



Berlin, 01.11.2011

Novellierungsvorschlag

9. Herz und Kreislauf

Für die Bemessung des GdS/GdB ist weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdS/GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße.

9.1 Krankheiten des Herzens

9.1.1 Einschränkung der Herzleistung:

1. Keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung

(keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7-8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung

0 - 10

2. Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung

(z. B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten);

2.

20-40

3. Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung

(z. B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten);

80

4. Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z. B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie

90-100

(Die für Erwachsene angegebenen Wattzahlen sind auf mittleres Lebensalter und Belastung im Sitzen bezogen.)

Liegen weitere objektive Parameter zur Leistungsbeurteilung vor, sind diese entsprechend zu berücksichtigen. Notwendige körperliche Leistungsbeschränkungen (z. B. bei höhergradiger Aortenklappenstenose, hypertrophischer obstruktiver Kardiomyopathie) sind wie Leistungsbeeinträchtigungen zu bewerten.

Im Kindes- und Jugendlichenalter ist die Beurteilung der Herzleistung oft schwierig, da die körperliche Entwicklung alters- und geschlechtsabhängig ist. Im Streitfall oder bei unklarer Begutachtungslage ist ergänzend das Abweichen der kardiopulmonalen Belastungskapazität von der alters- und geschlechtsbezogenen Norm Gesunder zu berücksichtigen.

9.1.2 Nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen ist der GdS von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Bei Herzklappenprothesen ist der GdS nicht niedriger als 30 zu bewerten; dieser Wert schließt eine Dauerbehandlung mit Antikoagulantien ein.

9.1.3 Nach einem Herzinfarkt ist der GdS/GdB von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.

9.1.4 Nach Herztransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdS/GdB von 100 anzusetzen. Danach ist der GdS/GdB selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Berücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.

9.1.5 Fremdkörper im Herzmuskel oder Herzbeutel
reaktionslos eingeheilt **0**
mit Beeinträchtigung der Herzleistung **siehe oben**

9.1.6 Rhythmusstörungen

Die Beurteilung des GdS richtet sich vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens.

Bei Kindern und Jugendlichen sind die durch die Rhythmusstörung selbst und die erforderlichen Therapien bedingten Beeinträchtigungen der psycho-sozialen und psycho-motorischen Entwicklung besonders zu berücksichtigen.

Anfallsweise auftretende hämodynamisch relevante Rhythmusstörungen (z. B. paroxysmale Tachykardien) je nach Häufigkeit, Dauer und subjektiver Beeinträchtigung

bei fehlender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens **10 - 30**

bei Kindern und Jugendlichen **30 - 50**

bei bestehender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens sind sie entsprechend zusätzlich zu bewerten.

Nach Implantation eines Herzschrittmachers **10**
bei Kindern und Jugendlichen **nicht weniger als 50**

bei ventrikulären tachykarden Rhythmusstörungen im Kindesalter

ohne Implantation eines Kardioverter-Defibrillator **wenigstens 60**

mit Implantation eines Kardioverter-Defibrillators **100**

9.1.7 Bei angeborenen Fehlbildungen des Herzens und der großen Gefäße:

1. Bei Operationsbedürftigkeit im Neugeborenen- und Säuglingsalter mit Herz-Lungen-Maschine sowie bei Palliationen

70 - 100

bei extrakardialen Eingriffen

10 - 50

Postoperativ ist eine Heilungsbewährung von 2 Jahren abzuwarten
Anschließend richtet sich der GdS/GdB nach den Restbefunden. (s. unten)

2. Bei Implantation von Conduits (Homograft, Contegra u.ä.)

70 – 100

Postoperativ ist eine Heilungsbewährung von 12 Monaten abzuwarten.

Anschließend richtet sich der GdS/GdB nach den Restbefunden.

Bei sonstigen Reoperationen ist eine Heilungsbewährung von 12 Monaten abzuwarten, da das endgültige Ergebnis erst nach 12 Monaten zu beurteilen ist. Anschließend richtet sich der GdS/GdB nach den Restbefunden.

3. Bei hämodynamisch unbedeutenden Fehlbildungen bzw. Restdefekten nach operativer Korrektur (Narbe nach Ventrikulotomie, inkompl. Rechtsschenkelblock, ventrikulotomiebedingter kompl. RSB, kleiner (Rest)-Ventrikelseptumdefekt, triviale Pulmonal(-Rest)-stenose/-insuffizienz, triviale Aorten(-Rest)-stenose/-insuffizienz, milde Mitralinsuffizienz, milde Trikuspidalinsuffizienz, supraventrikuläre und ventrikuläre singuläre Extrasystolen, nach Aortenisthmusstenosen-OP ohne arterielle Hypertonie)

0 - 10

4. Bei hämodynamisch bedeutungsvollen Befunden bzw. Restbefunden nach operativer Korrektur mit

a. gering bis mittelgradigen Funktionsstörungen, z.B. bei Funktionsstörung des rechter Ventrikels, mittel- bis hochgradiger Trikuspidalstenose/-insuffizienz, Pulmonal-(Rest)-Stenose ($D_p > 30$ mmHg), mittel- bis hochgradiger Pulmonalinsuffizienz, Funktionsstörung des linken Ventrikels, mittel- bis hochgradiger Mitralstenose/-insuffizienz, Aorten-(Rest)-Stenose ($D_p > 30$ mmHg), mittel- bis hochgradiger Aorteninsuffizienz, nach Aortenisthmusstenosen-OP, arterieller Hypertonie, postoperativen supraventrikulären Tachykardien

30 - 40

b. mittel- bis stärkergradigen Funktionsstörungen, z.B. bei hochgradiger Trikuspidalstenose/-insuffizienz, hochgradiger Pulmonalinsuffizienz, hochgradiger Mitralstenose/-insuffizienz, hochgradiger Aorteninsuffizienz, mit pathologischer Vergrößerung der entsprechenden Cavitäten

nicht weniger als 50

bzw. bei rechtem Ventrikel=Systemventrikel, Klappenersatz (biologisch und mechanisch), schrittmacherabhängigen Rhythmusstörungen, ventrikuläre Tachykardien

50 - 100

c. schwergradigen Funktionsstörungen, z.B. bei komplexen Herzfehlern nach Palliation, inoperablen Herzfehlern, bedeutsamen chronischen Myokarderkrankungen, kardialer Insuffizienz mit Notwendigkeit einer antikongestiven Therapie

80 - 100

5. Bei mit vitaler Gefährdung bei körperlicher Belastung einher gehenden Fehlbildungen (hypertroph (obstruktive) Kardiomyopathie, Long- und Short-QT-Syndrom, pulmonale Hypertonie)

(50-) 80 - 100

Bei, die körperliche und psychosoziale Entwicklung erheblich beeinträchtigenden Dauertherapien (z. B. Marcumar)

50

Bei einem Einzel-GdB/GdS von 50 und mehr als Folge einer angeborenen Fehlbildung des Herzens sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auf Antrag die Merkzeichen „H“, „G“ und „B“ zuzuerkennen (s. Kommentar 2).

Kommentare

1. Die unter 9.1.1 1 bis 4 VMG aufgeführten Einschränkungen der Herzleistung bei Kindern spiegeln in keiner Weise die „Barrieren im gesellschaftlichen Leben“ im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention wieder, denen Kinder mit einer CHD ausgesetzt sind.
2. Die Altersgrenze von 16 Jahren ist historisch bedingt. Sie stellt keineswegs die Grenze zum Erwachsenenleben dar. Jugendliche befinden sich hier noch in der Ausbildung/Schule oder starten eine Berufsausbildung. Sie sind daher in dieser Entwicklungsphase nicht vergleichbar den Erwachsenen und deren Anforderungen im normalen gesellschaftlichen Leben. Zusätzlich bedürfen sie in dieser Phase der besonderen Hilfe durch Integrationsfachdienste und anderer unterstützender Maßnahmen für das Berufsleben.
3. Die von den Erwachsenen abweichende Beurteilung des GdS/GdB bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Kardioverter-Defibrillator ist in der extremen Belastung durch die Therapie begründet, auch wenn der Kardioverter-Schrittmacher ein Überleben lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen garantiert. Wegen der deutlich höheren Herzfrequenzen der Kinder und Jugendlichen auch unter relativ geringer körperlicher Belastung kommt es zu häufigen Fehlfunktionen. Aus dem als „vernichtend“ erlebten Schockerlebnis entwickeln sich häufig Angststörungen. Damit bleibt den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Vielzahl von alterstypischen Aktivitäten vorenthalten.