

100 Jahre DGP – 100 Jahre deutsche Pneumologie

100 Years DGP – 100 Years of Pneumology in Germany

Autoren

R. Loddenkemper¹, R. Dierkesmann², N. Konietzko³, R. Kropp⁴, B. Wiesner⁵, V. Seehausen⁶

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1215422>
 Pneumologie 2010; 64:
 7–17 © Georg Thieme
 Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Robert Loddenkemper
 Deutsche Gesellschaft
 für Pneumologie und
 Beatmungsmedizin (DGP)
 Hauptstadt-Büro
 Stralauer Platz 34
 10243 Berlin
info@dzk-tuberkulose.de

Zusammenfassung

In der ersten Hälfte der 100-jährigen Geschichte der DGP stand die Tuberkulose ganz im Vordergrund. Dies führte weitgehend zur Herauslösung aus der Inneren Medizin und besonders den Universitäten. Seit den 1960er-Jahren kam es zu einem enormen Wandel im Spektrum pneumologischer Krankheiten; Asthma, COPD, Lungenkrebs und Lungenentzündung zählen heute zu den Volkskrankheiten. Zahlreiche neue diagnostische und therapeutische Verfahren haben grundlegende Änderungen in der Pneumologie herbeigeführt. Heute gehört die Pneumologie mit der Kardiologie und Gastroenterologie zu den großen Schwerpunktfächern der Inneren Medizin. Eine der dringendsten Aufgaben der DGP ist, die mangelnde Repräsentanz an den deutschen Universitäten, und damit Lehre und Forschung im Fachgebiet zu verbessern.

Einleitung

Die Geschichte der DGP spiegelt sowohl die politischen Veränderungen in der bewegten Zeit des 20. Jahrhunderts als auch den enormen medizinischen Fortschritt in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts bis in die heutigen Tage wider. Diese Übersicht fasst die wesentlichen Schritte in der hundertjährigen Geschichte der DGP zusammen. In ausführlicher Buchform wird die Geschichte der DGP und damit die Geschichte der Pneumologie in Deutschland im Frühjahr 2010 erscheinen, erarbeitet von der Arbeitsgruppe DGP-Chronik anlässlich des hundertjährigen Jubiläums der DGP [1].

Als „Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte“ noch in der Kaiserzeit ins Leben gerufen und durch den Zusammenschluss mit der „Deutschen Gesellschaft der Tuberkulosefürsorgeärzte“ zur „Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft“ in der

Abstract

During the first half of its 100-year history, tuberculosis was predominant in the German Society of Pneumology (DGP). This led largely to the separation of pneumology from internal medicine, particularly in the universities. Since the 1960s, the spectrum of respiratory diseases has changed considerably. Asthma, COPD, lung cancer, and pneumonia today rank among the most widespread diseases. Numerous new diagnostic and therapeutic methods have induced dramatic changes in the field of pneumology. Today, pneumology, together with cardiology and gastroenterology, belongs to the major specialties of internal medicine. One of the most urgent tasks of the DGP is to improve the insufficient representation at German universities, and thus promote teaching and research in respiratory medicine.

Weimarer Zeit erweitert, erfuhr die Gesellschaft im Dritten Reich Gleichschaltung und Niedergang, Auflösung bei Kriegsende, Wiedergründung nach dem Zweiten Weltkrieg, separate Gründung einer Tuberkulose-Gesellschaft in der DDR 1957, diverse Umbenennungen (► Tab. 1), „Wiedervereinigung“ nach dem Mauerfall und allmähliches Aufblühen als DGP in den letzten beiden Jahrzehnten.

Gründung in der Kaiserzeit

Der Anfang des 20. Jahrhunderts stand noch ganz unter dem Eindruck der Tuberkulose, damals zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Robert Koch hatte zwar 1882 das *Mycobacterium tuberculosis* als Erreger dieser gefürchteten Krankheit entdeckt, seine 1890 vorgeschlagene Tuberkulin-Therapie erwies sich aber als unwirk-

1910	Vereinigung der Lungenheilstaltsärzte	München
1920	Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte	Bad Elster
1925	Zusammenschluss beider Vereinigungen unter dem Namen: Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft (DTG)	Danzig
1947	Wiedergründung nach dem 2. Weltkrieg: Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft (DTG)	Bad Pyrmont
1957	Gründung in der DDR: Wissenschaftliche Tuberkulose-Gesellschaft in der Deutschen Demokratischen Republik	
1964	Deutsche Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten (DGTL)	Lübeck
1972	Deutsche Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose (DGLT)	Hamburg
1980	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose (DGPT)	Berlin
1990	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP)	Bochum
1991	Auflösung der (DDR-)Gesellschaft für Pulmologie und Tuberkulose e. V.	
2005	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	Berlin

Tab. 1 Namensänderungen in der geschichtlichen Entwicklung der DGP.



Abb. 1 Lungenheilstalt Görbersdorf (Schlesien).

sam. Danach wurde viel Hoffnung auf die Behandlung in Lungenheilstalten gesetzt. Die Heilstättenbewegung geht auf Hermann Brehmer zurück, der 1854 in Görbersdorf/Schlesien die erste „private“ Lungenheilstalt der Welt eröffnet hatte (● **Abb. 1**). Sein Schüler Peter Dettweiler gründete 1892 in Falkenstein die erste deutsche Volksheilstätte. Von dort aus breitete sich die Heilstättenbewegung nicht nur in Deutschland, sondern auch rasch in andere europäische Länder und in die USA aus. Die Dynamik der Heilstättenbewegung hatte bereits im Jahre 1895 zur Gründung des „Deutschen Central-Komitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“ (dem heutigen DZK zur Bekämpfung der Tuberkulose) geführt. Träger der Lungenheilstätten waren anfänglich meist die Armen- und Wohlfahrtsverbände, wie z.B. das Rote Kreuz, und erst später die Landesversicherungsanstalten, nachdem von staatlicher Seite 1899 mit dem Invalidenversicherungsgesetz die rechtliche Grundlage dafür geschaffen worden war, in Vorbeugung der Invalidität spezielle Heilbehandlungen durchzuführen. Eine Sonderstellung, die letztendlich zu der jahrzehntelangen Isolierung der Lungenheilkunde geführt hat.

Den Sanatoriumsärzten behagte die Vormachtstellung des DZK mit seinen stark von Regierungsseite geprägten Intentionen wenig, was Anlass dafür war, 1906 die Vereinigung der Süddeutschen Lungenheilstaltsärzte zu gründen. Auf deren Münchener Versammlung wurde am 17. Oktober 1910 schließlich die überregionale „Vereinigung der Lungenheilstaltsärzte“ gegründet. Dieses Datum markiert somit das Geburtsjahr der DGP.

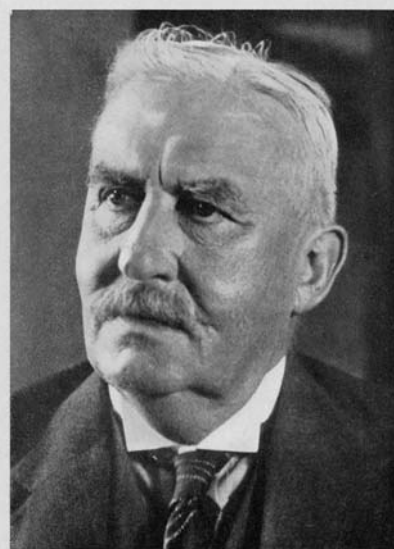


Abb. 2 Ludolph Brauer (aus: Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin Charité Berlin).

Ludolph Brauer

Fünfzehn Jahre später, im Jahr 1925, verband sich die „Vereinigung der Lungenheilstaltsärzte“ durch Zusammenschluss mit der 1920 gegründeten „Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte“ zur „Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft“. Ähnlich wie die heutige „American Thoracic Society“ (ATS), die 1905, das Gründungsjahr der „American Sanatorium Association“ als ihr Geburtsjahr betrachtet, kann die DGP im Jahr 2010 somit ihr 100-jähriges Bestehen feiern.

Die Vereinigung der Lungenheilstaltsärzte hielt jährliche Versammlungen ab, die sich ganz auf die Tuberkulose konzentrierten. Eines der Hauptthemen war die Kollaps-Therapie der Tuberkulose, die sich zu einem wichtigen Heilverfahren entwickelt hatte.

1911 hatte die Vereinigung 101 Mitglieder. Die Verhandlungsberichte wurden in den „Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose“ veröffentlicht, deren Herausgeber ihr Ehrenmitglied Ludolph Brauer (● **Abb. 2**) war. 1920 wurden die „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose“ dann zum offiziellen Organ der Vereinigung.

Übergang in die Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft während der Weimarer Republik

Während des Ersten Weltkriegs gab es nur sporadische Versammlungen, ab 1920 wieder regelmäßige. 1922 fanden sich erstmals die Vereinigung der Lungenheilstättenärzte und die Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammen, da man erkannt hatte, dass sich die schwierige Tuberkulosesituation als Folge des Ersten Weltkriegs und der darauf beruhenden wirtschaftlichen Krise nur mit vereinten Anstrengungen angehen ließ. Nach den ersten Tagungen dieser Arbeitsgemeinschaft 1923 in Mannheim und 1924 in Coburg führte die dritte gemeinsame Tagung der Arbeitsgemeinschaft 1925 in Danzig schließlich zur Gründung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft (DTG). Treibende Kraft hinter der Gründung der DTG und ihr erster Vorsitzender war Otto Ziegler (Abb. 3) von der Heilstätte Heidehaus bei Hannover. Da in der Arbeitsgemeinschaft lediglich die Lungenheilstättenärzte und die Tuberkulosefürsorgeärzte vertreten waren, hatte die Gründung insbesondere zum Ziel, „die Vertreter der ärztlichen Wissenschaften (vor allem Universitäten), die bisher nur als gern begrüßte und in jeder Hinsicht anregende Gäste auf den wissenschaftlichen Tagungen mitgewirkt haben, nun zur verantwortlichen Mitarbeit heranzuziehen“. Ludolph Brauer blieb automatisch erstes Ehrenmitglied der DTG, später wurde er auch ihr erster und einziger Ehrenpräsident. Zum Publikationsorgan der DTG wurden die „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose“ und das „Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung“ bestimmt. Zum Gründungszeitpunkt in Danzig 1925 hatte die DTG 379 Mitglieder, zählt man die 252 Mitglieder der Vereinigung der Lungenheilstättenärzte sowie die 127 der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte zusammen. Im Folgejahr waren es bereits 519 Mitglieder, im Jahr 1928 hatte sich die Zahl mit 787 Mitgliedern dann mehr als verdoppelt. Diese Zahlen sprechen für sich und sind der beste Beweis dafür, wie wichtig und notwendig eine gemeinsame Gesellschaft geworden war.



Abb. 3 Otto Ziegler (aus: [4]).

Der erste Kongress der DTG (die vorhergehenden „Versammlungen“ sind nicht mitgezählt) fand vom 28.–29. Mai 1926 in Düsseldorf unter Vorsitz von Otto Ziegler statt. Auf die Geschichte der Tagungen (Abb. 4) wurde bereits im Vorjahr anlässlich des 50. Kongresses der DGP ausführlich eingegangen [2,3] Erwähnenswert ist das Vorwort des langjährigen Geschäftsführers der DTG, Julius E. Kayser-Petersen, zu dieser Tagung, das erkennen lässt, welche überragende Bedeutung der Tuberkulose im Jahr 1926 zugemessen wurde und mit der auch die Herauslösung aus der Inneren Medizin begründet wurde: „Manch einer mag bedauernd der Gründung einer weiteren wissenschaftlichen Gesellschaft zugeschaut haben, und die Mutter 'Innere Medizin' wurde mit Schmerzen gewahrt, daß schon wieder eines ihrer Kinder zur Selbständigkeit strebte. Oder war es gar schon selbständig geworden?“

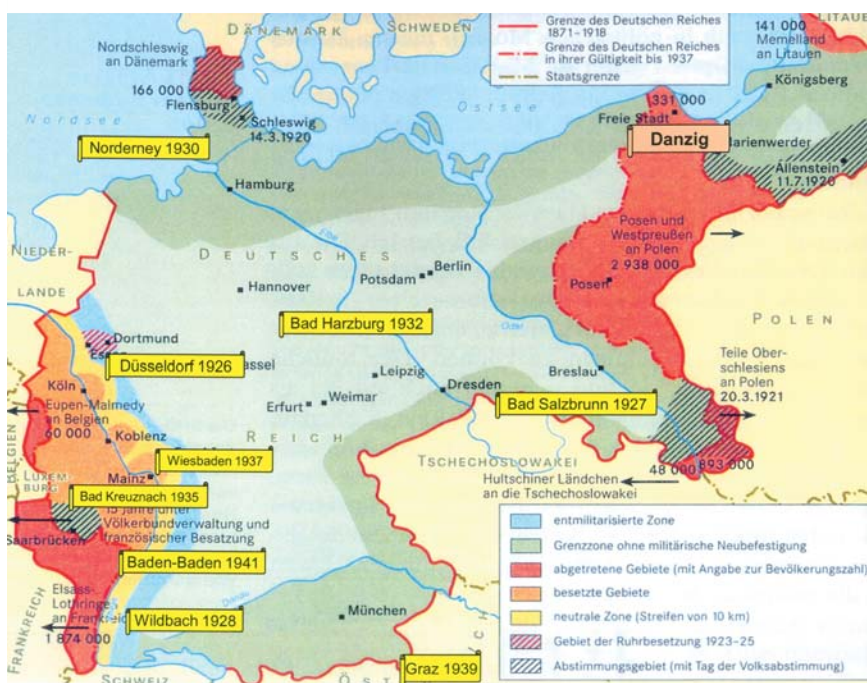


Abb. 4 Tagungsorte der DTG von 1926 bis 1941 (Karte aus: [5]).

Alles ist noch in Entwicklung, in einer Entwicklung, die aber keineswegs darin beruht, daß ein Teilgebiet der Inneren Medizin im Sinne des Organspezialistentums sich loszulösen beginnt, sondern deren wesentlichstes Ziel eine Zusammenfassung der in den verschiedensten Fächern zerstreuten und versteckten Wissenschaft von der Tuberkulose ist.“

Laut Kayser-Petersen spiegelte sich dies auch in der Namensgebung wider: „Rein äußerlich zeigt sich die neue Wegrichtung in der Verwandlung der Lungen-Heilstätten in Tuberkulose-Krankenhäuser, der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke in Tuberkulose-Fürsorgestellen, der Fachärzte für Lungenkrankheiten in Tuberkulose-Ärzte“, womit der Anspruch auf Zuständigkeit auch auf die extrapulmonalen Tuberkulosen erhoben wurde. Diese Entwicklung, die bereits in der Ausgliederung der Lungenkrankheiten als eigenständiges Fachgebiet aus der Inneren Medizin (1924) angelegt war, führte zu einer lang andauernden Sonderstellung der Tuberkulose innerhalb der deutschen Medizin – mit all ihren negativen Folgen für die Entwicklung der Pneumologie, bis in die heutige Zeit.

Irrungen und Wirrungen im Dritten Reich (1933 – 1945)

In den Jahren der NS-Herrschaft lagen die Aktivitäten fast aller nicht-staatlichen oder nicht-nationalsozialistischen Organisationen, also auch die der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft, darnieder: Missliebige Vereinigungen wurden aufgelöst, verfolgt oder bestenfalls „gleichgeschaltet“. Eine Fülle von Quellen und Zeitzeugen geben uns Auskunft über die konsequente Instrumentalisierung der Gesundheitspolitik durch die Nationalsozialisten für ihre verbrecherischen Ziele; im Ganzen gesehen spielte die deutsche Ärzteschaft dabei eine verhängnisvolle Rolle. Die gesundheitspolitischen Auswirkungen auf die Pneumologie, insbesondere die Tuberkulosebekämpfung, lassen sich von dieser Entwicklung ebenso wenig abgrenzen wie die persönlichen Verstrickungen maßgeblicher Vertreter des Faches.

Die führenden Politiker des Nationalsozialismus waren von Beginn an entschlossen, das Gesundheitswesen für ihre Ziele nutzbar zu machen. Sie forderten einen kompletten Paradigmenwechsel im ärztlichen Denken und Handeln: Von nun an sollte nicht mehr die Behandlung des einzelnen Patienten das Ziel ärztlicher Bemühungen sein, sondern die Gesunderhaltung des „deutschen Volkskörpers“. Das Motto „Gemeinnutz vor Eigennutz“ wurde von den offiziellen Vertretern der DTG begeistert aufgenommen, da sich damit ja verschärfte Überwachungsmaßnahmen begründen ließen. Immerhin gelang es aber wohl den maßgeblichen Tuberkuloseärzten, die Auswirkungen der Theorie der vorwiegend erblichen Disposition zur Tuberkulose abzublocken. Damit konnte die Euthanasie Tuberkulosekranker als einer möglichen schrecklichen Folge dieser Theorie weitgehend verhindert werden. Die Ansicht, dass die Tuberkulose in erster Linie eine Infektionskrankheit ist, setzte sich durch. Aber frei von politischen Einflussnahmen blieb die Tuberkulosebekämpfung keineswegs, schlimme Beispiele sind das Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz) aus dem Jahr 1935, nach dem Personen mit einer ansteckungsfähigen Tuberkulose die Ehe untersagt werden konnte, und der Erlass zum Arbeitseinsatz von Tuberkulösen aus dem Jahr 1941, nach dem der offen Tuberkulöse weitgehend als arbeitsfähig eingeschätzt wurde, da „die Wirtschaft die Arbeitskraft der Arbeitswilligen Tuberkulösen nicht grundlos entbehren kann“. Auch die so-

genannte „Zwangsbewahrung“ gesellschaftsfeindlicher („asozialer“) Tuberkulose-Kranker war seit 1938 im gesamten Reichsgebiet eingeführt.

International hatte sich Deutschland damit in der Tuberkulosebekämpfung isoliert; der für 1939 geplante internationale Tuberkulosekongress in Deutschland musste wegen des kurz zuvor begonnenen Zweiten Weltkriegs abgesagt werden.

Einer besonderen Erwähnung bedarf – auch wegen des aktuellen Bezugs – die NS-Gesundheitspolitik in Sachen Tabakbekämpfung. Die deutsche Wissenschaft war zu dieser Zeit in der Tabakforschung führend. Franz Müller erstellte die weltweit erste epidemiologische Untersuchung über den ursächlichen Zusammenhang zwischen „Tabakmißbrauch und Lungencarcinom“. Bereits in den 1920er-Jahren hatte der Internist Fritz Lickint seine Forschungsergebnisse über die gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakrauchens publiziert, die er 1939 in dem großartigen und mehr als 1200 Seiten umfassenden Handbuch der gesamten Tabakkunde unter dem Titel „Tabak und Organismus“ zusammenfasste. Darin machte er auch schon auf die Gefahren des Passivrauchens aufmerksam. Die DTG sprach sich bereits 1939 für ein absolutes Rauchverbot in allen Lungenheilstätten und Tuberkulosekrankenhäusern aus.

Ironischerweise nutzte die Zigarettenindustrie später die rigorose Anti-Tabakpolitik der Nazis geschickt für ihre Werbung, indem sie Zigaretten mit Namen wie „Freiheit“, „Liberté“ und „Freedom“ auf den Markt brachte. Rauchen bekam das Image des Widerstands und so gelang es der Zigarettenindustrie in Deutschland, nach dem Zweiten Weltkrieg eine wirksame Tabakkontrollpolitik zu verhindern. Auch heute noch nimmt sie einen erheblichen Einfluss.

Die DTG wuchs in diesen Jahren kräftig weiter, auch weil die Vereinigung Deutscher Tuberkuloseärzte aufgelöst und in die DTG überführt wurde. 1941 zählte sie bereits 1081 Mitglieder. Die Tuberkulose beherrschte auch weiterhin die wissenschaftliche Thematik ihrer Tagungen und ihrer berufspolitischen Ziele. Der Tuberkulosearzt, nicht der Lungenarzt, war das erklärte Berufsziel. 1941 fand in Baden-Baden die letzte Tagung der DTG in Kriegszeit statt. Der Vorstand hingegen blieb wohl bis Kriegsende im Amt. Größere Aktivitäten der Gesellschaft sind aber nicht mehr festzustellen, die „Mitteilungen der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft“, veröffentlicht in der Zeitschrift „Der öffentliche Gesundheitsdienst“, beschränkten sich auf Glückwünsche und Nachrufe.

Zwei deutsche Staaten – zwei pneumologische Gesellschaften nach dem Zweiten Weltkrieg

Am Ende des Zweiten Weltkriegs wurde die DTG wie alle wissenschaftlichen Organisationen durch die Alliierten aufgelöst und erst 1947 wieder ins Leben gerufen. Die deutsche Ärzteschaft sah sich nach dem Ende des Krieges mit der Vergangenheit ihres Berufsstandes konfrontiert, d.h. auch mit der Verstrickung von Kollegen und Ärzteorganisationen in die NS-Verbrechen. Unabhängig davon traten aber bald andere, hochaktuelle Probleme in den Vordergrund, der ärztliche Alltag war bestimmt vom Kampf gegen Seuchen und grassierende Infektionskrankheiten. Für die Lungenärzte blieb die Tuberkulose das Hauptthema, sie war die am meisten gefürchtete Seuche. Erst in den 1950er-Jahren konnte die kritische Tuberkulosesituation aufgefangen und der „Vorkriegszustand“ wieder erreicht werden.



Abb. 5 Gerhard Domagk erhält den Nobelpreis, 1947 (aus: [6]).

Während der NS-Diktatur waren die Ärzte in Forschung, Lehre und Praxis von neuen Entwicklungen und vom internationalen wissenschaftlichen Austausch fast völlig ausgeschlossen gewesen. Jetzt musste der Anschluss an die internationale Forschung wieder gewonnen werden. Franz Ickert, der erste Vorsitzende der DTG nach dem Krieg, fasste zusammen: „Unsere Besuche im Ausland haben uns überzeugt, daß in den letzten 10 Jahren außerhalb Deutschlands auf manchen Gebieten der Tuberkuloseforschung und -bekämpfung erhebliche Fortschritte erzielt worden sind, über welche wir uns mangels ausländischer Literatur nicht ausreichend unterrichten konnten.“ Die ersten „Tuberkulostatika“ waren entdeckt worden, in Deutschland Conteben® (Tb I) aus der Gruppe der Thiosemicarbazone durch Gerhard Domagk. Dieser bekam 1939 für die Entdeckung der antibiotischen Wirkung von Sulfonamiden den Nobelpreis zugesprochen, durfte die Urkunde jedoch erst 1947 in Empfang nehmen (▶ **Abb. 5**).

Während der 1950er-Jahre tauchten erstmals Begriffe wie „Tuberkulose-Prävention“ (1956) und „minimale Tuberkulose“ (1960) auf. Einer der Schwerpunkte war in jenen Jahren die Bekämpfung und die Eradikation der Rindertuberkulose. Etwa ab 1960 war die Rindertuberkulose durch diese Maßnahmen dauerhaft in der Bundesrepublik verschwunden. Röntgenreihenuntersuchungen und BCG-Schutzimpfung gegen Tuberkulose ließen sich im totalitären System der DDR flächendeckend durchsetzen, in der BRD verloren beide Maßnahmen an Bedeutung.

Infolge des Rückgangs der Tuberkulose traten andere Krankheiten verstärkt in den Blickpunkt der Pneumologen; die Phthysiologie begann, sich zur modernen Pneumologie zu wandeln. Das Bronchialkarzinom, interstitielle Lungenkrankheiten, Steroidtherapie bei Lungenkrankheiten, Asthma und chronische Bronchitis, nicht-tuberkulöse Mykobakteriosen, Probleme der Thoraxchirurgie u. a. gewannen an Gewicht.

Die Aufteilung Deutschlands in Besatzungszonen und die Entstehung zweier deutscher Staaten führte dann 1957 zur Gründung einer „Wissenschaftlichen Tuberkulose-Gesellschaft in der Deutschen Demokratischen Republik“. (1976 musste das „in“ auf politischen Druck gestrichen werden.) Die spätere Ergänzung des Na-

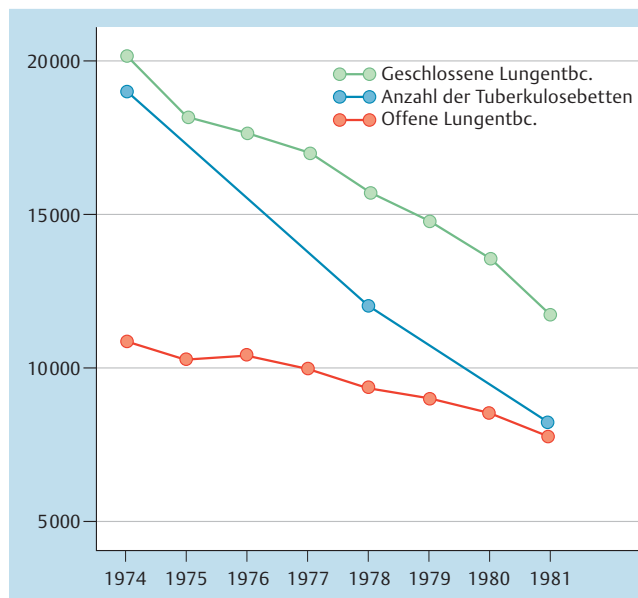


Abb. 6 Rückgang der Tuberkulose und Schließung von Heilstättenbetten in der BRD zwischen 1974 und 1981 (aus: Ferlinz R. Die Tuberkulose in Deutschland und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. In: [7]).

mens zu „Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten“ wurde früher als in der BRD, nämlich 1961, vollzogen, ebenso wie die sehr sinnvolle Untergliederung in fachspezifische Sektionen (1976) und die Änderung der Facharztweiterbildung mit breiter internistischer Grundausbildung und anschließender Subspezialisierung (1978).

In der Folgezeit orientierte sich die bundesrepublikanische Pneumologie mehr an den westlichen Ländern, besonders an den USA, die DDR stärker an den Ländern des „Ostblocks“. Die deutsch-deutschen Verbindungen rissen aber auch nach dem Mauerbau 1961 nicht ganz ab, insbesondere die österreichischen Kollegen hatten großen Anteil daran, dass die Pneumologen der DDR den Kontakt auch zu den westdeutschen Kollegen aufrecht halten konnten.

Wandel in der Pneumologie zwischen 1960 und 1990

Infolge der drastischen Abnahme behandlungsbedürftiger Tuberkulosefälle – in West wie Ost – war es zu einem Sterben der Heilstätten (▶ **Abb. 6**) gekommen: Viele der westdeutschen Tuberkulose-Heilstätten gerieten mit ihrer Überkapazität von Tuberkulosebetten in wirtschaftliche Bedrängnis und mussten geschlossen werden, teilweise wurden sie in rehabilitative Einrichtungen mit anderen Indikationen umgewandelt. Einige dieser Kliniken erkannten jedoch früh genug, dass sich das Spektrum der Lungenkrankheiten erweitert hatte und sich die Forschung zunehmend mit Krankheiten der Lunge beschäftigte. Sie betrieben aktiv eine Umwandlung in allgemeine pneumologische Kliniken. Anfang der 1970er-Jahre waren so Einheiten entstanden, häufig im Grüngürtel großer Städte gelegen, die sich als Lungenfachkliniken und – mit thoraxchirurgischen Abteilungen im Hause – als Lungenzentren profilieren konnten. Die Entwicklung der Tuberkulose zur „normalen“, heilbaren Infektionskrankheit spiegelte sich auch darin wider, dass ihre bisherige Sonderstellung im „Hoheitsbereich“ der Rentenversicherungsträger 1983 aufgehoben wurde.

Wohl kein anderes medizinisches Fachgebiet hatte eine solch grundlegende Änderung zu bewältigen wie das damalige Gebiet „Lungen- und Bronchialheilkunde“ von der Nachkriegszeit bis etwa Ende der 1980er-Jahre. Zunehmend traten andere Erkrankungen des Atemsystems in den Vordergrund wie umwelt- und arbeitsbedingte Erkrankungen der Lunge sowie die Folgen des Tabakrauchens – und hier besonders die chronische Bronchitis und der Lungenkrebs. Ebenso wurden allergische Erkrankungen wie Asthma und Alveolitis Schwerpunkte in der Forschung und der Krankenversorgung. In der DDR erfuhr die Bronchologie eine besondere Aufmerksamkeit, 1967 hatte sich die eigenständige Gesellschaft für Bronchologie der DDR gegründet, die als Querschnittsgesellschaft neben den Lungenfachärzten auch Anästhesisten, Ärzte für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Pädiater, Radiologen und Thoraxchirurgen, unter einem Dach vereinte. Entsprechend dieser Entwicklung der Lungenkrankheiten änderten sich die Namen der Gesellschaft (s. **Tab. 1**). Die „Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft“ wurde 1964 zunächst auf „Deutsche Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten“ erweitert und dann folgerichtig 1972 in „Deutsche Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose“ umgeändert. Erst 1980 wurde der Begriff „Pneumologie“ in den Namen der Gesellschaft aufgenommen. Die Tuberkulose wollte man jedoch nicht gänzlich streichen, sodass sich die Gesellschaft zunächst „Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose e.V.“ nannte. 1990 wurde die Streichung der Tuberkulose im Namen der Gesellschaft beschlossen, die sich nun „Deutsche Gesellschaft für Pneumologie“ (DGP) nannte.

Veränderungen im Stellenwert der Pneumologie

Die Erkenntnis, dass die Tuberkulose an Bedeutung verloren und sich das Fach insgesamt weiterentwickelt hatte, führte in der Gesellschaft zu großen Auseinandersetzungen um den Stellenwert des Fachs innerhalb der Inneren Medizin. 1970 wurde als Teilgebiet der Inneren Medizin neben der Gastroenterologie und der Kardiologie auch die Lungen- und Bronchialheilkunde eingeführt, die später dann das eigenständige Gebiet „Lungen- und Bronchialheilkunde“ vollständig ablösen sollte.

Als Folge der weiteren Spezialisierungen innerhalb der Pneumologie bildeten sich in der DGP Anfang der 1980er-Jahre zunächst auf eigene Initiative einzelner Mitglieder Arbeitsgruppen, die dann 1982 durch eine Satzungsänderung als „wissenschaftliche Arbeitsgruppen“ offiziell ihren Niederschlag fanden. 20 Empfehlungen wurden so von der DGP herausgebracht, die nach Aktualisierung 1994 in einem Sonderband der Zeitschrift „Pneumologie“ zusammen mit Empfehlungen der Atemwegliga und des DZK publiziert wurden. Die DGP nahm mit diesen Empfehlungen in Deutschland eine Vorreiterrolle ein; eine regelrechte „Leitlinienbewegung“ entwickelte sich – u. a. auf politischen Druck – in vielen anderen Fachgebieten erst in den 1990er-Jahren.

Schon früh war es der Gesellschaft ein Anliegen, sich innerhalb der Medizin zu vernetzen. Der Beitritt zur Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) erfolgte 1964, seit Mitte der 1980er-Jahre fand auf dem Internisten-Kongress in Wiesbaden regelmäßig ein zunächst von der pneumologischen Sektion des BDI organisiertes pneumologisches Vorsymposium statt; inzwischen ist die Pneumologie ein bedeutender Bestandteil des Internisten-Kongresses geworden. Die Thoraxchirurgie war von Anfang an eng mit unserer Gesellschaft verbunden. Seit Mitte der 1980er-Jahre ist die Thoraxchirurgie ein eigenes Gebiet in der Weiterbildungsordnung. Nach einem mehrjährigen Intermezzo unter dem Dach der Deutschen

Gesellschaft für Thorax-, Gefäß- und Herzchirurgie hat sich die deutsche Thoraxchirurgie 1991 in einer eigenen Gesellschaft organisiert. Sie arbeitet eng mit der DGP zusammen und hält mit der eigenen DGP-Sektion Thoraxchirurgie den engen Kontakt aufrecht. So wurden unter anderem Leitlinien von beiden Gesellschaften gemeinsam erarbeitet, 1999 fand in Leipzig sogar eine gemeinsame Tagung statt.

Die Gründung eines „Berufsverbandes“ ging auf eine Initiative der DGP zurück: Die Mitgliederversammlung beauftragte 1962 den Vorstand, dafür Sorge zu tragen, dass auf Landesebene Berufsverbände der Lungenfachärzte gegründet werden, die sich im Dachverband „Bundesverband der Pneumologen“ (BdP) zusammenschlossen.

Das Spektrum der Pneumologie weitet sich aus

In den 1960er-Jahren spielte die Lungenfunktionsdiagnostik, speziell die Atemmechanik, wissenschaftlich eine herausragende Rolle, vorangetrieben durch Forschungen zur Messung des Ösophagusdrucks, zur Fluss-Volumen-Kurve und zur Limitierung des Atemstroms bei der forcierten Expiration. Später nahm die Ganzkörperplethysmographie eine dominierende Rolle ein.

Ebenfalls in den 1960er-Jahren zeigten sich Fortschritte von grundsätzlicher Bedeutung in der Bronchoskopie: das von Shigetokeda 1968 entwickelte flexible Bronchoskop bot neue Möglichkeiten für die Diagnostik von malignen Tumoren, vor allem für die Sondierung von peripheren Lungenherden. Die zuvor ausschließlich mit einem starren Rohr durchgeführte Bronchoskopie war jetzt nicht mehr spezialisierten Zentren vorbehalten. Das von Heinrich Friedel 1959 entwickelte Beatmungsbronchoskop fand von der DDR ausgehend auch internationale Verbreitung.

In den 1970er-Jahren gelang es dann, die ursprünglich unter dem Sammelbegriff „spastische Emphysebronchitis“ zusammengefassten Krankheiten besser zu differenzieren; auch die Therapiemöglichkeiten gerade bei Asthmaerkrankungen verbesserten sich mit der Entwicklung neuer inhalativer Medikamente.

In den 1980er-Jahren bahnten sich viele Entwicklungen an, die erst in den folgenden Jahren und Jahrzehnten zum Durchbruch kamen. Außerordentlich wichtige Grundsteine bildeten die Studien zur Langzeit-Sauerstofftherapie sowie die Entwicklung der Computertomografie. Die ersten molekularbiologischen Forschungen führten erst Jahre später zu klinisch verwertbaren Erkenntnissen.

Die ganze Vielfalt der pneumologischen Themen fand Eingang in die fachlichen Vorträge und Diskussionen auf den Kongressen der DGP. Es bildeten sich zahlreiche Arbeitsgruppen mit Schwerpunkten wie „Bewertung und Begutachtung in der Pneumologie“, „Bronchiale Provokationstests“, „Exogen allergische Alveolitis“, „Interventionelle Pneumologie“ oder „Nächtliche Atmungs- und Kreislaufstörungen“. Auch zu Themen wie „Pathophysiologie der Atmung“, „Pleuraempyem“, „Qualitätssicherung in der Bronchologie“, „Qualitätssicherung in der Lungenfunktion“ und „Zellbiologie“ entstanden eigene Gruppen, die über die 2-jährlich stattfindenden Kongresse hinaus zusammenarbeiteten und teilweise eigene Richtlinien bzw. Empfehlungen veröffentlichten.

Zwar war die Gesellschaft im Laufe dieser Jahrzehnte durchaus „auf der Höhe der Zeit“, dennoch machte sich eine gewisse Stagnation breit, die Mitgliederzahlen waren rückläufig, von über 1400 im Jahr 1956 bis zu 998 in 1990. Viele Pneumologen, die wissenschaftlich interessiert waren, fanden eher in der jährlich in Bochum tagenden Gesellschaft für Lungen- und Atemwegsfor-schung, 1965 von Ulmer ins Leben gerufen, eine Heimat. Berufspolitische Anliegen wurden von den Berufsverbänden der Pneu-

mologen vertreten. Sicherlich gab es auch bei DGP-Kongressen glanzvolle Referate und interessante Diskussionen, aber die Substanz kam nicht aus dem Schoß der Gesellschaft, auch war die Gesellschaft öffentlich wenig präsent. Die Zeit für einen Neuanfang war gekommen.

Die Zeit der Neuorientierung: 1991 bis heute

Die 1980er, besonders aber die 1990er-Jahre, waren dominiert von zahlreichen, teils tiefgreifenden Änderungen in den Rahmenbedingungen einer wissenschaftlichen Gesellschaft:

- ▶ Sparpolitik im Gesundheitswesen
- ▶ Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- ▶ Zertifizierung von Fortbildung
- ▶ Stürmische medizinische Fortschritte
- ▶ Die Wiedervereinigung Deutschlands
- ▶ Harmonisierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der EU
- ▶ Elektronische Datenverarbeitung

Nicht alle dieser Einflussfaktoren lassen sich scharf trennen, teils greifen sie ineinander und beeinflussen sich gegenseitig. Ganz im Vordergrund steht jedoch die geradezu explosionsartige Zunahme von Wissen und technischen Errungenschaften in den letzten beiden Jahrzehnten. Das führte zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Da auch die Wiedervereinigung mit zunehmenden Kosten verbunden war, sollte in vielen Bereichen – auch im Gesundheitswesen – gespart werden.

Unter diesem Druck wurde auch der DGP bewusst, dass sie alle Kräfte bündeln müsse, um mehr Einfluss auf die Entscheidungen im Gesundheitswesen zu bekommen. Parallel dazu hat sich die Pneumologie wissenschaftlich erheblich weiterentwickelt und die Gesellschaft musste umstrukturiert werden, zum einen, um dem wissenschaftlichen Nachwuchs mehr Chancen zu bieten, zum anderen, um eine Brücke zu bauen zwischen Grundlagenforschung und der alltäglichen klinischen Praxis.

Neue pneumologische Schwerpunkte

Die letzten beiden Jahrzehnte brachten neue pneumologische Schwerpunkte hervor. Neben den bildgebenden Verfahren mit Computertomografie (CT bzw. HRCT), Magnetresonanztomografie (MRT) und Positronenemissionstomografie (PET) sowie der Sonografie, perkutan und endoskopisch eingesetzt, entwickelte sich die interventionelle pneumologische Endoskopie. Die Schlaf- und Beatmungsmedizin profitierte enorm vom technischen Fortschritt. Durch neue Gerätentwicklungen wurde eine nicht-invasive Beatmung als Routineverfahren möglich. Auch die onkologische Therapie hatte große Fortschritte gemacht. Expertenwissen wurde durch die elektronische Datenverarbeitung und das Internet schnell und nahezu für jedermann verfügbar, sodass sich der Informationsvorsprung der Spezialisten verringerte.

1981 wurden in der BRD die ersten Schlaflaboratorien zur Untersuchung des Schlafapnoesyndroms eingerichtet und bereits 1987 bot die DGP den ersten Workshop über Ventilationsstörungen im Schlaf an. Enge Kontakte knüpfte die DGP zu der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM). Die DGSM erarbeitete zur Qualitätssicherung ein Zertifizierungssystem für die Schlaflaboratorien; die Zertifizierung der Schlafatmungs-laboratorien erfolgte dann zusammen mit der DGP.

Die Bedeutung der Pneumologie auf den Intensivstationen war zunächst in den USA erkannt und praktisch umgesetzt worden, die meisten Intensivstationen werden dort seit Jahren von Pneu-

mologen geleitet. Insbesondere in den letzten zwei Jahrzehnten ist die Beatmungsmedizin ein vielseitiges und sehr komplexes Gebiet geworden und spannt den Bogen von der einfachen Form der positiven Druckapplikation über die nicht-invasive Beatmung und Respiratorentwöhnung (Weaning) bis hin zur komplexen invasiven Beatmung von kritisch Kranken auf der Intensivstation. Die nicht-invasive Beatmung (NIV) hat sich als außerordentlich erfolgreich erwiesen. Voraussetzung dafür war die technische Entwicklung kleinerer, ggf. auch zu Hause nutzbarer Beatmungsgeräte, die trotz einfacher Bedienung sicher zu handhaben sind. Dadurch wurde die Heimbeatmung technisch machbar, sie steigert nachweislich die Lebenserwartung und -qualität der Betroffenen. Ihre Bedeutung wird in der epidemiologischen Untersuchung „Eurovent“ aus dem Jahr 2005 aufgezeigt, in der europaweit immerhin 27 000 Patienten mit Heimbeatmung erfasst wurden.

In Anbetracht dieser erheblichen Erweiterung der Pneumologie wurde 2006 der Name der DGP in „Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin“ geändert (s. [Tab. 1](#)).

Neue Forschungsgebiete in der Pneumologie

Für die DGP ist die Translation von Ergebnissen der Grundlagenforschung in die klinische Routine eine große Herausforderung. Dies ist neben der Grundlagenforschung auch eine wichtige Aufgabe der wissenschaftlichen Sektionen der DGP.

Die zellbiologische und molekulare Medizin hat zu einem besseren Verständnis pneumologischer Krankheiten geführt, z. B. beim Asthma hinsichtlich der inflammatorischen Reaktion, bei der Mukoviszidose als Störung des Membranpotenzials der Schleimhaut und in der Pathogenese der interstitiellen Lungenerkrankungen.

Die PCR (Polymerase Chain Reaction) revolutionierte die Erregerdiagnostik. Die Therapie-Chancen in der medikamentösen Behandlung von Lungenkrebs wurden verbessert durch die sogenannte zielgerichtete Behandlung („Targeted Therapy“) auf der Basis moderner molekularbiologischer Erkenntnisse. 1991 wurde an der Gießener Universität eine klinische Forschergruppe „Respiratorische Insuffizienz“ über ein Förderprogramm des BMFT eingerichtet, die sich in besonderer Weise erfolgreich mit der Zellbiologie von verschiedenen pneumologischen Krankheiten beschäftigt.

Ein weiteres Gebiet hat sich der Pneumologie mit der zystischen Fibrose (Mukoviszidose) eröffnet, der häufigsten Erbkrankheit überhaupt. Ein Meilenstein war die Entdeckung des für die Krankheit verantwortlichen genetischen Defekts im Jahr 1989. Aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung ist die Lebenserwartung bei dieser Erbkrankheit deutlich gestiegen, inzwischen ist die Mukoviszidose auch ein wichtiges Thema der Erwachsenen-Pneumologie.

Die pulmonale Hypertonie und die interstitiellen Lungenerkrankungen nehmen einen zunehmend stärkeren Platz in der heutigen Forschung ein. Während für die pulmonale Hypertonie bereits gute Therapiemöglichkeiten entwickelt wurden, stellen insbesondere die idiopathischen Formen der Lungenfibrose eine weiterhin große Herausforderung dar.

Die Lungentransplantation hat sich zu einem Standard-Verfahren bei unterschiedlichen Indikationen ([Abb. 7](#)) entwickelt, das an einigen Zentren in Deutschland erfolgreich durchgeführt wird. Seit einigen Jahren fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMFT) ein „Kompetenznetz Ambulant Erworbenne Pneumonie“, kurz CAPNETZ genannt, das Gruppen aus allen Bereichen der Medizin vernetzt, um neue, für Deutschland spezi-

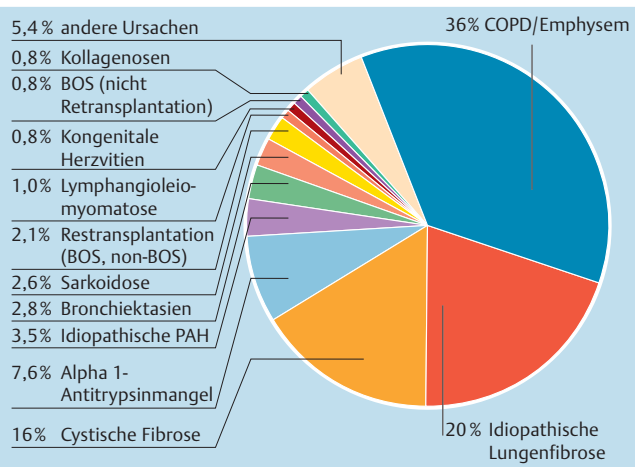


Abb. 7 Indikationen zur Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation (aus: [8]).

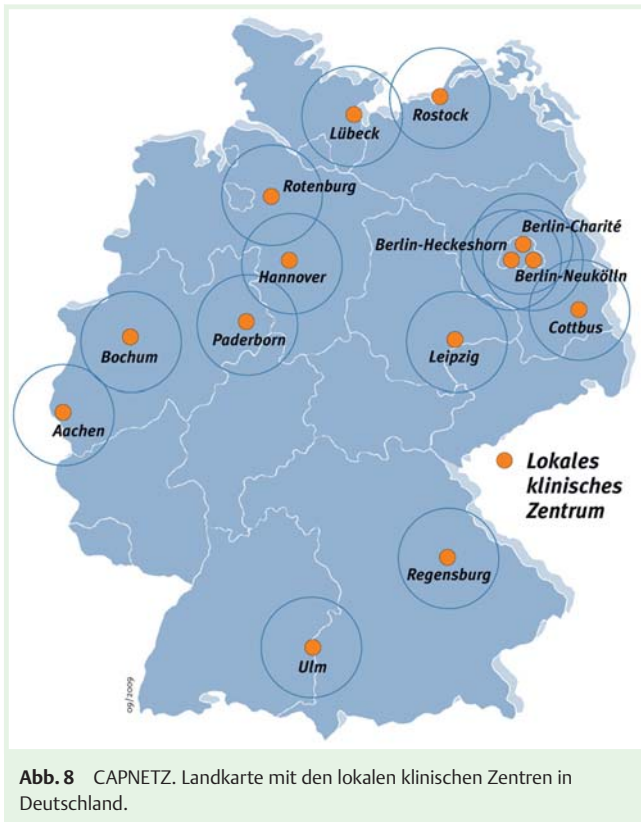


Abb. 8 CAPNETZ. Landkarte mit den lokalen klinischen Zentren in Deutschland.

fische Daten zu ermitteln (► **Abb. 8**). CAPNETZ hat sich seit 2001 zum größten Netzwerk für die ambulant erworbene Pneumonie weltweit entwickelt. Klinische Daten und Untersuchungsergebnisse von durchschnittlich 1000 Patienten pro Jahr werden in das Netzwerk aufgenommen und erlauben detaillierte Analysen. Die Erfahrungen und Auswertungen aus CAPNETZ geben wertvolle Informationen zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie.

Bei der Tuberkulose gehört Deutschland inzwischen zu den Niedriginzidenzländern, weltweit jedoch zählt die Tuberkulose gemeinsam mit Malaria und HIV/AIDS zu den häufigsten Infektionskrankheiten. Besonders die Ko-Infektionen mit HIV und die zunehmende Entwicklung von Resistenzen gegen die vorhande-

nen Tuberkulose-Antibiotika (MDR- und XDR-TB) haben die Tuberkulose zu einem weltweit ungelösten Problem werden lassen, das auch bei uns sorgfältiger Kontrolle und ganz besonders der Unterstützung der Hochprävalenzländer bedarf, denn Bakterien kennen keine Grenzen.

Die Lunge wird als „Umweltorgan“ vielfach von weiteren Krankheitserregern befallen und von Infektionen betroffen. Die Influenza, die jährlich zwischen 8000 bis 11000 Todesopfer in der Bundesrepublik fordert, ist zahlenmäßig die bedeutsamste virale Infektionskrankheit des Atemtrakts. Die WHO weist darauf hin, dass Viren durch Mutationen und Rekombinationen weiterhin grundsätzlich ein relevantes, globales Risiko darstellen. Gerade kam es 2009 zu einer weltweiten Verbreitung eines A/H1N1-Virus, das die WHO veranlasst hat, die höchste Pandemie-Stufe auszurufen. Die DGP hat hierauf rasch als erste wissenschaftliche Gesellschaft mit einer Empfehlung zum Management im Krankenhaus reagiert.

Die Luftverschmutzung im Zusammenhang mit der Gesundheit ist ein vorrangig pneumologisches Thema. Auch zu kontrovers diskutierten Themen wie Ozon und Feinstaub, an denen die Öffentlichkeit starken Anteil nimmt, hat die Pneumologie in der Forschung beigetragen und sich umweltpolitisch positioniert.

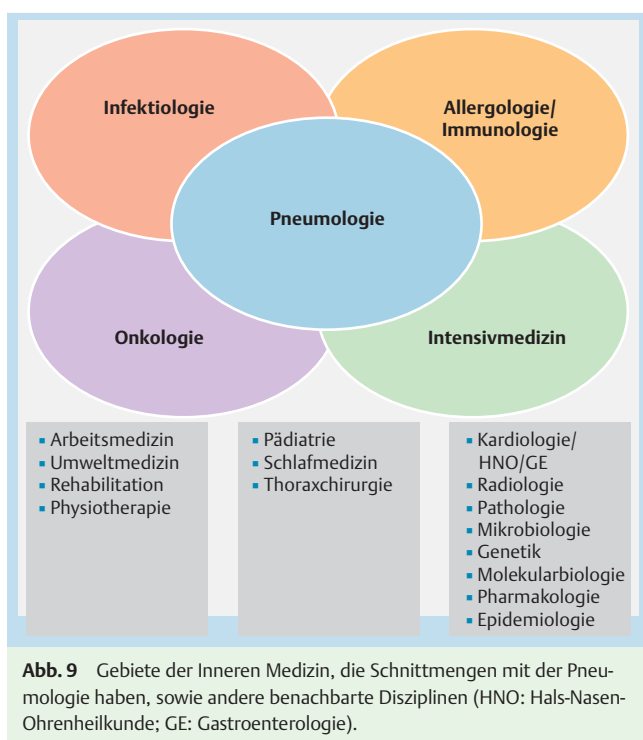
Das Gleiche gilt für die Tabakprävention, wo sich eine eigene Arbeitsgruppe etabliert hat. Die DGP wie auch die Deutsche Lungengiftung haben sich dem Aktionsbündnis Nichtrauchen, dem zehn bedeutende Gesundheitsorganisationen in Deutschland angeschlossen.

Strukturelle Probleme: eine Herausforderung für die deutsche Pneumologie

Neben den fachlichen Weiterentwicklungen werden in der Krankenversorgung zunehmend auch gesundheitspolitische Ereignisse und Prozesse spürbar. In vielen Ländern der Welt, so auch in Deutschland, wird die Finanzierung des sich ständig ausweitenden Gesundheitswesens immer schwieriger. Den stärkeren Kostendruck – und Konkurrenzdruck – haben auch die wissenschaftlichen Gesellschaften zu spüren bekommen. Auf der Ebene der verschiedenen Fachgesellschaften wird mit „härteren Bandagen“ gekämpft, um z. B. im Bereich der Weiterbildungsordnung Tätigkeitsfelder abzustecken und damit auch weitere Vergütungsmöglichkeiten zu erhalten. Die Pneumologie als Teilgebiet der Inneren Medizin hat zahlreiche Querverbindungen zu anderen medizinischen Fachbereichen wie der Onkologie, Immunologie/Allergologie, Infektiologie, Schlafmedizin, der Arbeitsmedizin oder Umweltmedizin (► **Abb. 9**). Das Motto „Kooperation und Integration“ des diesjährigen DGP-Kongresses in Hannover eignet sich hervorragend als Richtschnur, um voneinander zu lernen und zusammenzuarbeiten mit dem Ziel, die Versorgung unserer Patienten zu optimieren.

Die seit 1996 jährlich stattfindenden Kongresse der DGP wurden zunehmend das eigentliche Forum für die Präsentation der wissenschaftlichen Basisarbeit. Dies führte dazu, dass die regionalen Gesellschaften sich vorwiegend auf die Fortbildung beschränken. Angesichts der rasanten Entwicklung der Pneumologie war eine Intensivierung der Fortbildungsaktivitäten unumgänglich. So wurden auch Intensivkurse für die pneumologische Facharztweiterbildung eingeführt.

Mit der stetigen Zunahme von Studienergebnissen hatte die Gesellschaft die Aufgabe übernommen, die neuen Forschungsergebnisse konzentriert als Handlungsempfehlungen in Form von Leitlinien herauszugeben, die in der klinischen Routine schnell zur Verfügung stehen. Die Leitlinien sind keineswegs unumstritten,



weil man eine „Kochbuchmedizin“ befürchtet, die nur zur Kosteneinsparung führen soll. Es ist kein einfaches Unterfangen, solche Leitlinien völlig unabhängig von Interessengruppen wie z. B. der pharmazeutischen Industrie zu erstellen. Daher wurden Verfahren entwickelt, die Rückschlüsse auf die Güte einer Leitlinie zulassen; hier hat sich allen voran die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) besonders verdient gemacht.

Mitte der 1990er-Jahre bildete sich der Arbeitskreis Pneumologischer Kliniken, der sich zum Ziel gesetzt hatte, mit einem standardisierten Verfahren auch die Ergebnisqualität im stationären Bereich zu überprüfen. Damit wurde die Pneumologie zu einem Vorreiter in Deutschland.

Die Pneumologie war und ist an deutschen Universitäten unterrepräsentiert. Als Folge davon zeichnen sich Defizite in der klinischen Versorgung und in Forschung und Lehre ab, die insbesondere im internationalen Vergleich deutlich werden. Während in den USA alle Medical Colleges und im EU-Mittel immerhin 80% der medizinischen Fakultäten eine selbständige pneumologische Abteilung haben, besitzt gerade einmal jede fünfte deutsche Universität mit einer Medizinischen Fakultät eine eigene Pneumologie.

Diese desolante Lage erklärt sich aus der historischen Entwicklung: Die Pneumologie war im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts deckungsgleich mit der Phthisiologie, der Lehre von der Tuberkulose, und die war in den großen Lungensanatorien, also außeruniversitär, zu Hause. Paradoxe Weise ist gerade die erfolgreiche Eindämmung der Tuberkulose durch die Pneumologie der Hauptgrund dafür, dass sie bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts aus den Universitäten ausgegliedert blieb. Gerade in der Zeit, in der sich die Subspezialitäten innerhalb der Inneren Medizin stärker profilierten, und in einer Phase, in welcher die großen umweltbedingten Lungenerkrankungen in den Vordergrund traten, war die Pneumologie an den Universitäten nur äußerst spärlich vertreten. Ein wesentliches Anliegen der DGP ist und bleibt deswegen die Verbesserung der akademischen Struk-

turen des Faches mit dem Ziel der eigenständigen pneumologischen Repräsentanz an jeder Medizinischen Fakultät.

Wiedervereinigung und Bündelung der pneumologischen Kräfte

Nach der Wiedervereinigung gab es auch seitens der Pneumologen in Ost und West den Wunsch, die beiden Gesellschaften zusammenzuführen. Dies konnte jedoch aus vereinsrechtlichen Gründen nicht direkt in Form einer Fusion erfolgen und so wurde 1991 beschlossen, die Gesellschaft für Pulmologie und Tuberkulose e.V. aufzulösen und alle Aufnahmeanträge derjenigen, die eine Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie anstrebten, wohlwollend zu bearbeiten. Nicht alle Mitglieder haben sich bei diesem Verfahren um die Mitgliedschaft in der DGP bemüht – eine angesichts der damals bestehenden Unsicherheiten verständliche Zurückhaltung.

Ebenfalls im Jahr 1991 schloss sich eine Handvoll einflussreicher, jüngerer Pneumologen in führenden Positionen im „Celler Kreis“ zusammen und entwickelte Vorschläge zur Neustrukturierung der Gesellschaft, zur optimalen Koordination von pneumologischen Gruppierungen und Aktivitäten sowie zur Verbesserung der Außendarstellung der Pneumologie.

Durch den rasanten wissenschaftlichen Fortschritt und die Ausweitung des Faches seit den 1980er-Jahren war es geboten, Struktur und Arbeitsweise der Gesellschaft an diese Veränderungen anzupassen. 1994 wurden einschneidende Veränderungen eingeführt: Der Vorstand wurde von der Kongressorganisation entlastet, um sich vermehrt den Interessen der gesamten Gesellschaft widmen zu können. Dem Kongress-Präsidenten sollte fortan die Organisation und Leitung der jährlich stattfindenden Tagungen obliegen, unterstützt durch die Mitarbeit der neu eingerichteten Sektionen, um der zunehmenden Spezialisierung innerhalb der Pneumologie Rechnung zu tragen.

Beschlossen wurde auf der Mitgliederversammlung am 22. September 1994 die Einrichtung von wissenschaftlichen Sektionen. Die Sektion „Kardiorespiratorische Interaktion“ wurde 1996 und die Sektion „Medizinische Assistenzberufe“ 2006 ins Leben gerufen. Einige Sektionen wurden später umbenannt (• **Tab. 2**).

Durch die Sektionen wurden Foren geschaffen, in denen neue wissenschaftliche Ergebnisse und eigene Forschungsaktivitäten intensiver diskutiert und gemeinsame Projekte initiiert werden konnten. Dadurch erhielten die verschiedenen Wissenschaftsrichtungen der Pneumologie mehr Gewicht und auch Eigenstän-

Tab. 2 Aktuelle wissenschaftliche Sektionen der DGP.

Allergologie und Immunologie
Endoskopie
Epidemiologie, Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin
Infektiologie und Tuberkulose
Intensivmedizin
Klinische Pneumologie
Nächtliche Atmungs- und Kreislaufstörungen
Pädiatrische Pneumologie
Pathophysiologie der Atmung
Pneumologische Onkologie
Prävention und Rehabilitation
Thoraxchirurgie
Zellbiologie
Kardiorespiratorische Interaktion
Medizinische Assistenzberufe

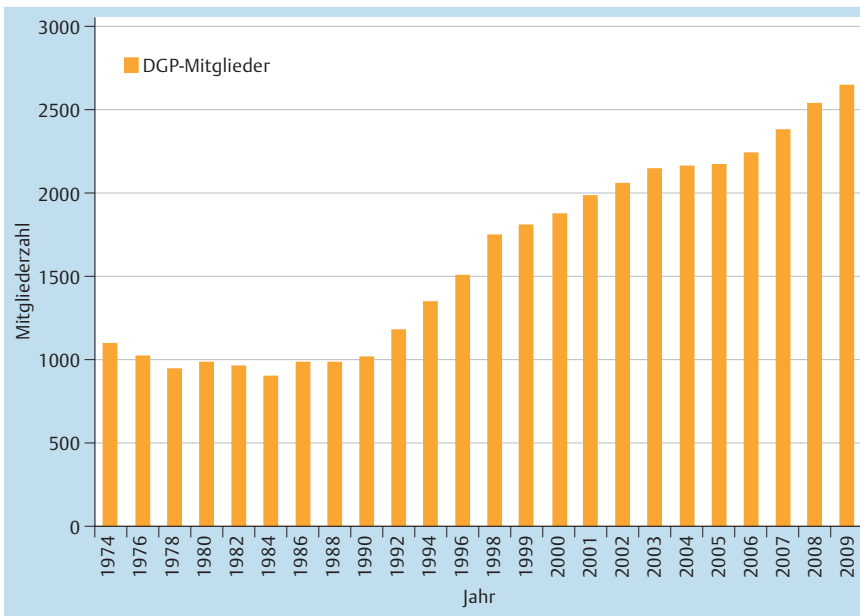


Abb. 10 Entwicklung der Mitgliederzahlen der DGP 1974 bis 2009.

digkeit. Die zuvor bestehenden Arbeitsgruppen wurden sukzessive in die Sektionen integriert, neue Arbeitsgruppen wurden zur Bearbeitung spezieller Aufgaben eingerichtet.

Das Leben der DPG war zuvor dadurch gekennzeichnet, dass sich die Gesellschaft alle zwei Jahre bei den Mitgliedern durch einen Kongress bemerkbar machte. Zwischenzeitlich gab es zwar, besonders in Anbetracht der sich erheblich verändernden Rahmenbedingungen, ständig und reichlich Arbeit für den Vorstand, der sich regelmäßig etwa alle zwei Monate traf; für die meisten Mitglieder blieb diese Arbeit jedoch im Hintergrund, sodass die Mitglieder zwischen den Kongressen kaum von der Gesellschaft Notiz genommen hatten. Folgerichtig wurde in Anbetracht der stürmischen wissenschaftlichen Entwicklung und der inzwischen sehr großen Vielfalt der pneumologischen Themen 1994 der Beschluss gefasst, in jährlichen Abständen einen bundesweiten, wissenschaftlich geprägten Kongress anzubieten. Zur zeitnahen Information der Mitglieder wurde seit 1993 das „DGP Info“ herausgegeben.

Die Neustrukturierung des Kongresses in Plenarsitzungen, Symposien, Hot Topic-Sitzungen und Workshops hat sich bis heute bewährt. Das „wissenschaftliche Herz“ der Tagung, die Abstracts – zuletzt über 400 – werden in Posterdiskussionen, Freien Vorträgen, Minisymposien oder Posterbegehungen vorgestellt. Hinzu kommen reine Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in Form von Postgraduierten-Kursen und Frühseminaren sowie zunehmend Seminare für Assistenzberufe. Zeitlich abgegrenzt vom wissenschaftlichen Programm laufen die Industriesymposien. Die Kongressorganisation einschließlich der Industrieausstellung liegt seit 1994 in den professionellen Händen der Agentur KONSENS.

Um die Außenwirkung der Pneumologie in der Öffentlichkeit zu verbessern, wurde die Deutsche Lungenstiftung unter dem Motto „Lunge, Luft & Leben“ gegründet. Die Stiftung sollte unabhängig von der Pharmaindustrie z.B. auch für Laien ausgerichtete Kongresse organisieren und PR-Aktionen wie z.B. Kampagnen für eine konsequente Tabakprävention entwickeln. Gemeinsam mit der DGP wurde erstmals 1995 das „Weißbuch Lunge“ herausgegeben, das der Öffentlichkeit die Bedeutung der Pneumologie näher gebracht hat und bereits in den Jahren 2000 und 2005 Neuauflagen erlebte [9]

Am 26. September 1998 fand der erste „Deutsche Lungentag“ statt, der von mehreren pneumologischen Organisationen gemeinsam organisiert wurde. Inzwischen erregt der Deutsche Lungentag neben einem breiten Medien-Echo bei mehr als 50 000 Besuchern großes Interesse.

Ende 2007 wurde das Institut für Lungenforschung (ILF) gegründet, das – bei Wahrung seiner finanziellen Unabhängigkeit – eine Forschungsförderung vor allen Dingen im Bereich der Patientenversorgung etablieren soll.

Wesentliche pneumologische Organisationen sind die Atemwegsliga, die sich neben der Publikation von Empfehlungen vor allem dem Lungensport widmet; die bisherige Bochumer Gesellschaft mit ihren jährlichen Kongressen zu Lungen- und Atemwegskrankheiten hat sich jetzt mit der Rheinisch-Westfälischen Vereinigung für Lungen- und Bronchialheilkunde zur Westdeutschen Gesellschaft für Pneumologie vereinigt. Weitere regionale Gesellschaften sind die Süddeutsche Gesellschaft für Pneumologie, die Norddeutsche Gesellschaft für Pneumologie und die Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie, die im Wesentlichen Fortbildung auf hohem wissenschaftlichem Niveau anbieten. Der Bundesverband der Pneumologen vertritt vorrangig die Interessen der frei praktizierenden Pneumologen, die Interessen der stationären pneumologischen Abteilungen finden eher in dem aus dem Arbeitskreis entstandenen „Verband Pneumologischer Kliniken“ Berücksichtigung.

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) war und ist daneben eine wichtige Institution auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Das DZK trägt wesentlich zur guten Zusammenarbeit der niedergelassenen Lungenfachärzte, der Kliniken und der Gesundheitsämter in der Behandlung der Tuberkulosepatienten bei.

Alle genannten pneumologischen Organisationen gehören dem Beirat der DGP an, was die Koordination der verschiedenen Aktivitäten erleichtert. Dass der eingeschlagene Weg richtig ist, wird auch durch die inzwischen auf über 2.700 angestiegene Mitgliederzahl bewiesen (♻️ Abb. 10).

Dabei muss die Pneumologie sich aber auch auf die Gewinnung und Förderung ausreichenden Nachwuchses konzentrieren, da sich in den nächsten Jahrzehnten ein Nachwuchsmangel einstellen wird. Dies erfordert auch eine bessere Verzahnung von ambu-

lanter fachärztlicher und stationärer Versorgung in pneumologischen Abteilungen und Kliniken, die zu Synergie-Effekten und nicht zu Konfrontationen führen sollte. Darauf und auf die Zukunft der Pneumologie in Deutschland wird ein spezieller Artikel im Heft der „Pneumologie“, das zum DGP-Kongress in Hannover erscheinen wird, eingehen.

Schlusswort



Historia magistra vitae? Kann man aus der Geschichte lernen? Lassen sich aus der Analyse des Vergangenen Einsichten für zukünftiges Handeln gewinnen?

Die Autoren dieser Chronik jedenfalls glauben fest daran. Sie wünschen sich, dass der Rückblick in die Geschichte der DGP dazu beiträgt, die Zukunft gemeinsam mit allen in der Pneumologie aktiven Organisationen und Personen auch weiterhin erfolgreich zu gestalten.

Interessenkonflikte



Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Institute

- ¹ Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose
- ² ehem. Klinik Schillerhöhe, Gerlingen/Stuttgart
- ³ ehem. Ruhrlandklinik, Essen
- ⁴ Das Deutsche Tuberkulose-Archiv, Fulda
- ⁵ ehem. Zentralklinik Bad Berka
- ⁶ Büro Seehausen + Sandberg, Berlin

Literatur

- 1 *Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin*. 100 Jahre DGP – 100 Jahre deutsche Pneumologie. Heidelberg: Springer, 2010
- 2 *Konietzko N, Dierkesmann R, Kropp R et al*. Rückblick auf die ersten 50 Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). *Pneumologie* 2009; 63: 131 – 135
- 3 *Teschler H*. Pneumologie im Wandel der Zeit: Rückblick auf die ersten 50 Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). *Pneumologie* 2009; 63: 129 – 130
- 4 *Grass H*. Der Kampf gegen die Tuberkulose in Deutschland. Berlin: 1939: 89
- 5 *DIE ZEIT Welt- und Kulturgeschichte*, Band 13. Hamburg: Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG, 2006, Bibliographisches Institut Mannheim, 2006: 250
- 6 *Grundmann E*. Gerhard Domagk – der erste Sieger über Infektionskrankheiten. Münster: Lit-Verlag, 2001: 91
- 7 *Konietzko N (Hrsg)*. 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Mainz: 1996: 22
- 8 *Dierich M, Fuehner T, Welte T, Simon A, Gottlieb J*. Lungentransplantation. Indikationen, Langzeitergebnisse und die besondere Bedeutung der Nachsorge. *Der Internist* 2009; 50: 561 – 571
- 9 *Fabel H, Konietzko N (Hrsg)*. Weißbuch Lunge. Stuttgart, New York: Thieme, 2005