Prozent pädiatrische Patienten. Damit ist das Register Schweres Asthma im German Asthma Net das weltweit zweitgrößte Register für diese Erkrankungsgruppe. Eine erste Analyse der Unterschiede zwischen erwachsenen Patienten und Kindern und Jugendlichen mit der Einschlussdiagnose Schweres Asthma zeigte erstaunlich wenige Unterschiede auf. Lediglich die Nahrungsmittelallergie als Komorbidität wurde signifikant häufiger bei den jüngeren Patienten gefunden, wogegen bei den angewandten Medikamenten die systemischen Steroide deutlich, wenn auch nicht signifikant häufiger bei den erwachsenen Patienten eingesetzt wurden. Ein weiterer signifikanter Unterschied zeigte sich im Ansprechen auf die Behandlung mit Anti-IgE. Hier konnte bei Kindern und Jugendlichen eine deutlich bessere positive Resonanz auf die Medikation, gemessen durch Steroidverbrauch, Anzahl der Exazerbationen oder Normalisierung der Lungenfunktion, festgestellt werden.

Die weiteren Fragestellungen, die uns in den nächsten Jahren beschäftigen werden, sind ins-

besondere die bessere Genotypisierung und Phänotypisierung der unterschiedlichen Subtypen von Kindern und Jugendlichen mit Schwerem Asthma. Wir wollen uns der Frage nähern, welche grundlegenden Mechanismen die Atemwegsentzündungen und strukturellen Veränderungen der kleinen Atemwege regulieren und zur Progression bzw. Chronifizierung des Asthmas führen. Schließlich sollen auch in den pädiatrischen Zentren vernetzte klinische Forschung für den Einsatz der neuen Behandlungsoptionen (Anti-IL 5, Anti-IL 13, Anti-IL 4) gegeben werden. Das Netzwerk konnte jetzt auf zwei weitere europäische Länder ausgeweitet werden, der Aufbau einer Bio-/Serumdatenbank ist in Vorbereitung.

Zusammenfassend danken wir allen beteiligten Zentren und insbesondere natürlich den beteiligten Familien für die Bereitschaft zur Mitarbeit und Erfassung im Register. Dies ist ein Projekt, das nur durch die enge Zusammenarbeit zwischen pädiatrischen Pneumologen in Deutschland gelingen kann. Entsprechend möchten wir auch bislang noch unbeteiligte Zentren um ihre Mitarbeit und Unterstützung bitten, damit wir den Anteil an pädiatrischen Patienten im Register deutlich erhöhen können.

*Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Eckard
Hamelmann
Ruhr-Universität Bochum,
Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin im St. Josef-
Hospital
Alexandrinenstr. 5
44791 Bochum
E-Mail: e.hamelmann@
klinikum-bochum.de
Web: www.german-asthma-
net.de*

Einschlusskriterien für Kinder und Jugendliche im Register Schweres Asthma des German Asthma Net (GAN)

Grundlegend

- Alter: 6 bis 18 Jahre
- Schriftliches Einverständnis (Eltern)
- Diagnose Asthma durch einen Arzt
- Differenzialdiagnosen ausgeschlossen
- Gute Compliance und geschulte Inhalationstechnik
- Positiver BSL ($\geq 12\%$ Zunahme FEV₁ nach SABA) oder signifikanter BHR nach unsepezifischer Provokation

Spezifisch

- **Hohes Therapieniveau**
 - Dauertherapie mit hoch dosiertem ICS (>400 µg BUD-Äquivalent / >200 µg Fluticason alleine) oder
 - Dauertherapie täglich mit mittel bis hoch dosiertem ICS (≥ 400 µg BUD-Äquivalent / >200 µg Fluticason in Kombination mit LABA und/oder LTRA und/oder Theophyllin) oder
 - Dauertherapie mit oralen Steroiden über die letzten drei Monate
- **Unzureichende Asthmakontrolle**
 - Unzureichende Systemkontrolle nach NVL Asthma in den letzten vier Wochen oder
 - ≥ 1 Exazerbation(en) im vergangenen Jahr oder
 - Eingeschränkte Lungenfunktion (pathologischer Tiffenau-Quotient oder FEV₁)

Abb. 2

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

Meilensteine für eine bessere Vernetzung bei der Behandlung von seltenen Lungenerkrankungen

Matthias Griese, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, München

Die Arbeitsgemeinschaft hat sich im vergangenen Jahr mit der konsiliarischen Diagnose- und Therapie-Beratung von Fällen seltener Lungenerkrankungen befasst. Darüber hinaus wurden vor allem die Zwischenziele des FP7-EU-Projekts realisiert. So sind wichtige Meilensteine erreicht worden, die in den kommenden Jahren zu einer besseren Vernetzung bei der Behandlung von Kindern mit seltenen Lungenerkrankungen führen werden.

Kinderlungenregister

Nach wie vor ist die Webseite des Kinderlungenregisters (www.kinderlungenregister.de) ein zentraler Dreh- und Angelpunkt bei der Vermittlung von Informationen und Hilfestellungen. Diese Webseite wurde überarbeitet und gestrafft (Abb. 1) und so übersichtlicher gestaltet.

chILD-EU

Das EU-Projekt „Orphans Unite: chILD better together – European Management Platform for Childhood Interstitial Lung Diseases“ (chILD-EU) wurde im Dezember 2012 begonnen und hat eine Laufzeit von 3 ½ Jahren. Es wurde eine Web-Seite (www.childeu.net) aufgebaut, über die länderspezifisch in Europa die jeweiligen nationalen Zentren, die sich auf die Behandlung von chILD fokussiert haben, direkt angesprochen werden können (Abb. 2).



Abb. 1: Webseite des Kinderlungenregisters.



Abb. 2: Webseite des chILD-EU Projekts.

Survey Monkey – Europe, North America, Australia

Unter Federführung von Dr. Steve Cunningham, Edinburgh, wurde eine inzwischen weltweit ausgerollte Befragung zum therapeutischen Vorgehen bei Kindern mit interstitiellen Lungenerkrankungen durchgeführt. Die Ergebnisse ähnelten sich interessanterweise sehr zwischen den drei Kontinenten. Die offenen Fragen konnten sehr gut eingegrenzt werden. Sie bilden die Grundlage für die Planung prospektiver Interventionsstudien zur Therapieoptimierung.

Observationskohorte

Unter Leitung von Dr. Steve Cunningham wurde eine europaweite prospektive Erhebung inzidenter Fälle interstitieller Lungenerkrankungen begonnen. Zu Beginn der Erhebung findet ein internationaler Peer-Review aller Fälle statt. Die initiale Beobachtung läuft über ein Jahr (Abb. 3), dann erfolgt eine Langzeitbeobachtung über einen möglichst langen Zeitraum. In diese Beobachtung können ab sofort Patienten eingeschlossen werden.

Interventionsstudien

Geplant sind zwei Studien. Die Studienprotokolle sind fertiggestellt und es wird seit Monaten sehr intensiv an der administrativen Realisierung gearbeitet. Dies betrifft einerseits die Sponsorübernahme durch die Universität (inzwischen abgeschlossen), die Anmeldung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), die Ethikeinreichung sowie andererseits die Vorbereitung der Zentren, die wie bei jeder Studie leider durch alle administrativen Prozesse müssen. Dies betrifft

- (1) die Ethikkommission und
- (2) die Verwaltung mit einem formalen Kooperationsvertrag.

Da dies einfach nur lästig, aber unausweichlich ist, sind alle pneumologischen Zentren, die Kinder mit interstitiellen Lungenerkrankungen systematisch behandeln wollen und Hydroxychloroquin einsetzen möchten oder Kinder mit exo-



Abb. 3: Observationsstudie inzidenter, also neu diagnostizierter Fälle von Kindern mit diffus parenchymatösen Erkrankungen.

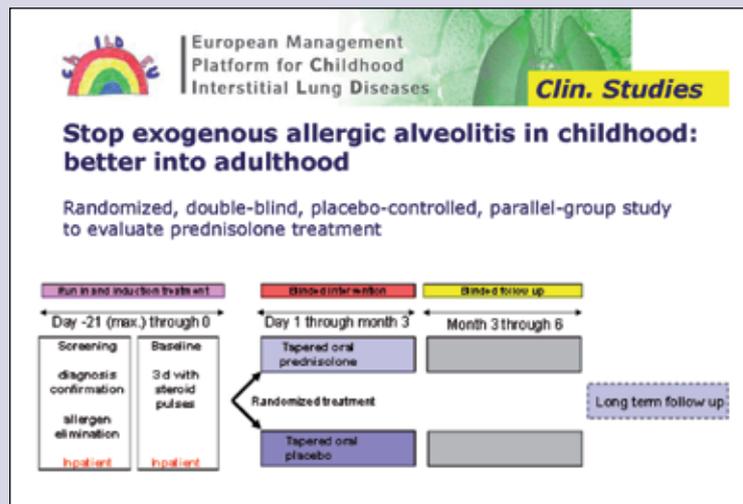


Abb. 4: Exogen allergische Alveolitis – Interventionsstudie zur Beantwortung der Frage der Notwendigkeit einer mittelfristigen Therapie mit Steroiden.

gen-allergischer Alveolitis diagnostizieren können und behandeln, aufgefordert, diese formale Hürde bitte zu nehmen. Aktuell wird durch das Zentrum für klinische Studien (ZKS) in Mainz unter Leitung von Dr. Kai Kronfeld und Bärbel Assmann sehr gut und kostenfrei Hilfestellung bei der Vorbereitung und Abwicklung dieser Schritte gegeben. Also bitte frühzeitig nutzen!

Studie 1

Die exogen allergische Alveolitis kann mit einem sehr komplizierten und chronischen

Verlauf einhergehen. Manchmal werden den Kindern über längere Zeit hohe Steroiddosen appliziert. Ein im Einzelfall im Vorhinein nicht zu identifizierender Patient kann einen chronischen Krankheitsverlauf haben. Immer noch müssen junge erwachsene Patienten mit exogen allergischer Alveolitis wegen „end-stage lung disease“ lungen transplantiert werden. Daher ist eine prospektive und möglichst gut dokumentierte Langzeituntersuchung und Sammlung vieler Verläufe der einzige Weg, die Behandlungsqualität dieser Kinder langfristig zu verbessern (Abb. 4).

Studie 2

Fast alle Kinder mit schwerer interstitieller Lungenerkrankung, sei es bei unbekannter Ursache oder sei sie durch eine der vielen Surfactant-Mutationen bedingt, werden ir-

gendwann mit Hydroxychloroquin behandelt. Dies erfolgt zurzeit leider sehr heterogen, da optimaler Zeitpunkt, Dosis, Dauer, Nebenwirkungsspektrum, erfolgreich zu behandelnde Entitäten, Wirksamkeit und viele weitere Details überhaupt nicht bekannt sind.

Daher sollte jeglicher Einsatz von Hydroxychloroquin bei Kindern mit Lungenerkrankungen im Rahmen von kontrollierten Studien erfolgen. Dazu wurden zwei Studiendesigns entwickelt, die sehr nah an der klinischen Alltagsrealität orientiert sind und den Kindern keinerlei Therapie vorenthalten.

Es kann sowohl der Beginn (Abb. 5) als auch die Beendigung (Abb. 6) einer Hydroxychloroquintherapie placebo-kontrolliert untersucht werden.

Alle neonatologischen oder pneumologischen Zentren, die derartige Kinder sehen und behandeln, sollten an diesen Studien teilnehmen!

Lungenbiopsieprojekt

Kontinuierliche Arbeit an den Patienten des Kinderlungenregisters durch eine Doktorandin, studentische Hilfskräfte und Assistenten der Kinderklinik hat die weitere Kategorisierung vieler „alter“ Fälle ermöglicht. Zwischenzeitlich versuchen wir, aktuelle Verlaufsinformationen zu den Patienten zu erhalten. Bitte beantworten Sie entsprechende Anfragen und unterstützen Sie so das Projekt! Es ist sehr viel Arbeit und Ihre engagierte Mithilfe ist sehr willkommen. Ziel ist es, einen Überblick über die Fälle des Registers zu erhalten und möglichst diejenigen Fälle, die noch in Behandlung sind und von denen eine Einverständniserklärung vorliegt, in die webbasierte Beobachtungsstudie (s.o.) einzuschleusen. Diese Kinder würden dann von Ihnen als primäre Behandler weiter im Register betreut.

Variabilität einfacher pneumologischer Endpunkte

In Zusammenarbeit der Medizinischen Hochschule Hannover, Dr. Schwerk und Dr. Wetzke, mit der Haunerschen Kinderklinik wird eine entsprechende Beobachtungskohorte vorbereitet. Hierzu werden aktive Teilnehmer gesucht!

Projekt „Lymphoide interstitielle Pneumonitis und folliculäre Bronchiolitis“

Zusammen mit Dr. Freerk Prenzel, Uni-Kinderklinik Leipzig, Dr. Frank Ahrens,

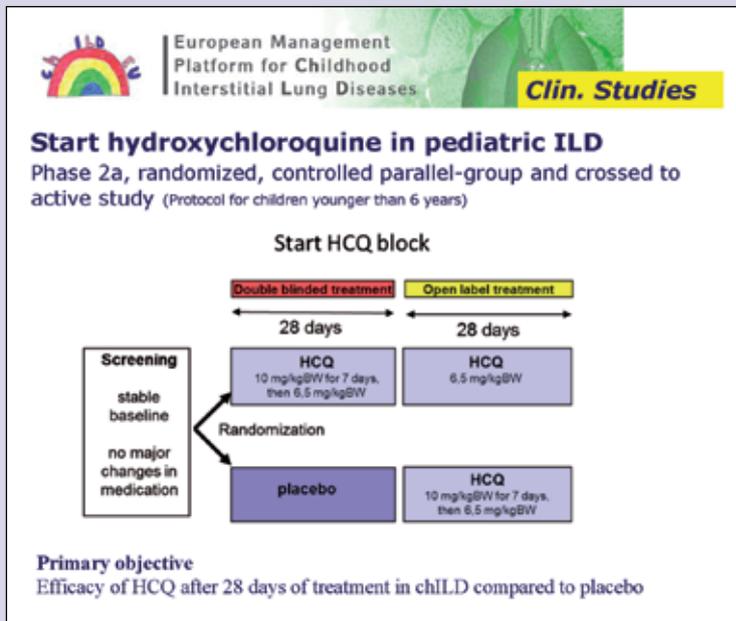


Abb. 5: Beginn einer Behandlung mit Hydroxychloroquin bei Kindern mit interstitieller Lungenerkrankung.

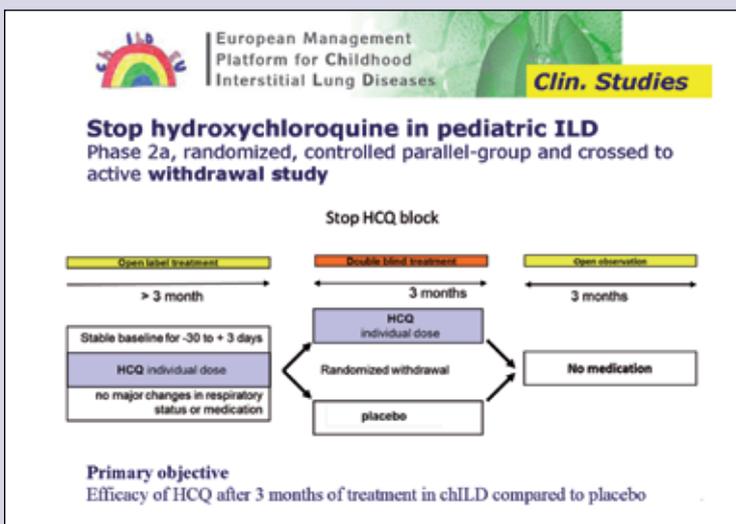


Abb. 6: Beendigung einer Behandlung mit Hydroxychloroquin bei Kindern mit interstitieller Lungenerkrankung.

Hamburg, Dr. Ernst Rietschel, Uniklinik Köln, und PD Dr. Sabine Schmidt-Grohé, Uni-Kinderklinik Bonn, wurden einige ultra-seltene und über viele Jahre verfolgte Kinder mit lympho-ider interstitieller Pneumonitis oder follikulärer Bronchiolitis bearbeitet. Ein entsprechendes Manuskript ist in Vorbereitung.

Projekt „Postinfektiöse Bronchiolitis obliterans“

Das Projekt von Prof. Stefan Ziegen, Frankfurt am Main, sammelt weiter Kinder älter als fünf Jahre mit dieser Entität und am-

bulanten Nachuntersuchungen. Es sollen Häufigkeit und Art der Lungenfunktionsveränderungen bestimmt werden. Die Erfassung soll durch das chILD-EU Portal erfolgen. Für komplett dokumentierte Fälle stehen 200 Euro Aufwandsentschädigung zur Verfügung.

Neue Aktivitäten

Wichtigste neue Aktivität wird die Realisierung der oben beschriebenen Beobachtungs- und Interventionsstudien sein. Bitte beantragen Sie den einmalig notwendigen Zugangs-

code und die Registrierung jetzt! (www.childeu.net)

Eine aktive Teilnahme aller pädiatrisch-pneumologischen Ambulanzen, auch wenn man als Zentrum nur einzelne Fälle behandelt, ist enorm wichtig. Dies nicht nur, um sein Behandlungszentrum zu positionieren, sondern vor allem auch, um eine optimale Versorgung und Langzeitbetreuung all dieser seltenen, ansonsten verwais-ten kinderpneumologischen Einzelfälle zu sichern.

*Prof. Dr. med. Matthias Griese
Kinderklinik und Kinderpoli-
klinik im Dr. von Haunerschen
Kinderspital
Lindwurmstr. 4
80337 München
E-Mail: [Matthias.Griese@
med.uni-muenchen.de](mailto:Matthias.Griese@med.uni-muenchen.de)
Web: [www.kinderlungen
register.de](http://www.kinderlungenregister.de)*

Aus der AG Tuberkulose (Sprecher: Dr. Folke Brinkmann, Hannover)

Neue Leitlinien und Studien

Folke Brinkmann, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie

Im Jahr 2012/2013 sind neue internationale Leitlinien zur Behandlung der resistenten Tuberkulose im Kindesalter mit aktuellen Dosierungsempfehlungen auch für die Zweitrangmedikamente erschienen (siehe Abb. 1). Außerdem wird eine Therapie der asymptomatischen (latent) Tuberkuloseinfektion bei resistenten Erregern mit zwei wirksamen Therapeutika über mindestens sechs Monate empfohlen [1]. Neue Ergebnisse gibt es auch aus einer Studie zur Wirksamkeit eines der neuen Booster-Impfstoffe gegen Tuberkulose.

Leider konnte nach der Impfung mit dem Booster MVA85A bei Kindern bis zwei Jahren kein zusätzlicher Benefit zur Impfung mit dem herkömmlichen BCG-Impfstoff gezeigt werden [2].

Dr. Nicole Ritz neue Co-Sprecherin

Nach dem Tod von Dr. Klaus Magdorf Anfang 2013 hat Dr. Nicole Ritz, Pädiaterin und Infektiologin an der Universitätskinderklinik beider Basel, neben Dr. Folke Brinkmann die Sprecherfunktion in der Arbeitsgemeinschaft übernommen.

Neue Projekte

Die AG Tuberkulose plant eine engere Kooperation mit dem Ausschuss „Typische und Atypische Mykobakterien“ der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI). Am 14. September 2013 fand im Rahmen der DGPI-Jahrestagung in Düsseldorf ein erstes gemeinsames Treffen statt. Als zukünftiges Projekt ist die Erstellung neuer AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Kindertuberkulose in Deutschland geplant. Diese soll entweder in Zusammenarbeit

mit der Gesellschaft für deutsche Pneumologie (DGP) oder als eigenständige pädiatrische Leitlinie entstehen. Eine Session zur Kindertuberkulose mit Beteiligung aller Interessierten der GPP und DGPI ist im Rahmen der nächsten DGKJ-/DGPI-Tagung in Leipzig (11.–14.9.2014) geplant. Zum Austausch und zur Diskussion für Interessierte an der Kindertuberkulose wurde ein Internetforum eingerichtet, das von allen Interessierten genutzt werden kann: kindertb@googlegroups.com. Hier können zum einen Fälle (auch mit

MDR-TB Weight-Based Dosing Chart for Children

Target Dose Available Formulations	Group 1: Oral first-line anti-TB drugs		Group 2:		Group 3: Fluoroquinolones		Group 4: Oral bacteriostatics agents		Group 5:		Target Dose Available Formulations
	Ethambutol (15-25 mg/kg) 400mg tab in 8 ml of water for a 50 mg/mL suspension	Pyrazinamide (30-40 mg/kg) 400 mg tablet 500 mg tablet	Injectable anti-TB drugs (injectable agents or parenteral agents)	Levofloxacin (15-20 mg/kg) 250 mg tablet suspension	Moxifloxacin (7.5-10 mg/kg) 20 mg/mL suspension	Ofloxacin (15-20 mg/kg) 200 mg tablet	Cycloserine/Tetradione (15-20 mg/kg) 250 mg capsule 1 capsule in 10 mL water	PAS (150-200 mg/kg) Daily	Protonix/ Ethosuximide (15-20 mg/kg) 250 mg tablet	Anti-TB drugs with unclear efficacy or unclear role in MDR-TB treatment	
100 mg tablet	1 tab	.25 tab	To isolate dose calculation, use the weight of the child. Both the low and high doses weight are substituted.	1.5 mL 2 mL	1.5 mL 2 mL	.25 cap	2.5 mL	500 mg 1000 mg	.25 tab	Group 5 drugs are not recommended by the WHO for routine use in MDR-TB treatment because their contribution to resistance is unclear. Their role in pediatric MDR-TB treatment is unclear. Most of these drugs are expensive, and some require intravenous administration and/or have severe side effects. However, they can be used in appropriate regimens are impossible to design with the regimens available. They should be used in consultation with an expert in the treatment of DR-TB.	.5 tab
100 mg tablet	2 tabs	.5 tab	For kanamycin: Line dose: 15 mg/kg x 6.9 kg = 103 mg High dose: 20 mg/kg x 6.9 kg = 207 mg A convenient dosing is then chosen between the two numbers.	2.5 mL 5.0 mL	.5 tab	.5 cap	2.5 mL	1500 mg	.5 tab		1 tab
100 mg tablet	4 tabs	1 tab		7.5 mL	7.5 mL	.75 cap	5 mL	2000 mg	.75 tab		2 tabs
100 mg tablet	6 tabs	1.5 tabs		10 mL	10 mL	1 cap	7.5 mL	2500 mg	1 tab		3 tabs
100 mg tablet	8 tabs	2 tabs		15 mL	15 mL	1.5 tabs	10 mL	3000 mg	1.5 tabs		4 tabs
100 mg tablet	10 mL	2.5 tabs		20 mL	20 mL	2 tabs	12.5 mL	4000 mg	2 tabs		5 tabs
100 mg tablet	10 mL	2.5 tabs		20 mL	20 mL	2 tabs	12.5 mL	5000 mg	2 tabs		5 tabs
100 mg tablet	10 mL	2.5 tabs		20 mL	20 mL	2 tabs	12.5 mL	6000 mg	2 tabs		5 tabs

Group 5	Clofazimine (CFZ)	Amoxicillin-clavulanate (AMC-CLV)	Meropenem (MPN)	Linezolid (LZO)	Clarithromycin (CLR)
Daily Dose	2.3 mg/kg once daily if the child is <25kg give 100mg every second day	80 mg/kg in two divided doses based on the amoxicillin component	20-40 mg/kg IV every 8 hours	10 mg/kg dose twice daily for children <10 years of age 300 mg daily for children >10 years of age (also give vitamin B6)	7.5 mg/kg twice daily
Maximum Daily Dose	200 mg	4000 mg amoxicillin and 500 mg clavulanate	6000 mg	600 mg	1000 mg

Group 2	Streptomycin	Amikacin	Kanamycin	Capreomycin
Daily Dose	20-40 mg/kg once daily	15-20 mg/kg once daily	15-20 mg/kg once daily	15-20 mg/kg once daily
Maximum Daily Dose	1000 mg	1000 mg	1000 mg	1000 mg

For preventive regimens, consult with experts regarding optimal regimen construction. The doses of isoniazid, ethambutol, and fluoroquinolones for preventive regimens are the same as in this dosing chart.



Chart developed by
Chelsie Gamblemark

Abb. 1: Dosierung der Zweitrangmedikamente zur Therapie der resistenten Tuberkulose im Kindesalter [1].

radiologischen Befunden) diskutiert oder auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse ausgetauscht werden.

Zum nächsten Treffen der Arbeitsgruppe Tuberkulose im Rahmen der GPP-/DGP-Jahrestagung am 28. März 2014 in

Bremen sind alle herzlich eingeladen!

Literatur:

[1] Sentinel Project Field Guide 2012. The Sentinel Field Project on Drug Resistant Tuberculosis. <http://sentinel-project.org/>

[2] Tameris MD, Hatherill M, Landry BS et al. MVA85A 020 Trial Study Team. Safety and efficacy of MVA85A, a new tuberculosis vaccine, in infants previously vaccinated with BCG: a randomised, placebo-controlled phase 2b trial. *Lancet* 2013 Mar 23; 381 (9871): 1021–8.

*Dr. med. Folke Brinkmann
Medizinische Hochschule
Hannover, Klinik für Pädiatrische
Pneumologie, Allergologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: brinkmann.folke@mh-hannover.de*

Journal Club:

Blanken M et al.: Respiratory Syncytial Virus and recurrent wheeze in healthy preterm infants (MAKI trial). *N Engl J Med* 2013; 368: 1791–9

Markus A. Rose, Sana Klinikum Offenbach und Goethe-Universität Frankfurt, Kinder- und Jugendmedizin

Warum die Studie?

Virale Infektionen (Rhinoviren, RSV) sind bekannte Wegbereiter bronchialer Hyperreagibilität, die erheblich auch zur frühkindlichen Morbidität beiträgt und späteres Asthma bronchiale begünstigt. Der potenzielle ursächliche Zusammenhang zwischen RSV-Infektion und Giemen wird diskutiert, aber starke Beweise fehlen bisher.

Ziel

Untersuchung des Einfluss einer RSV-Immunprophylaxe auf Giemen während des ersten Lebensjahres bei gesunden Frühgeborenen. Methode: 429 gesunde Frühgeborene (33.–35. SSW.) erhielten doppelblind randomisiert zum Beginn der RSV-Saison 15 mg/kg KG Palivizumab oder Plazebo. Ergebnis: Palivizumab zur RSV-Pro-

phylaxe reduzierte die Anzahl der Tage mit Giemen im ersten Lebensjahr um 61 % [95 % KI: 56–65] (Palivizumab-Gruppe: 930 von 53.075 Tagen (1,8 %) vs. Plazebo-Gruppe: 2.309 von 51.726 Tagen (4,5 %)). Der Effekt bestand auch nach der Prophylaxe fort (ab zwei Monate nach letzter Injektion, entspricht drei Halbwertszeiten): relative Reduktion um 73 %. Sekundäre Endpunkte: Die Verum-Gruppe hatte einen geringeren Bronchodilatatorenbedarf (13 % versus 23 %, $p < 0,001$), weniger rezidivierendes Giemen (11,2 % versus 20,9 %, $p < 0,05$), weniger nachgewiesene RSV-Infektionen ($p < 0,01$) und eine geringere Inzidenz RSV-bedingter Krankenhausaufenthalte ($p < 0,05$).

Diskussion

Frühere epidemiologische Studien hatten gezeigt, dass früh-

kindliche RSV-Infektionen bis ins Adoleszentenalter obstruktive Atemwegsbeschwerden begünstigen. Andere retrospektive Interventionsstudien hatten angedeutet, dass die RSV-Passivimmunisierung nicht nur zur Prophylaxe schwerer RSV-Erkrankungen wirksam ist, sondern auch im Verlauf des weiteren Lebens rezidivierendes Giemen und Asthma bronchiale reduzieren kann. Die vorliegende Studie bestätigt ebenso wie zwei weitere Studien mit einem prospektiven Design die kausale Bedeutung einer RSV-Infektion für nachfolgende obstruktive Atemwegserkrankungen in den ersten zwei bis drei Jahren. Parallel hierzu gibt es Studien, die ein höheres Risiko nach einer frühen Infektion mit humanen Rhinoviren (HRV) errechnen, später asthmatische Symptome zu erleiden. Die verfügbare Evidenz lässt aber ver-

muten, dass die HRV-induzierte Obstruktion eher als Indikator einer bereits vorhandenen Bereitschaft zu Asthma bronchiale anzusehen ist und nicht als kausales Agens. HRV-Präventionsstudien ähnlich dem vorliegenden Design sind bisher jedoch noch nicht verfügbar, um dies abschließend bewerten zu können.

*Prof. Dr. med. Markus A. Rose, M.P.H.
Sana Klinikum Offenbach
Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Starkenburgring 66
63069 Offenbach
E-Mail: Markus.Rose@klinikum-offenbach.de*

Neues aus der DRG-Szene Kinderpneumologie

Frank Riedel, AKK Altonaer Kinderkrankenhaus

Für die „Pneumologische Diagnostik-Komplexziffer“ gibt es bislang noch immer kein eigenes Zusatzentgelt. Es ist somit unverändert wichtig, dass die Kalkulationshäuser konsequent die Komplexziffer kodieren, da

auf dieser Grundlage eine Kalkulation des Zusatzentgelts erfolgen wird. Für alle anderen kinderpneumologisch Tätigen ist es ebenfalls sinnvoll, die Kriterien der Komplexziffer anzuwenden und in das DRG-System

einzupflege, um damit Routine zu erlangen und betriebswirtschaftlich die eigene Leistung abzubilden.

*Prof. Dr. med. Frank Riedel
AKK Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38
22763 Hamburg
E-Mail: frank.riedel@kinderkrankenhaus.net*

Kinder und Jugendliche im DMP Asthma bronchiale in der Region Nordrhein – eine erste Bestandsaufnahme

Arne Weber, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln
Dr. Frank Friedrichs, 1. Vorsitzender der BAPP e.V., Kinderarztpraxis Laurensberg, Aachen

Mit der Einführung des DMP Asthma bronchiale in der zweiten Hälfte des Jahres 2006 wurde eine strukturierte Versorgung von Asthma-Patienten in der Region Nordrhein vertraglich eta-

bliert. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsstruktur für chronisch kranke Asthma-Patienten im ambulanten Bereich. Im Folgenden soll eine kurze Bestandsaufnahme über die ersten Jahre

des DMP Asthma bronchiale insbesondere hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma erfolgen.

Disease Management Programme (DMP) wurden in Deutschland vor etwa zehn Jahren mit dem Ziel eingeführt, eine evidenzbasierte, leitliniengerechte Behandlung in den ambulanten Versorgungsalltag zu implementieren. Zudem sollen strukturelle Barrieren zwischen den einzelnen Versorgungsebenen beseitigt werden, um eine interdisziplinäre Kooperation mit dem Ziel einer guten Versorgungsqualität zu erreichen.

Ab dem zweiten Halbjahr 2006 wurde das DMP Asthma bronchiale in der Region Nordrhein vertraglich etabliert. Wie in wohl keinem anderen Vertragsgebiet werden in Nordrhein durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung DMP-begleitende Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt und die DMP-Um-

setzung wissenschaftlich evaluiert. Im Jahr 2012 nahmen insgesamt 93.064 Patienten, darunter 15.158 Kinder und Jugendliche teil (Abb. 1). Unter den 4.461 Ärzten im Jahr 2012 befinden sich 258 pneumologisch qualifizierte Fachärzte und 437 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin [1]. Während die Anzahl aller Patienten sowie der teilnehmenden Ärzte im Zeitverlauf ansteigt, war die Anzahl der minderjährigen Teilnehmer im Jahr 2012 erstmalig rückläufig. Da die Anzahl der am DMP teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte in den letzten Jahren nahezu konstant ist, zeigt sich, dass weniger Kinder und Jugendliche neu eingeschrieben werden als diese Altersgruppe verlassen oder die DMP-Teilnahme beenden.

Das DMP unterlag in den vergangenen Jahren einem konti-

nuierlichen Optimierungsprozess. So wurde zum zweiten Halbjahr 2013 bundesweit ein überarbeiteter DMP-Dokumentationsbogen eingeführt. Die Änderungen in diesem Bogen beschränken sich auf die Hinzunahme eines separaten Dokumentationsfeldes für die Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten sowie auf eine bessere Darstellung der Verordnung oraler Glukokortikosteroide.

Qualitätszielerreichung von Kindern und jugendlichen DMP-Teilnehmern

Kinder und Jugendliche mit Asthma zeigen andere Befundcharakteristika als Erwachsene. Dies wird in nach Altersgruppen differenzierten Therapieempfehlungen in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL)



deutlich. In das DMP dürfen Kinder erst ab einem Alter von fünf Jahren eingeschrieben werden. Eine Initiative der Ärzteschaft zur Einbindung noch jüngerer Patienten stieß bei den Krankenkassenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss auf Bedenken.

Als ein elementarer Bestandteil des DMP wurden Zielvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen bzw. -verbänden auf regionaler Ebene verbindlich definiert. Diese hier vorgestellten Qualitätsziele sollen jeweils zu 90 Prozent von den DMP-Teilnehmern

in Nordrhein erreicht werden. Dazu zählen die Vermeidung stationärer Notfälle innerhalb der vergangenen sechs Monate, die quartalsweise Überprüfung der Inhalationstechnik, die Verordnung von ICS als Dauermedikation im Verhältnis zu allen Patienten mit einer Dauermedikation sowie die Ausstellung eines schriftlichen Therapieplans.

Wie Abb. 2 verdeutlicht, steigen die Erreichungsgrade der „Überprüfung der Inhalationstechnik“ sowie die „Ausstellung eines schriftlichen Therapieplans“ innerhalb der vergangenen fünf Jahre für Kinder und jugendliche Teilnehmer kontinuierlich an. Dies ist erfreulich, weil der Umgang mit den Inhalationsdevices gerade bei Kindern von großer Bedeutung ist, damit die Wirkstoffe den gewünschten Effekt erzielen können. Die zunehmende Erstellung von schriftlichen Therapieplänen ist für die Patienten und deren Eltern eine weitere wichtige Hilfestellung. Zum zweiten Halbjahr 2013 wird der Tatsache der unterschiedlichen Behandlungskollektive auch in einer separaten Darstellung des neu eingeführten Qualitätsziels „Steigerung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit guter Symptomkontrolle“ für Kinder und Jugendliche bzw. erwachsene DMP-Teilnehmer Rechnung getragen.

Aber auch die anderen zuvor bestehenden Qualitätsziele weisen zwischen den beiden Kollektiven deutliche Unterschiede auf (Tab. 1). Insbesondere hinsichtlich der Erstellung von Selbstmanagementplänen gibt es Unterschiede von absolut über 25 Prozent. Hier erscheint eine globale Festlegung einheitlicher Zielerreichungsgrade wenig an-

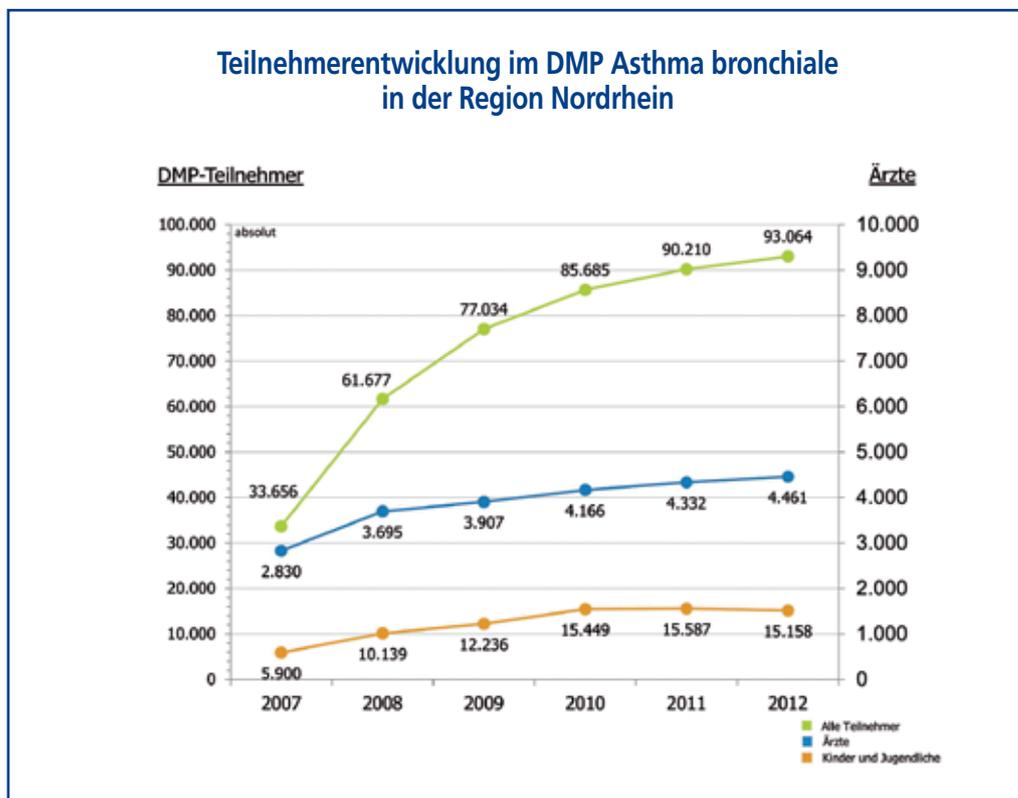


Abb. 1

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

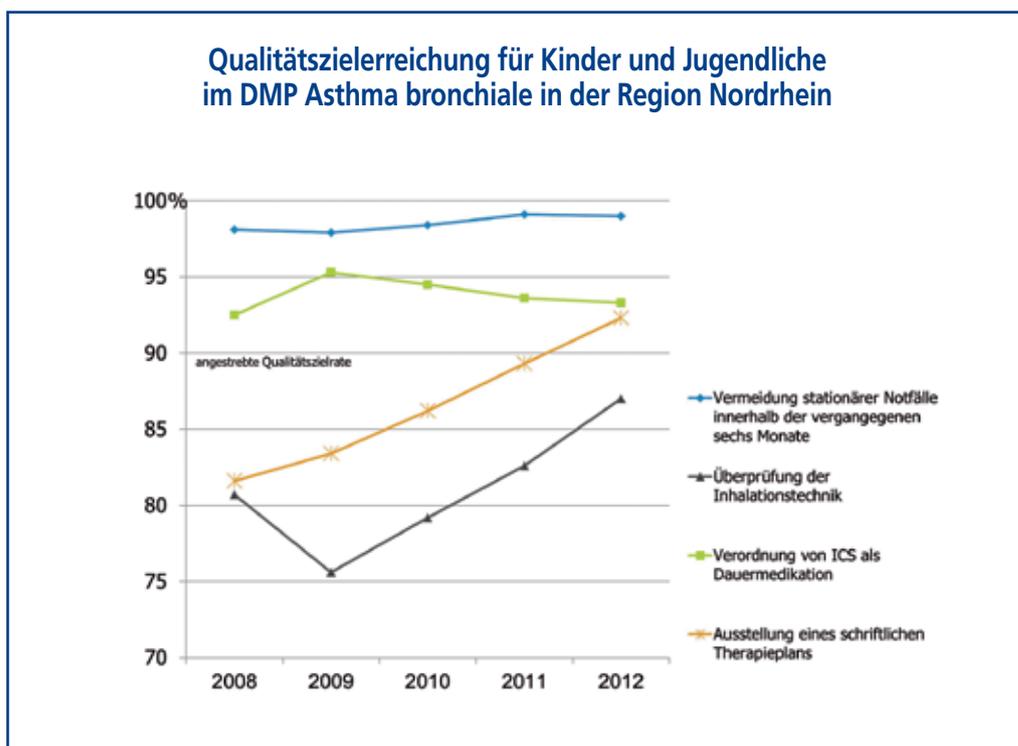


Abb. 2

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

gemessen zu sein und eine Separierung der Zielefestlegung, gleichsam wie in dem neu eingeführten Qualitätsziel, sinnvoll.

Patientenschulungen

Als ein weiterer wesentlicher Bestandteil des DMP Asthma bronchiale wurde die strukturierte Asthma-Schulung in die Versorgungskette implementiert. Dabei gibt es gesonderte Schulungsprogramme für Kinder und jugendliche Patienten bis 18 Jahre. Hierin werden den betroffenen Minderjährigen und Eltern evidenzbasierte Inhalte über die Erkrankung multidisziplinär vermittelt. In den Schulungsteams arbeiten qualifizierte Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und weitere Fachgruppen zusammen. Das Empowerment der Patienten scheint Wirkung zu zeigen: Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einer täglichen Asthmasymptomatik halbiert sich in Nordrhein im ersten Jahr nach einer Schulung von 5,2 auf 2,5 Prozent und bleibt im Anschluss auf konstant niedrigem Niveau. Auch die wöchentliche Symptomatik reduziert sich im ersten Jahr nach einer Schulung von 23,7 auf 20,7 Prozent für die entsprechenden Teilnehmer.

Inzwischen kann das DMP Asthma bronchiale als erfolgreich in den ambulanten Versorgungsalltag integriert angesehen werden. In Zukunft wird es spannend sein zu beobachten, wie es sich weiter entwickelt. So sieht der Ende Juli 2013 erschienene vorläufige Vorbericht zum DMP Asthma bronchiale des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) in einigen Punkten potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf. Dazu gehört eine Indikationsstellung

Qualitätsziel	Überprüfung der Inhalationstechnik (in %)		ICS -Verordnung (Verhältnis zu allen Dauermedikationen) (in %)		Ausstellung eines schriftlichen Selbstmanagementplans (in %)	
	K/J	Erw	K/J	Erw	K/J	Erw
2009	79,2	72,4	94,5	85,5	86,2	62,6
2010	82,6	74,2	93,6	85,2	89,3	64,2
2011	85,5	74,5	93,3	85,5	91,1	65,4
2012	87,9	75,9	93,3	85,3	92,3	65,4

Tab. 1

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

zur Schulung in Abhängigkeit der Asthmakontrolle oder einer regelmäßigen Anpassung des schriftlichen Therapieplans. Weitere Punkte sind eine stärkere Fokussierung der Diagnostik eines berufsbedingten Asthmas oder die nichtmedikamentöse Raucherentwöhnung bzw. eine Betonung der Gefahren des Passivrauchens während der Schwangerschaft. Im Vergleich zu den meisten anderen DMP-Indikationen stellt Asthma eine unter Umständen reversible Erkrankung dar, weshalb nach unserer Meinung auch eine Option zur Ausschreibung aus dem DMP auf dem Dokumentationsbogen eine plausible Erweiterung darstellen würde.

Anmerkungen

[1] Die erforderliche Qualifikation der internistischen und pädiatrischen Stufe 2-Ärzte ist im DMP-Vertrag Nordrhein's (www.kvno.

de/downloads/vertraege/dmp_asthma_copd_vertrag.pdf) geregelt. Als zugelassene Kinder- und Jugendärzte gelten demnach Vertragsärzte mit der Zusatzweiterbildung „Pneumologie“ ODER Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Allergologie“ ODER Ärzte mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale ODER Ärzte mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte.

Arne Weber, M.A. Public Health
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung,
Standort Köln
Sedanstr. 10–16, 50668 Köln
E-Mail: aweber@zi.de

Dr. Frank Friedrichs,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderpneumologie, Allergologie,
1. Vorsitzender der BAPP e.V.
Kinderarztpraxis Laurensberg

Rathausstr. 10
52072 Aachen
E-Mail: Frank.Friedrichs@t-online.de

Studien immer komplexer

Bernhard Sandner, Aschaffenburg

Unser Netzwerk für klinische Studien in der Ambulanten Pädiatrie ist auch im 13. Jahr nach seiner Gründung auf die stetig wachsenden regulatorischen Anforderungen für klinische Prüfungen gut vorbereitet und wird sich diesen weiterhin stellen. Das Rüstzeug hierfür erfahren NETSTAP-Mitglieder durch die auch 2013 fortgesetzte Regelmäßigkeit von GCP-Kursen, nicht zuletzt aber infolge direkter Kommunikationswege im Verein. Dieser bleibt von daher ein verlässlicher und kompetenter Partner bei pädiatrischen Studien, und zwar sowohl für die Industrie als auch für neu interessierte und unsere langjährig erfahrenen, engagierte Prüfarzte. Auf der letzten Mitgliederversammlung 2013 wurde anlässlich des Deutschen Allergiekongresses in Bochum der Vorstand neu gewählt und aktuell bestätigt. Der Verein ist nach wie vor mit fast 100 Ärzten in Klinik und Praxis vernetzt. Von diesen nehmen einige gleichzeitig an verschiedenen Studien teil, die im Einzelnen wie folgt zu beschreiben sind.

Laufende und abgeschlossene Studien

Die in der GPP-Zeitschrift bereits vorgestellte Asthma-Präventionsstudie (GAP) hat die dreijährige aktive Therapiephase mit der Gräser-Tablette vollendet, so dass sie jetzt in den Nachbeobachtungszeitraum von weiteren zwei Jahren einschwenken konnte. Die Ergeb-

nisse der abgeschlossenen Asthma-Interventionsuntersuchung – siehe GPP-Zeitschrift 2013 – werden derzeit analysiert und stehen kurz vor ihrer Veröffentlichung. Die Beteiligung an den Publikationsarbeiten wären übrigens durch einen einzelnen Studienarzt ohne entsprechende organisatorische Rückendeckung kaum so zu erreichen (siehe hierzu die GPP-Zeitschrift 2010: Wer hat Vorteile mit NETSTAP?). Wenige Zentren des Netzwerkes nehmen an einer interessanten Hyposensibilisierungsstudie (SCIT) für Katzenallergiker teil. Die international beachtete und kompetent veröffentlichte (JACI 2012) SLIT-Untersuchung bei Kindern geht jetzt in eine Nachbeobachtungsphase (erstes bzw. zweites Jahr nach dreijähriger Therapie) und dürfte für das Präparat Infec-toSlit Gräser sicher nochmals bedeutsame Aspekte mit sich bringen.

Dass eine konstruktive Beratung durch NETSTAP-Gremien sogar zu Änderungen von Studiendesigns führen können, zeigt ein aktuelles Beispiel: Hierbei geht es um die Sekundärprophylaxe der Otitis Media; eine Studie, bei der wir durch unsere Erfahrung bei Design und Durchführung von Studien in pädiatrischen Populationen zur Optimierung des Protokolls und seiner Umsetzung beitragen konnten (Teilnahme von bisher 15 Zentren des Netzwerkes). Auch an patientengerechten Aufklärungs-Broschüren (Info-Flyer für interessierte

Eltern) beteiligt sich NETSTAP stets individuell und versucht, diese Dinge mit dem jeweiligen Sponsor frühzeitig abzustimmen. Letzteres ist von besonderer Bedeutung bei Impfstudien, die ohnehin während der letzten Jahre einen höheren Stellenwert in der Netzwerkarbeit bekommen haben. Zum Beispiel trugen unsere Zentren ganz wesentlich dazu bei, dass im zurückliegenden Jahr der rekombinante Meningokokken-B-Impfstoff (Bexsero®) seine Europäische Zulassung erhalten konnte und seit kurz vor Weihnachten 2013 den deutschen Pädiatern endlich zur Verfügung steht. Die Vorbereitungen für eine neue quadrivalente Influenza-Vaccine bei Kindern im Alter von 6–35 Monaten laufen derzeit auf Hochtouren.

Öffentliche Wahrnehmung, Termine

Weitere allgemein zugängliche Informationen über Studienabläufe und Planungen sind der fortlaufend aktualisierten Website www.netstap.de zu entnehmen. Die vergangene DGKJ-Jahrestagung in Düsseldorf bot unserer Organisation die Gelegenheit, im Rahmen der wissenschaftlichen Sitzung Klinische Pharmakotherapie einen ausgesprochen praxisrelevanten Beitrag zu präsentieren mit dem Titel: Sind Nichtinterventionelle Arzneimittelstudien im Kindesalter heute sinnvoll? Die Teilnehmer dieses kleinen Symposiums zollten nicht allein der inhaltlichen Darstellung Aner-



kennung, sondern offen benannt auch den klar strukturierten Zielen unseres Vereins als funktionstüchtiger Site Management Organisation (SMO).

Termine:

16./17. Mai 2014, Bochum

GCP-Grundkurs/Ausbildung zum Prüfarzt/Prüfarztassistenten und parallel Refresher-Kurs GCP + MPG-Training

31. Oktober / 1. November 2014 (voraussichtl. Region Karlsruhe)

GCP-Fortsetzungskurs

21./22. November 2014, Lübeck

NETSTAP-Mitgliederversammlung im Rahmen der nappa-Tagung 2014

*Dr. med. Bernhard Sandner
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrische Pneumologie u. Allergologie
Zentrum Ambulante Medizin,
Elisen-Palais, Elisenstr. 28
63739 Aschaffenburg
E-Mail: sandnerbernhard@googlemail.com
Web: www.netstap.de*

Long-Term ERS Fellowship: Fokus auf den kleinen Atemwegen

Peter Merkus, UMC St Radboud, Nijmegen, Niederlande

Monika Gappa, Marienhospital Wesel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Chair der Task Force Paediatric HERMES

In den vergangenen Jahren gab es zunehmend Interesse an Veränderungen der kleinen Atemwege bei chronischen Lungenerkrankungen wie Asthma bronchiale. Die in der klinischen Routine durchgeführten Lungenfunktionsmessungen (Spirometrie und Bodyplethysmographie) zeigen gerade bei Kindern und Jugendlichen oft normale Befunde. Trotzdem ist das Asthma nach klinischen Kriterien häufig unzureichend kontrolliert.

Histologische Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Asthma die Entzündung in den peripheren Atemwegen stärker ausgeprägt ist als in den zentralen. Eine funktionelle Untersuchung der kleinen Atemwege erscheint deshalb sinnvoll.

Studien haben gezeigt, dass das Multiple-Breath-Wash-Out-(MBW)-Verfahren und der daraus berechnete Lung Clearance Index (LCI) diese Veränderungen in den kleinen Atemwegen abbilden.

Multiple Breath Washout ist eine Gasauswaschtechnik, die in der klinischen Anwendung am einfachsten als Stickstoffauswaschverfahren durchgeführt wird. Dazu atmet der Patient 100 % Sauerstoff ein, während der in den Lungen befindliche Stickstoff ausgewaschen wird bis zu einer Grenze von 2 % der Ausgangskonzentration. Wie oft das Lungenvolumen geatmet werden muss, bis ein vollständiger Gasaustausch erreicht ist, wird umgerechnet in den LCI und reflektiert dabei

die Funktion der kleinen Atemwege.

In einer Zusammenarbeit zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Marienhospitals Wesel und der Abteilung Pädiatrische Pneumologie der Radboud Universitätsklinik in Nijmegen (Niederlande) hat Annelies Zwitserloot (Bild) seit Februar 2013 die Möglichkeit, über ein ERS-Stipendium als Long-Term Fellow der ERS an dieser Fragestellung zu arbeiten und gleichzeitig Einblicke in die klinische Pädiatrische Pneumologie am Niederrhein zu bekommen. Über einen Zeitraum von einem Jahr arbeitet sie an mehreren Projekten zum Thema „Kleine Atemwege bei Asthma“ und der Weiterentwicklung und Validierung der MBW-Technik.



Dabei werden zum einen gesunde Kinder und Jugendliche mittels MBW sowie Kinder mit Asthma unterschiedlicher Schweregrade gemessen (Kinder mit schwerem Asthma in Kooperation mit dem German Asthma Net, GAN e.V.). Die Messungen werden zum Teil in Wesel, zum Teil in Nijmegen durchgeführt und sollen als Basis für weitere gemeinsame Projekte dienen. Insbesondere sollen die Daten die Grundlage für die Planung klinischer Studien sein, in denen neue Parameter zur Beurteilung der kleinen Atemwege bei Asthma herangezogen werden.

Noch können Anträge für Short- und Long-Term Fellowships bei der ERS gestellt werden (www.ersnet.org).

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Monika Gappa,
Marien-Hospital Wesel, Klinik
für Kinder- und Jugend-
medizin
Pastor-Janßen-Str. 8–38
46483 Wesel
E-Mail: monika.gappa@prohomine.de



Annelies Zwitserloot bei einer Demonstration des Multiple-Breath-Wash-Out-Verfahrens zur Ermittlung des Lung Clearance Index (LCI).

Interessantes aus den universitären Zentren für Pädiatrische Pneumologie

Kurz berichtet

Basel

Die Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) erhielt eine neue **Stiftungsprofessur für pädiatrische pneumologische Forschung**. Mit der neuen Forschungsprofessur soll die Forschung in pädiatrischer Pneumologie am UKBB und an der Universität Basel weiter ausgebaut und verstärkt werden. Sie wird durch die Fondation Botnar finanziert. Besonders erforscht wird der Einfluss von Umweltfaktoren – speziell der Luftschadstoffbelastung – auf die Frühentstehung von Atemwegserkrankungen, beispielsweise von Asthma, bei Säuglingen und Kindern. Für diese Forschungsprofessur wurde am 1. August 2013 **Prof. Philipp Latzin** ans UKBB berufen.

Berlin

In Berlin wird jetzt das **Schul-Follow-Up der PAPS-Interventionsstudie** durchgeführt (Prophylaxe atopischer Manifestationen durch Pro-Symbioflor). Die randomisiert plazebokontrollierte PAPS-Studie an mehr als 600 Säuglingen atopischer Eltern testete den Effekt eines Bakterienlysats aus *E. coli* und *Enterokokkus faecalis*, das vom 2. bis zum 7. Lebensmonat gegeben wurde. Die Gabe war mit einer signifikant reduzierten Rate an atopischem Ekzem bei den behandelten Kindern verbunden (OR 0,52). Das nun geplante Follow-up soll die Kinder

im Schulkindalter hinsichtlich eines protektiven Effekts auf allergische Atemwegserkrankungen untersuchen.

Dr. Nico Derichs (Translationale CF Forschergruppe) wurde zum Vorsitzenden der ECFS Diagnostic Network Working Group gewählt und in das ECFS Scientific Committee berufen.

Frau cand. med. **Sheila Scheinert** (Translationale CF-Forschergruppe) erhielt den ECFS Young Investigator Award 2013 im Rahmen der ECFC in Lissabon.

Im Rahmen des BMG-Projekts „Fit für ein besonderes Leben“ kann in Berlin nun die **Ausbildung zum zertifizierten Mukoviszidosetrainer** gemacht werden. Fachleute aus verschiedenen Disziplinen der Mukoviszidose-Behandlung wie Ärzte, Ernährungsfachkräfte, Physiotherapeuten, Pflegekräfte, Sporttherapeuten und psychosoziale Mitarbeiter können sich zum Mukoviszidosetrainer fortbilden lassen.

Bochum

In Kooperation der Universitätskinderklinik Bochum (Direktor: Prof. Dr. Hamelmann; Leiter CF-Abteilung: Prof. Dr. Ballmann) mit der Universitätskinderklinik Essen (Direktorin: Prof. Dr. Felderhoff-Mü-

ser; Leiter CF-Abteilung: PD Dr. Mellies) und der Ruhrlandklinik in Essen (Direktor: Prof. Dr. Teschler) wurde am 4. Oktober 2013 das **Christiane-Herzog-Centrum Ruhr (CHCR)** als fünfte Einrichtung dieser Art in Deutschland feierlich eröffnet. Im CHCR werden knapp 400 Patientinnen und Patienten mit CF versorgt, die drei Kliniken unterhalten seit über zwei Jahren eine große, gemeinsame Studienambulanz (Cystic Fibrosis Trial Center-Ruhr, CFTR).

Prof. Dr. Eckard Hamelmann, Direktor der Universitätskinderklinik in Bochum, wurde als erster Vorsitzender des German Asthma Net (GAN e.V.) wiedergewählt. Ebenso konnte er für eine zweite Amtszeit im Board der Asthma Section der European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) bestätigt werden. Hier koordiniert er gemeinsam mit zwei Kollegen die Task Force „Severe Asthma“.

Die Zusammenhänge und gemeinsamen Risikofaktoren für die Entstehung von Asthma, Atopie und ADHS werden in der **Studie zu „Neuen Volkskrankheiten im Kindes- und Jugendalter“ (NIKI)** durch die Universitätskinderklinik Bochum (Prof. Dr. Hamelmann), die Vestische Kinderklinik in Datteln (Prof. Dr. Reinhehr) und die Kinder- und Jugendpsychiatrien der Universitäten Bochum (Prof. Dr. Holtmann) und Essen (Prof. Dr. He-

bebrand) untersucht. Dieses Projekt wird vom Land Nordrhein-Westfalen für drei Jahre mit ca. 1,5 Millionen Euro gefördert.

Frankfurt

Prof. Dr. Markus Rose wurde zum Chefarzt der Kinderklinik im Sana Klinikum Offenbach berufen.

PD Dr. Johannes Schulze hat sich im Jahr 2013 in der Pädiatrischen Pneumologie habilitiert.

Nebyat Belachew erhielt das Promotionsstipendium der Goethe-Universität Frankfurt für seine Dissertation zum Thema „Lung clearance und bronchiale Entzündung bei Patienten mit Bronchitis obliterans“.

Göttingen

PD Dr. Christiane Lex hat am 1. August 2013 die Leitung des Schwerpunktes Pädiatrische Pneumologie und Allergologie des Universitätsklinikums Göttingen übernommen.

Hannover

Prof. Dr. Gesine Hansen und Dr. Christine Happle sind gemeinsam mit ihren Kollegen aus der Hämatologie, Prof. Dr. Thomas Moritz und Dr. Nico Lachmann,

Prof. Dr. Gesine Hansen und Dr. Christine Happle erhielten mit zwei Hannoveraner Kollegen den „Eva-Luise-Köhler-Preis für seltene Erkrankungen 2013“. Auf dem Bild von links: Dr. Nico Lachmann, Christoph Nachtigäller (Vorsitzender der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen, ACHSE), Eva Luise Köhler, Prof. Dr. Thomas Moritz, Prof. Dr. Gesine Hansen, Dr. Christine Happle, Bundespräsident a. D. Horst Köhler und Dr. Holger Berndt (Vorsitzender des Vorstands Forschungspreis 2013).

Bild: P. Himsel



mit dem „Eva-Luise-Köhler-Preis für seltene Erkrankungen 2013“ geehrt worden. Der mit 50.000 Euro dotierte Preis wurde für die Entwicklung eines neuen Therapiekonzepts für die hereditäre Alveolarproteinoase vergeben.

Prof. Dr. Gesine Hansen ist in die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina aufgenommen worden.

PD Dr. Anna-Maria Dittrich hat sich 2013 in der Kinderlungenheilkunde habilitiert und ist nun Oberärztin für Pädiatrische Pneumologie an der Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie der Medizinischen Hochschule Hannover.

Dr. Frauke Stanke aus Hannover erhielt den Adolf-Windorfer-Preis 2013 für ihre Arbeit

zum Thema „Gene des Immunsystems modifizieren die Ausprägung des Basisdefektes der Mukoviszidose“.

Die erste Transitionsambulanz an der Medizinischen Hochschule Hannover wurde im April 2013 für Jugendliche und Erwachsene mit Mukoviszidose eingerichtet. Dort werden ca. 600 CF-Patienten betreut. Ziel des **neuen Christiane-Herzog-Zentrums für Mukoviszidose-Kranke** ist es, die krankheitsspezifischen Kompetenzen zu bündeln und mit altersspezifischen Versorgungsangeboten zu kombinieren. Die Klinik für Pädiatrische Pneumologie und die Klinik für Pneumologie entwickeln zur Zeit ein spezielles Transitionsprogramm.

medizin für die Bearbeitung ihres Dissertationsvorhabens zum Einfluss von CF-Therapeutika auf die Extrazellulärmatrix und Migration neurophiler Granulozyten in der Lunge in Höhe von 10.500 Euro erhalten.

München

Das von der EU geförderte Projekt zu interstitiellen Lungenerkrankungen, „**chILD-EU - Orphans Unite: chILD better together – European Management Platform for Childhood Interstitial Lung Diseases**“ hat begonnen. Somit können und sollen nun passende Patienten aus ganz Europa aktiv in die Beobachtungsstudie aufgenommen werden (<http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Child-EU/en/index.html>).

Der Windorfer-Preis 2014 des Mukoviszidose e.V. ging an die Arbeitsgruppe um **Prof. Dr. Matthias Griese** für die Arbeit „Inhalation treatment with glutathione in patients with cystic fibrosis. A randomized clinical trial.“



Zu den hochrangigen Auszeichnungen, die PD Dr. Bianca Schaub im vergangenen Jahr erhielt, gehört auch der Johannes-Wenner-Forschungspreis 2013 der Deutschen Lungenstiftung. Bei der Preisverleihung im Rahmen der GPP-Jahrestagung in Lübeck gratulierten die GPP-Vorsitzende Prof. Dr. Gesine Hansen, Prof. Dr. Harald Moor von der Deutschen Lungenstiftung und Tagungspräsident Prof. Dr. Matthias Kopp (von links).

Bild: Th. Weisner

Lübeck

Dr. Margot Lau hat das pina-Stipendium 2013 in Höhe von 8.190 Euro erhalten. Frau cand. med. **Gyde Nissen** hat von der Universität zu Lübeck ein Promotionsstipendium Excellenz-

PD Dr. Bianca Schaub gewann den GPA-Forschungsförderpreis 2013 mit dem Forschungsprojekt „Neue Biomarker zur Prädiktion des allergischen Asthma im Kindesalter: Untersuchung der Genregulation bei Geburt und bei Manifestation des Asthma bronchiale mittels Microarray und RT-PCR-Technologie“. Darüber hinaus ging der Henning Löwenstein Research Award 2013 von der World Allergy Organization an sie; hier wurde PD Dr. med. Schaub für ihre international hochrangigen Arbeiten auf dem Gebiet der Allergologie und Asthma-Forschung ausgezeichnet. Der Johannes-Wenner-Forschungspreis 2013 der Deutschen Lun-

genstiftung war ebenfalls an Bianca Schaub gegangen. Er wurde ihr bei der GPP-Jahrestagung in Lübeck für das Forschungsprojekt zum Einfluss epigenetischer Mechanismen bei der Entstehung des Asthma bronchiale im Kindesalter verliehen.

Münster

Im Rahmen eines europäischen Forschungsprojektes (BESTCLIA) wurde ein **internationales Register für Primäre Ciliäre Dyskinesie** unter der Leitung von **Dr. Claudius Werner** erstellt. Ziel des Registers ist es, systematisch Daten über In-

zidenz, klinische Präsentation, durchgeführte Therapien sowie den Verlauf der Erkrankung zu sammeln. Darüber hinaus läuft ab März 2014 die erste randomisierte, kontrollierte Doppelblindstudie zur Primären Ciliären Dyskinesie an. Untersucht werden soll der Effekt einer prophylaktischen antibiotischen Therapie mit Azithromycin auf die Exazerbationsrate, die Lebensqualität und Lungenfunktionsparameter.

St. Gallen/Lausanne/Aarau

Neben den bereits bestehenden pädiatrischen Ausbildungszen-

tren der Kategorie A (volle Akkreditierung für die dreijährige Ausbildung in pädiatrischer Pneumologie in der Schweiz) in Basel, Bern, Genf und Zürich wurde neu auch die pädiatrische Pneumologie des Kinderspitals St. Gallen (Leitung PD Dr. Jürg Barben) als Ausbildungsstätte der Kategorie A akkreditiert. Gleichzeitig erhielten die pädiatrischen Pneumologien in Lausanne (Leitung Dr. Gaudenz Hafen) und Aarau (Leitung Dr. Peter Eng) die Ausbildungsberechtigung als Weiterbildungsstätte der Kategorie B (zwei Jahre).

Termine

4. Interdisziplinäres Fürstenrieder Symposium

Primäre Immundefekte und autoinflammatorische Erkrankungen

28. Februar – 1. März 2014, München
Veranstalter/Leitung: Zentrum für Human-genetik und Laboratoriumsdiagnostik (MVZ), Dr. Klein, Dr. Rost und Kollegen
Information: www.fuerstenrieder-symposium.de

25. Gaißbacher Tage

14.–16. März 2014, Gaißach b. Bad Tölz
Leitung: Prof. Dr. C.P. Bauer, Fachklinik Gaißach
Information: www.fachklinik-gaissach.de

Kompaktkurse „Pädiatrische Allergologie“ der GPA

21./22. März 2014, Georgsmarienhütte
Kompaktkurs „Pädiatrische Allergologie“ der nappa
Information: www.nappa-ev.de (Termine)

9./10. Mai 2014, Augsburg
Kompaktkurs „Pädiatrische Allergologie“ der AGPAS
Information: www.agpas.de (Termine)

17./18. Oktober 2014, Wörlitz
Kompaktkurs „Pädiatrische Allergologie“ der APPA
Information: www.gpaev.de (Termine)

Kompaktkurse „Pädiatrische Pneumologie“ der GPA

4./5. April 2014, Wörlitz
Kompaktkurs „Pädiatrische Pneumologie“ der APPA
Information: www.gpaev.de (Termine)

25./26. April 2014, Georgsmarienhütte
Kompaktkurs „Pädiatrische Pneumologie“ der nappa
Information: www.nappa-ev.de (Termine)

7./8. November 2014, Stuttgart
Kompaktkurs „Pädiatrische Pneumologie“ der AGPAS
Information: www.agpas.de (Termine)

22. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB), zusammen mit dem 9. Beatmungssymposium

8.–10. Mai 2014, Ulm
Leitung: Dr. Kurt Wollinsky, Ulm; Dr. Hans Fuchs, Freiburg
Information: www.digab-kongresse.de

24. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und allergologie (APPA)

23.–25. Mai 2014, Leipzig
Leitung: Dr. Freerk Prenzel, Leipzig
Information: www.gpaev.de (Termine)

9. Deutscher Allergiekongress

2.–4. Oktober 2014, Wiesbaden
Leitung: Prof. Dr. Ludger Klimek, Prof. Dr. Wolfgang Schlenker
Information: www.allergie-kongress.de

Ausschreibung Johannes-Wenner-Forschungspreis 2015



Prof. Dr. Johannes Wenner

Die Deutsche Lungenstiftung (DLS) lobt den Johannes-Wenner-Forschungspreis 2015 in Höhe von 15.000 Euro aus. Mit diesem Preis sollen insbesondere Forschungs- und Projektarbeiten unterstützt werden, die der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis dienen. Der Preis wird 2015 im Rahmen der 37. Jahrestagung der GPP vergeben.

Vorgelegt werden sollten von den Kandidatinnen und Kandidaten eine kurze Beschreibung ihres Projektes bzw. ihrer Forschungsarbeit (maximal vier Seiten,

inklusive Arbeitsprogramm, Methoden und kurzer Zusammenfassung) sowie Lebenslauf und Literaturverzeichnis. Die genauen Kriterien sind auf der Homepage der GPP einzusehen. Die Bewerbungsunterlagen müssen bis zum 31.12.2014 an die Vorsitzende der GPP, Prof. Dr. med. Gesine Hansen, postalisch (Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover) oder per E-Mail (gpp@mh-hannover.de) eingereicht werden.

Prize-Announcement

Klosterfrau Award for Research on Airway Diseases in Childhood 2015

Airway diseases are the most common diseases in childhood and are great clinical, scientific and therapeutic challenges in paediatrics. Their incidence is very high in all countries of the world. Children suffering from many of these diseases as well as their parents have to go through a painful path of psychic stress and disappointment. Scientists around the world are joining efforts to understand the aetiology of these diseases, to improve its therapy, and to develop new and more effective therapeutic concepts.

Aims and Scope: The "Klosterfrau Award for Research of Airway Diseases in Childhood" has primarily been installed as an annual prize for research on childhood asthma, but meanwhile has been expanded to paediatric pneumology in general. The Klosterfrau-Award addresses researchers in basic science, pneumology and paediatrics whose work is orientated to a better understanding of airway diseases in children, especially bronchial asthma, congenital disorders of the airway tract as well as primary diseases of the lung parenchyma.

The prize is endowed with € 30.000 and will be given to one person or one 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. For further information see www.kf-award.de

Guidelines:

1. Deadline for applications is November 1, 2014.
2. Each application must be submitted by a single applicant.
3. Only papers published or accepted for publication within the last 24 months (not earlier than July 2012) will be taken into account.

4. The work may be clinical oriented or basic research in pediatric pulmonology. It should be performed by a researcher whose major clinical training and work has been in Paediatrics.
5. Majority of the research work should have been performed by the applicant.
6. The application should contain a short statement of the head of the research group that he/she (the group) supports the application.
7. A short curriculum vitae and a list of his/her publications must be attached.
8. The applicant must submit a summary of his/her work (500 words), 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. Review-papers will not be taken into account.

Please upload your application files via www.kf-award.de:

- The paper you want to submit for the award (only one paper will be accepted).
- Short statement of the head of the team stating that he/she supports the application (even if you are the head of the team).
- Curriculum vitae with a list of your publications relevant for your scientific work.
- Summary (500 words) with an indication of its clinical relevance to airway diseases in childhood and which questions arising from the work need to be answered in the future.

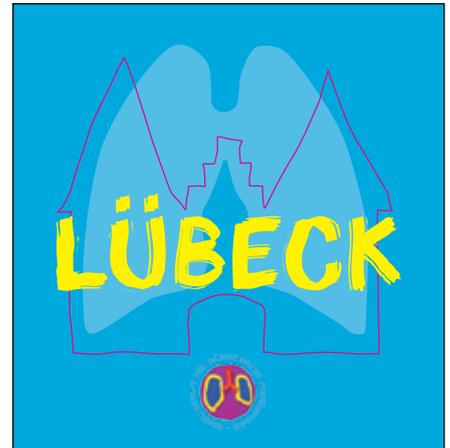
If you have any questions, please contact Prof. Dr. Gesine Hansen, Hannover Medical School, hansen.gesine@mh-hannover.de

Rückblick auf die 35. Jahrestagung der GPP 2013 in Lübeck

„Eintracht im Innern, Frieden vor den Toren“

Kurzweiliger Kongress in der alten Hansestadt

Gesine Hansen, Christine Happle, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Päd. Pneumologie, Allergologie und Neonatologie



Die 35. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie im wunderschönen Lübeck war dank der exzellenten Vorbereitung von Tagungspräsident Prof. Matthias Kopp und Tagungssekretär PD Dr. Tobias Anker mann ein großer Erfolg! Diese erste GPP-Tagung in Schleswig-Holstein in den modernen Räumen der Universität zu Lübeck startete im Audimax, wo sich über 500 registrierte Tagungsteilnehmer trafen, um das Neueste aus der kinderpneumologischen Klinik und Forschung zu erfahren.

Volle Hörsäle

Bereits die Eröffnung im Audimax, gefolgt von der humor-

vollen Rede von Bodo Niggemann versprach einen kurzweiligen und interessanten Kongress. Quasi als Prolog polemisierte Bodo Niggemann, Berlin, „honoris causa“ als „primus inter pares“ in unnachahmlicher Weise unter Verwendung lateinischer Sentenzen mit der und gegen die Verunstaltung von Sprache. So wussten nach dem Vortrag alle, welches Fachgebiet sie gemeinsam interessiert und nach Lübeck geführt hatte: nicht die Kinderpulmologie oder die Kinderpneumologie, sondern die Kinderpneumologie.

Inhaltliche Schwerpunkte waren die „individualisierte Medizin in der Kinderpneumologie“, das „Atemwegsepithel als

Immunmodulator“ und „Lungenerkrankungen in unterschiedlichen Lebensphasen“. Viele wichtige Aspekte in der Diagnostik und Therapie der lungenkranken Kinder in Klinik und Praxis wie auch wissenschaftliche Highlights des vergangenen Jahres wurden in einem ausgewogenen Programm von zahlreichen engagierten Referenten in oft prall gefüllten Hörsälen vorgestellt.

„Lungenerkrankungen in unterschiedlichen Lebensphasen“ als roter Faden

In der „Grand Round“ am Samstag wurden klinische Perlen im großen Auditorium präsentiert.

Bei diesem gut besuchten Teil des Kongresses wurden zehn interessante und lehrreiche Kasuistiken gezeigt. An allen Kongresstagen wurde zu den „Lungenerkrankungen in unterschiedlichen Lebensphasen“ berichtet, ein Thema das uns auch in der diesjährigen Jahrestagung in Bremen unter dem Motto „Transition – wenn das lungenkranke Kind erwachsen wird“ weiter beschäftigen wird.

„Wir brauchen die Herausforderung der jungen Generation, sonst würden uns die Füße einschlafen.“ Da hatte der berühmte Lübecker Willy Brandt recht, und so war einer der wichtigsten Bestandteile der GPP-Tagung in Lübeck wieder die große Ausstellung und Diskussion der Posterbeiträge des kinderpneumologischen Nachwuchses.

Gut besuchtes Helferinnen-Seminar

Das erstmalig angebotene Seminar für medizinische Fachangestellte, in dem die Grundlagen der kinderpneumologischen Diagnostik praktisch vermittelt wurden, war gut besucht und sehr geschätzt. Es bot Fachangestellten aus Pra-

Volles Haus:
Gut gefüllt zeigten sich die Hörsäle im Audimax der Universität Lübeck während der GPP-Jahrestagung 2013.



xis und Klinik direkten Einblick in diagnostische Standards wie Lungenfunktion, Inhalationstechniken oder Hautpflege bei Atopie.

Klosterfrau Award 2013 für Dr. Daniel J. Jackson

Die Forschungspreise wurden am Freitag im Rahmen des Festakts, der diesmal im Zentrum des Kongresses am Frei-

Preisträger: Tagungsleiter Prof. Dr. Matthias Kopp und die GPP-Vorsitzende Prof. Dr. Gesine Hansen mit dem Preisträger des International Klosterfrau Award 2013, Dr. Daniel James Jackson aus Wisconsin, Oregon (rechts).

Eine ganze Reihe junger Wissenschaftler konnte sich über die ausgelobten Posterpreise freuen (unten).



tagvormittag stattfand, von der GPP-Präsidentin übergeben. Der International Klosterfrau Award 2013 wurde an den Kinderarzt Dr. Daniel James Jackson aus Wisconsin/Oregon (USA) für seine Arbeiten zur Früherkennung von Atopie und allergischer Sensibilisierung vergeben. Dr. Jackson nahm den Preis in Lübeck persönlich entgegen und stellte seine Arbeit in einem kurzen, eindrucksvollen Vortrag dem großen Publikum vor.

Den Johannes-Wenner-Preis 2013 erhielt PD Dr. Bianca Schaub aus der LMU München. Bei dem Festakt gedachte die GPP in großer Dankbarkeit des verstorbenen Dr. Klaus Magdorf, der viele Jahrzehnte ein sehr wichtiges und geschätztes Mitglied der GPP war, dessen klinische Expertise und wunderbare Persönlichkeit für die Pädiatrische Pneumologie von unschätzbarem Wert waren. Prof. Ulrich Wahn (Berlin) stellte Dr.

Magdorfs Leben und Wirken in einer Trauerrede sehr bewegend dar.

Gesellschaftsabend und Young Investigators Night

Der Gesellschaftsabend in rustikaler Bauernhofatmosphäre wurde mit viel Wein und Tanz zu einem weiteren Highlight der Tagung, bei dem sich alle Teilnehmer in entspannter und fröhlicher Atmosphäre austauschen konnten. Im „Blauen En-

gel“ trafen sich standesgemäß die jungen Kinderpneumologen aus Forschung und Klinik, um gemeinsam die mittlerweile traditionell-legendäre Young Investigators Night zu begehen. Beim wissenschaftlichen „Speed-Dating“ auf der Bühne galt es, das Gegenüber beim Tête-à-tête von der Sinnhaftigkeit und Erotik des eigenen Forschungsgebiets zu überzeugen. Die Passion der jungen Forscher kam voll zum Einsatz, denn trotz hoher Erregungsschwelle der Dating-

Partner versuchten die einzelnen Dating-Teilnehmer voller Herzblut – und teils mit eindeutig zweideutigen Angeboten – in kürzester Zeit die Einzigartigkeit ihres Projekts zu schildern. Die Veranstaltung im blauen Engel war ein voller Erfolg und zu später Stunde sollen auch „old investigators“, „old non investigators“ und der GPP-Vorstand im „Blauen Engel“ gesehen worden sein ... Sowohl der Tagungsort als auch die schöne Stadt, die zum UNESCO-Weltkulturerbe gehört, waren bei winterlichen Temperaturen ein optimaler Ort, um den Kongress und die gemeinsame Zeit zu genießen. Beim Rahmenprogramm konnten interessierte Teilnehmer Lübecker „Kunst- und Kirchengeschichten“ hören oder sich bei einer Führung durch den mittelalterlichen Stadtkern oder einer Schifffahrt auf Lübecks Kanälen von der alten Hansepracht bezaubern lassen.

Stabwechsel: Der Lübecker Tagungssekretär PD Dr. Tobias Ankermann (links) und Tagungspräsident Prof. Dr. Matthias Kopp (rechts) mit dem Präsidenten der kommenden Bremer Jahrestagung, Prof. Dr. Jürgen Seidenberg.



Bilder: Th. Weisner

*Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Dr. Christine Happle
Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Päd. Pneumologie, Allergologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: Hansen.Gesine@mh-hannover.de*



BASEL
5.-7. MÄRZ 2015

**37. JAHRESTAGUNG
DER GESELLSCHAFT
FÜR PÄDIATRISCHE
PNEUMOLOGIE**

CONGRESSCENTER BASEL

TAGUNGSLEITER:
PROF. DR. JÜRIG HAMMER
UNIVERSITÄTS-KINDERSPITAL BEIDER BASEL
(UKBB)

ORGANISATION:
WURMS & PARTNER PR GMBH
INFO@WURMS-PR.DE

Der Vorstand der GPP



Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Vorsitzende

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.

Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover



Prof. Dr. med. Antje Schuster, Stellv. Vorsitzende



Dr. med. Nicolaus Schwerk, Schriftführer



Prof. Dr. med. Joachim Freihorst, Schatzmeister



PD Dr. med. Michael Barker, Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Jürg Hammer, Vorstandsmitglied



Dr. med. Uwe Klettke, Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Matthias Kopp, Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Ernst Eber, Vertreter der Sektion Österreich der GPP



Prof. Dr. med. Markus A. Rose, M.P.H., Sektion Pädiatrische Pneumologie in der DGP



Prof. Dr. med. Jürgen Seidenberg, Vertreter der GPA

Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Gesine Hansen
Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Päd. Pneumologie, Allergologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel. 0511 532-9138/-9139
Fax 0511 532-9125
E-Mail: Hansen.Gesine@mh-hannover.de

Stellv. Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Antje Schuster
Univ.-Klinikum Düsseldorf, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
E-Mail: schuster@med.uni-duesseldorf.de

Schriftführer:

Dr. med. Nicolaus Schwerk
Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Päd. Pneumologie, Allergologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel. 0511 532-9137
Fax 0511 532-9125
E-Mail: schwerk.GPP@mh-hannover.de

Schatzmeister:

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

Weitere Vorstandsmitglieder:

PD Dr. med. Michael Barker
HELIOS Klinikum Emil von Behring, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Walterhöferstr. 11, 14165 Berlin
E-Mail: michael.barker@helios-kliniken.de

Prof. Dr. med. Jürg Hammer
Universitäts-Kinderspital beider Basel, Abteilung für Intensivmedizin und Pneumologie
Spitalstrasse 33
4031 Basel, Schweiz
E-Mail: juerg.hammer@unibas.ch

Dr. med. Uwe Klettke
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Pneumologie, Allergologie
Fischerhüttenstr. 109, 14163 Berlin
E-Mail: praxis@dr-klettke.de

Prof. Dr. med. Matthias Kopp
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Schwerpunkt Kinderpneumologie und Allergologie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
E-Mail: matthias.kopp@uksh.de

Vertreter der Sektion Österreich der GPP:
Prof. Dr. med. Ernst Eber
Universitäts-Kinderklinik, Abteilung für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Auenbrugger Platz 30
8036 Graz, Österreich
E-Mail: ernst.eber@meduni-graz.at

Vertreter der Sektion Pädiatrische Pneumologie in der DGP:
Prof. Dr. med. Markus A. Rose, M.P.H.
Sana Klinikum Offenbach, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Starkenburgring 66
63069 Offenbach
E-Mail: Markus.Rose@klinikum-offenbach.de

Vertreter der GPA:
Prof. Dr. med. Jürgen Seidenberg
Zentrum für Kinder- und Jugend-

medizin, Elisabeth-Kinderkrankenhaus
Rahel-Straus-Str. 10
26133 Oldenburg
E-Mail: seidenberg.juergen@klinikum-oldenburg.de

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. D. Berdel, Wesel
Prof. Dr. M. Götz, Wien
Prof. Dr. H. von der Hardt, Volkenroda
Prof. Dr. D. Hofmann, Frankfurt am Main
Prof. Dr. W. Leupold, Dresden
Prof. Dr. H. Lindemann, Gießen
Prof. Dr. Dr. h.c. D. Reinhardt, München
Prof. Dr. Ch. Rieger, Bochum
Prof. Dr. M. Rutishauser, Binningen, Schweiz

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



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



Dr. med. Lutz
Nährlich,
AG Cystische
Fibrose



Prof. Dr. med.
Bodo Niggemann,
AG Dysfunktionelle
respiratorische
Symptome



Prof. Dr. med.
Michael Kabesch,
AG Experimen-
telle Pneumologie



Prof. Dr. med.
Markus A. Rose,
M.P.H., AG Infek-
tiologie in der Päd.
Pneumologie



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



PD Dr. med.
Christiane Lex,
AG Lungen-
funktion

AG Asthmatherapie

Prof. Dr. med. Dietrich Berdel
Forschungsinstitut der Klinik für
Kinder- und Jugendmedizin am
Marienhospital, Pastor-Janßen-
Str. 8–38, 46483 Wesel, E-Mail:
berdel.vonberg@t-online.de

AG Cystische Fibrose

Dr. med. Lutz Nährlich
Universitätsklinikum Gießen,
Zentrum für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin, Feulgenstr.
12, 35385 Gießen, E-Mail: lutz.
naehrlich@paediat.med.uni-
giessen.de

AG Dysfunktionelle respirato- rische Symptome

Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
Charité, Campus Virchow-Klini-
kum, Klinik für Pädiatrie m. S.
Pneumologie und Immunologie
Augustenburger Platz 1, 13353
Berlin, E-Mail: bodo.niggemann@
charite.de

AG Experimentelle Pneumologie

Prof. Dr. med. Michael Kabesch

Kinderuniversitätsklinik Ostbay-
ern (KUNO), Campus St. Hedwig,
Abteilung für pädiatrische Pneu-
mologie und Allergologie, Stein-
metzstr. 1–3, 93049 Regensburg,
E-Mail: Michael.Kabesch@klinik.
uni-regensburg.de

AG Infektiologie in der Pädiatrischen Pneumologie

Prof. Dr. med. Markus A. Rose,
M.P.H., Sana Klinikum Offen-
bach, Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin, Starkenburgring
66, 63069 Offenbach, E-Mail:
Markus.Rose@klinikum-offen-
bach.de

AG Kinderbronchoskopie

Prof. Dr. med. Thomas Nicolai
Kinderklinik und Poliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinder-
spital, Lindwurmstr. 4, 80337
München, E-Mail: Thomas.
Nicolai@med.uni-muenchen.de

AG Lungenfunktion

PD Dr. med. Christiane Lex
Universitätsmedizin Göttingen,

Zentrum Kinderheilkunde und
Jugendmedizin, Klinik für Kinder-
kardiologie und Intensivmedizin
Robert-Koch-Str. 40, 37099
Göttingen, E-Mail: christiane.
lex@med.uni-goettingen.de

AG Lungentransplantation

Dr. med. Nicolaus Schwerk
Medizinische Hochschule Hanno-
ver, Klinik für Päd. Pneumologie,
Allergologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625
Hannover, E-Mail: schwerk.
GPP@mh-hannover.de

AG Patientenschulung

Dr. med. Rüdiger Szczepanski
Kinderhospital Osnabrück am
Schölerberg, Iburger Str. 187,
49082 Osnabrück, E-Mail:
Szczepanski@kinderhospital.de,
Web: www.asthmaschulung.de

AG Pneumolog. Rehabilitation

Dr. med. Thomas Spindler
Fachkliniken Wangen, Waldburg-
Zeil-Kliniken, Am Vogelherd 14,
88239 Wangen, E-Mail: thomas.

spindler@wz-kliniken.de

AG Schweres Asthma

Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann
Ruhr-Universität Bochum, Klinik
für Kinder- und Jugendmedizin
im St. Josef-Hospital, Alexan-
drinenstr. 5, 44791 Bochum, E-Mail:
e.hamelmann@klinikum-bochum.
de, Web: www.german-asthma-
net.de

AG Seltene Lungenerkran- kungen

Prof. Dr. med. Matthias Griese
Kinderklinik und Kinderpoliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinderspital,
Lindwurmstr. 4, 80337 München,
E-Mail: Matthias.Griese@med.
uni-muenchen.de, Web: www.
kinderlungenregister.de

AG Tuberkulose

Dr. med. Folke Brinkmann
Medizinische Hochschule Hanno-
ver, Klinik für Päd. Pneumologie,
Allergologie und Neonatologie,
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625
Hannover, E-Mail: brinkmann.
folke@mh-hannover.de



Dr. med. Nicolaus
Schwerk,
AG Lungentrans-
plantation



Dr. med. Rüdiger
Szczepanski,
AG Patienten-
schulung



Dr. med. Thomas
Spindler,
AG Pneumolo-
gische Rehabi-
litation



Prof. Dr. med.
Eckard Hamel-
mann,
AG Schweres
Asthma



Prof. Dr. med.
Matthias Griese,
AG Seltene Lun-
generkrankungen



Dr. med. Folke
Brinkmann,
AG Tuberkulose

