

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Weiterentwicklung der Kataloginhalte gemäß Richtlinie
ambulante Behandlung im Krankenhaus nach
§ 116 b Absatz 4 SGB V
Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Pulmonaler
Hypertonie**

Gemäß § 116b Abs. 4 SGB V ergänzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen und regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses und ggf. ein Überweisungserfordernis.

In seiner Richtlinie zur ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V vom 18.10.2005 hat der G-BA die Ergänzung der Kataloginhalte, die Konkretisierung, die Überprüfung und die Weiterentwicklung des Kataloges nach der Verfahrensordnung des G-BA geregelt.

Die Einleitung des Prüfverfahrens auf Weiterentwicklung der Kataloginhalte gemäß § 24 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgte auf Grundlage eines Initiativbeschlusses des Beschlussgremiums vom 18.10.2005, dem ein Antrag der Pulmonale Hypertonie e.V. vorlag.

Zur Prüfung auf Aufnahme in den Katalog, zur Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen gemäß der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V wurden vom zuständigen Unterausschuss bzw. der durch ihn eingesetzten Arbeitsgruppe Experten gehört sowie eine orientierende Leitlinienrecherche durchgeführt.

Mit einer pulmonalen Hypertonie wird ein seltenes, schweres Krankheitsbild beschrieben, dessen Charakteristikum eine abnorme Erhöhung des Druckes in den arteriellen Lungengefäßen darstellt. Diese Druckerhöhung kann Folge einer Erkrankung der Lungengefäße sein oder durch eine Lungenerkrankung oder Herzerkrankung verursacht werden.

Die primäre Erkrankung der Lungengefäße wird nach der neusten Klassifikation (Venedig 2003) als idiopathische bzw. familiäre pulmonal arterielle Hypertonie bezeichnet. Sie ist ein seltenes Krankheitsbild mit einer Inzidenz von ein bis drei Fällen auf eine Millionen Einwohner. Frauen sind fast doppelt so häufig wie Männer betroffen, besonders häufig in

den ersten Monaten nach einer Entbindung. Das Manifestationsalter reicht von der Kindheit bis jenseits des 60. Lebensjahres, ein Häufigkeitsgipfel liegt jedoch in der vierten und fünften Lebensdekade. Bisher wurden zwei Gendefekte identifiziert, die mit einer pulmonal arteriellen Hypertonie assoziiert sind.

Die pulmonal arterielle Hypertonie kann auch assoziiert mit einer ganzen Reihe seltener Erkrankungen und nach spezieller Medikamenteneinnahme auftreten. Hier sind v.a. Kollagenosen, HIV-Erkrankungen und Herzklappenfehler zu nennen (Klasse 1.3 der Venedig-Klassifikation).

Nach der Definition der WHO aus dem Jahre 1975 und der ESC (European Society of Cardiology) aus dem Jahre 2004 liegt eine pulmonale Hypertonie dann vor, wenn der pulmonale Mitteldruck von 25 mmHg in Ruhe und 30 mmHg bei Belastung überschritten wird. Die Prognose der Erkrankung ist u. a. wesentlich von der Höhe des pulmonalen Drucks abhängig.

Die pulmonal arterielle Hypertonie muss differentialdiagnostisch von sekundären Formen als Folge von chronischen Linksherz- oder Lungenerkrankungen unterschieden werden. Diese Formen treten wesentlich häufiger auf. So ist die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) die häufigste Ursache einer pulmonalen Hypertonie. Die Häufigkeit leichter Formen wird mit 30-50 %, die mit einem pulmonalen Druck größer als 40 mmHg mit 10 % angegeben. Sie haben in der Regel einen leichteren Krankheitsverlauf. Die Behandlung dieser sekundären Formen (Klassen 2 und 3 der Venedig-Klassifikation) besteht v.a. in der Behandlung der Grunderkrankung.

Diese sekundären Formen (Venedig-Klassifikation 2, 3 oder 5 der Pulmonalen Hypertonie) werden im Rahmen dieser Richtlinie grundsätzlich nicht mit erfasst, es sei denn, es liegt ein deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehender Krankheitsverlauf und eine Überweisung vor

Die pulmonal arterielle Hypertonie ist ein schweres, chronisches Krankheitsbild, das die körperliche Belastbarkeit, die Lebensqualität und Lebenserwartung erheblich einschränkt. Die Lebenserwartung beträgt ohne spezifische Therapie knapp drei Jahre nach Diagnosestellung.

Eine gezieltere Differentialdiagnostik und neuere Therapieverfahren haben die Lebensqualität und Lebenserwartung der Betroffenen im letzten Jahrzehnt verbessert. Diese Diagnostik und Therapie erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine fachübergreifende Behandlung in spezialisierten Zentren.

Die Inzidenz liegt unter fünf von zehntausend Personen.

Die in Anlage 2 niedergelegte Konkretisierung der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren sowie der sächlichen und personellen Anforderungen basieren auf den Ergebnissen der Expertenanhörungen sowie der Leitlinienrecherche. Sie fokussieren auf die qualitativ hochwertige Behandlung in einem interdisziplinären Behandlungsteam. Die gelisteten Leistungen sind Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, so dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit gemäß § 28 der Verfahrensordnung als hinreichend belegt gelten.

Um die erforderliche Expertise in der komplexen Diagnostik und Behandlung des Krankheitsbildes zu gewährleisten, muss das Krankenhaus mindestens pro Jahr 50 Patienten kontinuierlich behandeln. Diese Voraussetzung wird um 100 % (erstes Jahr), 50 % (zweites Jahr) und 20 % (drittes Jahr) reduziert, sofern der Leiter des interdisziplinären Teams unmittelbar zuvor mindestens drei Jahre in einem Krankenhaus nach dem vorhergehenden Satz tätig war.