

Seit der Formulierung der Leitlinien für die Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie durch die American Thoracic Society (ATS) 1993 sind im angelsächsischen Sprachraum von der ATS selbst als auch von anderen Fachgesellschaften wie der Infectious Disease Society of America (IDSA), der Canadian Infectious Disease bzw. Thoracic Society und der Canadian Thoracic Society sowie der European Respiratory Society (ERS) und der British Thoracic Society (BTS) in rascher Abfolge umfassende, zunehmend komplexere Leitlinien erarbeitet worden [1–7]. Diese haben auch weitere europäische und nichteuropäische, in der jeweiligen Landessprache abgefasste und auf die regionalen Besonderheiten abgestimmte Leitlinien stimuliert, so etwa die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie [8,9]. Heute ist ein Konsens oder zumindest eine Konvergenz in vielen wichtigen Grundpositionen zu erkennen, so in der Wahl des Schweregrads der Pneumonie als Ausgangspunkt der Entscheidung über das Behandlungssetting, in der Formulierung kalkulierter initialer antimikrobieller Therapiestrategien und in der Definition besonderer Risikogruppen, die eines spezifischen Therapieansatzes bedürfen. Dissens besteht demgegenüber in der Definition der „leichtgradigen“ Pneumonie bzw. der Abgrenzung dieser Entität innerhalb des Syndroms der tiefen Atemwegsinfektion, in den Empfehlungen zum Umfang der Diagnostik hospitalisierter Patienten sowie in der konkreten Ausgestaltung der jeweiligen antimikrobiellen Therapieregime. Trotz dieser Differenzen erscheint die ambulant erworbene Pneumonie im Lichte dieser Leitlinien als eine Erkrankung, die einem standardisierten Behandlungsansatz zugänglich ist. Ähnliche Entwicklungen wurden durch die Leitlinien der ATS von 1996 für die nosokomiale Pneumonie angestoßen [10–12].

Obwohl eine standardisierte Behandlung im Sinne einer verbesserten Behandlungsqualität wünschenswert erscheint, darf doch nicht übersehen werden, dass es sich bei der Pneumonie vor al-

lem aufgrund der Diversität der Erreger und der höchst variablen Erreger-Wirts-Beziehungen um eine sehr komplexe Erkrankung handelt. Daher bleibt zusätzlich eine umfassende Kenntnis der Resistenzentwicklung, neuer diagnostischer Techniken sowie neuer Optionen der gezielten antimikrobiellen Therapie für eine erfolgreiche Behandlung der Pneumonie unverzichtbar. Die geradezu dramatische Zunahme der Resistenzen von Streptococcus pneumoniae gegenüber Penizillin und anderen antimikrobiellen Substanzen sind ebenso wie die Ausbreitung von typischen Hospitalkeimen wie Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA), Vancomycin- bzw. Glykopeptid-intermediär sensiblen Staphylococcus aureus (VISA/GISA), Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE), gramnegativen Enterobakterien mit extended-spectrum  $\beta$ -Laktamasen (ESBL) und multiresistenten Pseudomonas aeruginosa deutliche Belege dafür, dass der rationale und rationelle Einsatz von antimikrobiellen Substanzen einer speziellen Expertise bedarf, die über die Kenntnis der jeweils aktuellen Behandlungsstandards hinausgehen muss [13–18]. Darüber hinaus aber ist deutlich geworden, dass „atypischen Erregern“ bei ambulant erworbenen Pneumonien eine große Rolle zukommt, insbesondere auch bei Mischinfektionen.

Die heute eröffnete Serie „Update: Erreger von Atemwegsinfektionen“ hat sich daher zum Ziel gesetzt, neue Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie einiger wichtiger Erreger von Pneumonien darzustellen. Dabei soll das Augenmerk ganz auf den aktuellsten Daten zur Resistenzlage, neuen Techniken zur Schnellidiagnostik sowie neuen Studien zur Therapie dieser Erreger liegen.

Die Initiatoren dieser Reihe ebenso wie die Autoren der einzelnen Beiträge hoffen damit einen wichtigen Beitrag zu einer kompetenten Versorgung von Patienten mit Pneumonien zu leisten.

### Institutsangaben

Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH, Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Infektiologie

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Ewig · Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH, Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Infektiologie · Bergstraße 26 · 44791 Bochum

### Bibliografie

Pneumologie 2002; 56: 663–664 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0934-8387

## Literatur

- <sup>1</sup> American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 1418–1426
- <sup>2</sup> American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730–1754
- <sup>3</sup> Bartlett JG, Breiman RF, Mandell LA et al. Community-acquired pneumonia in adults: Guidelines for management. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 811–838
- <sup>4</sup> Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 347–382
- <sup>5</sup> Mandell LA, Marrie TJ, Grossmann RF et al. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 383–421
- <sup>6</sup> Huchon G, Woodhead MA, Gialdroni Grassi G et al. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections. *Eur Respir J* 1998; 11: 986–991
- <sup>7</sup> British Thoracic Society Standards of Care Committee. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. *Thorax* 2001; 56 Suppl 4: 1–64
- <sup>8</sup> Schaberg T, Dalhoff K, Lorenz J et al. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie: Empfehlungen zur Diagnostik der ambulant erworbenen Pneumonie. *Pneumologie* 1997; 51: 69–77
- <sup>9</sup> Schaberg T, Dalhoff K, Ewig S et al. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie. Empfehlungen zur Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie. *Pneumologie* 1998; 52: 450–462
- <sup>10</sup> American Thoracic Society. Hospital-acquired pneumonia in adults: diagnosis, assessment of severity, treatment and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 1711–1725
- <sup>11</sup> Ewig S, Dalhoff K, Lorenz J et al. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Diagnostik der nosokomialen Pneumonie. *Pneumologie* 1999; 53: 499–510
- <sup>12</sup> Ewig S, Dalhoff K, Lorenz J et al. Nosokomiale Pneumonie: Empfehlungen zur Therapie und Prophylaxe. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie. *Pneumologie* 2000; 54: 525–538
- <sup>13</sup> Garau J. Treatment of drug-resistant pneumococcal pneumonia. *Lancet Infect Dis* 2002; 2: 404–415
- <sup>14</sup> Hiramatsu K, Cui L, Kuroda M et al. The emergence and evolution of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Trends Microbiol* 2001; 9: 486–493
- <sup>15</sup> Linares J. The VISA/GISA problem: therapeutic implications. *Clin Microbiol Infect* 2001; 7 Suppl 4: 8–15
- <sup>16</sup> Linden PK. Treatment options for vancomycin-resistant enterococcal infections. *Drugs* 2002; 62: 425–441
- <sup>17</sup> Nathisuwan S, Burgess DS, Lewis JS. 2<sup>nd</sup>. Extended-spectrum beta-lactamases: epidemiology, detection, and treatment. *Pharmacotherapy* 2001; 21: 920–928
- <sup>18</sup> Livemore DM. Multiple mechanisms of antimicrobial resistance in *Pseudomonas aeruginosa*: our worst nightmare. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 634–640

## Preisausschreibung

### Doktorandenpreis der Deutschen Lungenstiftung 2002

1. Die Deutsche Lungenstiftung verleiht jährlich im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie einen Doktorandenpreis zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.
2. Der Preis wird im Jahr 2002 erstmalig zweigeteilt vergeben: Es erfolgt eine Preisvergabe für die beste klinische sowie eine für die beste experimentelle Dissertationsarbeit auf dem Gesamtgebiet der Pneumologie.
3. Die Bewerber dürfen das 35. Lebensjahr nicht überschritten haben. Die wissenschaftlichen Grundlagen für die Arbeiten müssen in der Bundesrepublik Deutschland erarbeitet sein. Das Dissertationsverfahren sollte abgeschlossen sein, der Abschluss darf den Zeitraum von zwei der jeweiligen Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie vorausgehenden Jahren nicht überschreiten.
4. Der Preis wird von der Firma Boehringer Ingelheim KG, Ingelheim/Rhein gestiftet und ist für beide zu prämierenden Arbeiten mit jeweils 2.000 Euro ausgestattet. Die beiden Einzelpreise können nicht geteilt werden.
5. Der Vorstand der Deutschen Lungenstiftung setzt ein Preiskomitee ein, das dem Vorstand der Deutschen Lungenstiftung aus den eingereichten Arbeiten die preiswürdigen benennt. Die Benennung erfolgt durch den Vorsitzenden des Komitees in Form eines schriftlichen Gutachtens, aus dem hervorgeht,

warum der Arbeit der Preis zuerkannt wurde. Das Gutachten wird anlässlich der Preisverleihung durch den Vorsitzenden der Deutschen Lungenstiftung öffentlich vorgelesen.

6. **Die Arbeiten müssen bis zum 15. 1. 2003 (Datum des Poststempels) beim Vorsitzenden der Deutschen Lungenstiftung, Herrn Prof. Dr. med. Helmut Fabel, unter folgender Anschrift eingereicht werden:**

**Deutsche Lungenstiftung e. V.  
Herrn Prof. Dr. med. Helmut Fabel  
Herrenhäuser Kirchweg 5, 3. OG  
30165 Hannover**

**Die Arbeiten sind in deutscher Sprache abzufassen. Die Einreichung erfolgt in 4facher Ausfertigung anonym unter Angabe des Alters, des Datums des Dissertationsabschlusses und unter einem Kennwort. In einem verschlossenen Umschlag mit Kennwort sind Name und genaue Anschrift anzugeben.**

7. Die Bewerber können eine Woche vor Kongressbeginn das Kennwort der zum Preis ausgewählten Arbeit beim Vorsitzenden der Deutschen Lungenstiftung erfragen.
8. Der Doktorandenpreis der Deutschen Lungenstiftung wird im Rahmen der 44. Jahrestagung der DGP im März 2003 in München anlässlich der Abschlussveranstaltung verliehen.