



GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE PNEUMOLOGIE e.V.

GPP-Newsletter Herbst 2013

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dies ist unser zweiter Newsletter in diesem Jahr, der erneut aktuelle und wichtige Informationen aus verschiedenen Bereichen der Kinder-Pneumologie und aus unserer Fachgesellschaft in kompakter Form an die Mitglieder vermitteln soll. Auch in Zukunft wird der Newsletter zweimal im Jahr erscheinen, einmal jeweils zur Jahrestagung und dann im Herbst. Alle sind aufgefordert, aktuelle Beiträge, insbesondere aus den AG's und zu laufenden oder geplanten Forschungsprojekten, einzureichen (gpp@mh-hannover.de).

Wir sehen uns, spätestens 2014 in Bremen!

Herzliche Grüße

Gesine Hansen, Vorsitzende

Joachim Freihorst, Redaktion Newsletter

ACHTUNG: Abstract-Deadline für Jahrestagung in Bremen: 04. Oktober 2013!

Link: <https://www.m-anage.com/Login.aspx?event=dgp2014>

ACHTUNG: Alle Abstracteinreicher - und nur diese - werden zur mittlerweile hochgeschätzten "Young Investigator's Night" am Kongressdonnerstag eingeladen. Sie erwartet neben Speis und Trank ein unterhaltsames Abstract-Karaoke und Livemusik im Szeneviertel.

Wissenschaftliche Preise:

Klosterfrau Award: Submission Deadline 01. November 2013

Link: <http://www.kf-award.de/>.

Johannes Wenner Preis: Submission Deadline 10. Dezember 2013

Link: <http://www.pädiatrische-pneumologie.eu>

Kodierung „Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“

F. Riedel, Hamburg

Seit vielen Jahren gibt es im Prozedurenkatalog die **OPS-Ziffer 1-943**. Hierbei handelt es sich um komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Die dabei angewandten aufwendigen, zum Teil sehr teuren Prozeduren sind augenblicklich noch nicht mit einem Zusatzentgelt belegt, da das Institut für Entgeltverfahren im Krankenhaus (INEK) bisher keinen Unterschied in den Kosten errechnen konnte, wenn diese Ziffer angegeben wurde. Dieses könnte zum einen daran liegen, dass diese Ziffer zu selten angegeben wird oder dass die dadurch entstehenden Kosten nicht direkt auf den Einzelfall zugeordnet und damit vom INEK nicht erkannt wurden.

Alle pädiatrisch-pneumologischen Bereiche, die diese Diagnostik durchführen, sollten diese Prozedur in der Kodierung ankreuzen und nicht nur die Kalkulationshäuser. Bei diesen aber ist die individuelle Zuordnung der Kosten zu dem Patienten zusätzlich noch wichtig.

Die **Mindestmerkmale** der Prozedur sind:

- Bronchoskopie
- BAL mit Mikrobiologie und Virologie sowie Zytologie
- Kontinuierliche SO₂-Messung über mindestens 12 Stunden (z. B. Nacht vor Intervention)
- Lufu in Abhängigkeit vom Alter des Kindes

Weitere Ergänzungen wie Lungenbiopsie, hochauflösendes / Spiral-CT oder MRT sind durch zusätzliche Ziffern zu kodieren. Alle Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden, Sedierung und Anästhesie sind gesondert zu kodieren.

Bitte nutzen Sie diese OPS-Kodierung und achten Sie auf Zuordnung der Kosten, damit wir in Zukunft für diese aufwendige Diagnostik ein angemessenes Zusatzentgelt erhalten!

Erhebung von spirometrischen Referenzwerten für Kinder und Jugendliche in Deutschland: die LUNOKID- Studie

D. Berdel, Wesel

Hintergrund: Obwohl sich Körperbau und Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten verändert haben, wurden bis zur Veröffentlichung der Global Lung Initiative 2012 (GLI, [Quanjer et al.](#)) in der Regel alte spirometrische Referenzwerte (z.B. Zapletal et al., 1987) weiter verwendet. Ziel der LUNOKID-Studie war deshalb die Erhebung aktueller spirometrischer Referenzwerte bei gesunden, in Deutschland lebenden Kindern beiderlei Geschlechts im Alter von 4 bis 18 Jahren.

Methoden: Die Messungen wurden in randomisiert ausgewählten Klassenstufen aller Schulen/Schultypen und Kindergärten in drei Regionen Deutschlands durchgeführt (Wesel, Düsseldorf, Hannover). Mithilfe eines an die ISAAC-Studie angelehnten Fragebogens wurde sichergestellt, dass die untersuchten Kinder nicht an **chronischen oder akuten** Atemwegserkrankungen oder anderen möglicherweise die Messergebnisse beeinflussenden Störungen litten. Speziell geschultes Studienpersonal untersuchte die Kinder während des Unterrichts direkt an den Schulen/Kindergärten. Die Spirometrie mit Flussvolumenkurve (Parameter: FEV₁, FEV_{0.5}, FEV_{0.75}, PEF, FVC, MEF₂₅, MEF₅₀, MEF₇₅) wurde über ein Spirometer der Firma ndd Medizintechnik AG Zürich durchgeführt. Zuvor wurden Körperlänge und Körpergewicht des Kindes gemessen. Alle Daten wurden in einer zentralen Datenbank erfasst, die technische Korrektheit der Messungen wurde durch eine externe Qualitätskontrolle sichergestellt. Zwischen August 2007 und Juni 2009 wurden bei 5397

Kindern und Jugendlichen im Alter von 4-18 Jahren Lungenfunktionsuntersuchungen durchgeführt. 3133 Kinder waren gesund und europäischer oder türkischer Herkunft. **Von diesen hatten 1943 Kinder eine visuell akzeptable und internationalen Standards genügende Lungenfunktion. Nur diese wurden in die Auswertung einbezogen.**

Ergebnisse: Die in LUNOKID gemessenen Lungenfunktionswerte unterscheiden sich signifikant von den nach Zapletal et al. erwarteten Werten.

Verglichen mit den Werten der GLI unterscheiden sich die LUNOKID-Resultate besonders bei den Vorschulkindern.

Es zeigt sich eine Abhängigkeit der Lungenfunktion nicht nur von der Größe, sondern in nichtlinearer Weise auch vom Alter des Kindes.

Der Variationskoeffizient ist altersunabhängig.

Diskussion:

1. Da sich die in LUNOKID gemessenen Lungenfunktionswerte signifikant von den nach Zapletal et al. erwarteten Werten unterscheiden, sollten letztere nicht mehr verwendet werden, um Fehldiagnosen zu vermeiden.

2. Die nichtlineare Altersabhängigkeit entspricht den von Quanjer vorgelegten Ergebnissen. Jedoch ist im Gegensatz zur GLI der Variationskoeffizient altersunabhängig und entspricht für alle Altersklassen den bisher angenommenen 10%.

3. **Das in der LUNOKID-Studie verwendete Regressionsmodell geht von einer über das Alter konstanten Variabilität aus. Im Gegensatz zur GLI kann deshalb, in Kenntnis von Alter und Größe des Kindes, der jeweilige Median und der lower level of normal (LLN) des Probanden direkt in einer Tabelle abgelesen werden.**

4. Zwar wird mit der von Quanjer vorgelegten Global Lung Initiative 2012 eine Näherung erreicht, die besser ist als alles, was bisher an Lungenfunktions-Sollwerten existiert. Eine noch größere Genauigkeit kann allerdings durch Verwendung nationaler Referenzpopulationen unter Verwendung einer doppelten Qualitätskontrolle **durch die Feldarbeiter und einen externen Experten**, wie sie in der LUNOKID-Studie gegeben war, erzielt werden.

Literatur:

Zapletal A, Samánek M, Paul T et al. Lung Function in Children and Adolescents:Methods, Reference Values. Basel: Karger; 1987

Quanjer PH, Hall GL, Stanojevic S et al. Age- and height-based prediction bias in spirometry reference equations. Eur Respir J 2012; 40:190–197

Hüls A, U. Krämer, M. Gappa, C. Müller-Brandes, G. Seitner-Sorge, A. von Berg, A. Schuster, C. Beckmann, S. Illi, M. Wisbauer, D. Berdel. Neue spirometrische Referenzwerte für Kinder und Jugendliche in Deutschland unter Berücksichtigung der Größe und nichtlinearer Alterseffekte: Die LUNOKID-Studie. Pneumologie 2013; 67: 141–149

Weitere Informationen bei D. Berdel (berdel.vonberg@t-online.de)

AG Patientenschulung

R. Szczepanski, Osnabrück

Im Rahmen der Mitgliederversammlung in Lübeck wurde beschlossen, die Arbeitsgruppe Asthmaschulung in eine Arbeitsgruppe Patientenschulung zu erweitern.

Hintergrund: auf Basis des entwickelten Modularen Schulungsprogramms (**ModuS**) gibt es derzeit die Möglichkeit, auch für weniger häufige chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter Schulungsprogramme zu entwickeln, anzubieten und durchzuführen. (s. auch www.patientenschulung-kompas.de). Dieses gilt z.B. für CF, auch für die primäre Ziliendyskinesie (PCD) ist ein entsprechendes Schulungsprogramm in Entwicklung. Die modularisierte Form des Asthmaschulungsprogramms sowie das Mukoviszidoseprogramm werden im Laufe dieses Jahres im Internet abrufbar sein. Für die Kostenübernahme auf Basis des § 43.2 SGB V ist ein Qualitätsmanagement ist für die Schulungen notwendig, diese wurde bereits für das ModuS entwickelt und wird ebenfalls zum Ende des Jahres per Internet abrufbar sein.

Ziele der Arbeitsgruppe: Wir wollen in einen Gedankenaustausch darüber kommen, für welche chronischen pneumologischen Erkrankungen es möglichst bald Modulare Schulungsprogramme geben könnte/sollte. Die Entwicklung und Unterstützung solcher Programme sind ein Ziel der Arbeitsgruppe. Dabei sollen die Erfahrungen des Kompetenznetzes Patientenschulung (**KomPaS**) und des **ModuS**-Projektes ebenso einfließen wie die Expertise der AG Asthmaschulung.

Für die nächste Sitzung der Arbeitsgruppe im Rahmen der Tagung 2014 in Bremen sind alle Interessenten, die sich mit Schulungen befassen, zur Teilnahme aufgerufen. Programme oder Ideen für weitere, über Asthma bronchiale und CF hinausgehende Indikationen können in die Arbeitsgruppe eingebracht werden, um einen entsprechenden Gedankenaustausch und Initiativen in Gang zu setzen. Selbstverständlich werden auch die Belange der Asthmaschulung weiter behandelt.

Ausblick: Im Oktober beginnen unter Gesprächsleitung durch das BMG Verhandlungen mit den Kostenträgern mit dem Ziel, das Modulare Schulungsprogramm für weniger häufige/seltene chronische Erkrankungen in die Kostenübernahme zu führen. Die bisherigen Gespräche mit den Kostenträgern waren ermutigend.

Das Modulare Schulungsprogramme (**ModuS**) wurde vom BMG finanziell unterstützt, der Abschlussbericht ist abrufbar über [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1\[publication\]=2197&tx_rsmpublications_pi1\[action\]=show&tx_rsmpublications_pi1\[controller\]=Publication&cHash=25d6df5915e99bebde49279b70ec2cd7](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1[publication]=2197&tx_rsmpublications_pi1[action]=show&tx_rsmpublications_pi1[controller]=Publication&cHash=25d6df5915e99bebde49279b70ec2cd7)

Interessenten dieser Arbeitsgruppe mögen sich schon vorab per Email <szczepanski@kinderhospital.de> oder per Telefon (0541/5602-197) melden, gern mit Ideen und Anregungen!

Forschungsprojekt „Bronchiolitis obliterans“

S. Zielen, Frankfurt

Die **Bronchiolitis obliterans (BO)** ist eine sehr seltene schwere Lungenerkrankung, die infolge einer massiven Entzündung der kleinen Atemwege zu einer chronischen Obstruktion führt. Im Kindesalter wurde die BO vor allem nach Infektion mit Adenoviren, Influenza und Mycoplasma pneumoniae sowie als Komplikation nach Knochenmarktransplantation beschrieben.

Die Erkrankung ist ein Prozess, der mit einer epithelialen Schädigung beginnt und durch eine entzündliche und zur Obliteration führenden Reaktion der Atemwege < 2mm gekennzeichnet ist. Die Lungenfunktion zeigt eine floride obstruktive Erkrankung an, die kaum oder gar nicht reversibel ist. Typischerweise besteht ein eingeschränktes FEV1, ein Tiffenau-Index < 70, ein niedriger MEF 25 und eine erhöhte RV/TLC-Ratio. In der Computertomographie (CT) weist ein Mosaik-Muster mit „Air Trapping“ auf die Erkrankung hin. In der Lungenbiopsie ist eine Entzündung der kleinen Atemwege (Bronchiolitis) mit typischen Veränderungen nachweisbar.

Ziel des Frankfurter Projekts innerhalb der GPP ist es, neue Erkenntnisse über die Häufigkeit, Ursache und Pathophysiologie der bronchialen Entzündung der BO im Kindes- und Jugendalter zu gewinnen.

Folgende **Fragen** sollen im Verlauf der nächsten drei Jahre beantwortet werden:

1. Wie häufig ist die BO bundesweit? Dabei sollen die BO-Patienten innerhalb des BMBF Projektes GOLD.net: „Diffuse parenchymal lung diseases of neonates and children“ erfasst werden.
2. Gibt es charakteristische Veränderungen der Lungenfunktion, der Bildgebung (Thorax und CT) und der bronchialen Entzündung bei den Patienten?
3. Wie ist der klinische Verlauf.

4. Welche Therapiekonzepte sind möglicherweise erfolgversprechend?
Aktuell wird unser Forschungsprojekt von der Stiftung „Starke Lunge“ gefördert.
Weitere Informationen für Ärzte und Betroffene unter www.starkelunge.de

Kongressankündigung

36. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie und 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, 26.-29. März 2014 in Bremen

<http://www1.pneumologie.de>

ACHTUNG: Abstract-Deadline 24. September 2013 !

ACHTUNG: Alle Abstracteinträger - und nur diese - werden zur mittlerweile hochgeschätzten “Young Investigator`s Night” am Kongressdonnerstag eingeladen. Sie erwartet neben Speis und Trank ein unterhaltsames Abstract-Karaoke und Livemusik im Szeneviertel.

Impressum

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V., Vorsitzende Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
Stellv. Vorsitzende Prof. Dr. A. Schuster, Schatzmeister Prof. Dr. J. Freihorst, Schriftführer Dr. N. Schwerk, Beisitzer: PD Dr. M. Barker, Prof. Dr. E. Eber, Prof. Dr. J. Hammer, Dr. U. Klettke, Prof. Dr. M. Kopp. Kooptierte Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. M. Rose (DGP), Prof. Dr. J. Seidenberg (GPA)

Redaktion und V.i.S.d.P.: Prof. Dr. J. Freihorst, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Im Kälblesrain 1, D-73430 Aalen

Dringende Bitte von Schatzmeister und Schriftführer: Jede Änderung von Adresse, E-Mail oder Bankverbindung immer zeitnah an schwerk.nicolaus@mh-hannover.de melden, dann kommen alle Informationen an und können kostenpflichtige Rückbuchungen vermieden werden!