

Herz - Kreislauf

Gradation						
GNr:	I	II	III	IV	V	VI
46		<p>Lage und Formvarianten des Herzens ohne Hinweis auf eine organische Herzerkrankung und ohne funktionelle Beeinträchtigung.</p> <p>EKG-Veränderung ohne Hinweis auf eine organische Herzerkrankung.</p> <p>Reizbildungs- und Erregungsleitungsstörungen des Herzens ohne Hinweis auf eine organische Herzerkrankung (AV-Block II. Grades Typ Wenckebach).</p> <p>Hypotone oder hypertone Herz-Kreislauf-Fehlregulation bei guter körperlicher Leistungsfähigkeit.</p>	<p>Seltene paroxysmale supraventrikuläre Tachykardien.</p> <p>Ventrikuläre Extrasystolie ohne Hinweis auf eine organische Herzerkrankung.</p> <p>Präexzitationssyndrom (u.a. WPW-Syndrom) ohne nachgewiesene Tachykardien.</p> <p>Folgenlos abgeheilte entzündliche Herzerkrankungen.</p> <p>Echokardiographische Auffälligkeiten ohne hämodynamische Auswirkungen (z.B. asymptomatischer Mitralklappenprolaps ohne Relevanz, ventiloffenes Foramen ovale).</p> <p>Hypotone Kreislauf-Fehlregulation mit leichter Orthostase-Symptomatik.</p>	<p>Zustand nach Operation einer Aortenisthmusstenose oder eines angeborenen Vorhof- bzw. Ventrikel-Septum-Defektes ohne prothetisches Material und mit vollständiger Normalisierung der Hämodynamik.</p> <p>Primäre arterielle Hypertonie (Ruhe-RR größer als 160/95 mmHg) mit gutem Ansprechen auf die Behandlung und allenfalls geringfügigen Folgeerscheinungen (Fundus hypertonicus I, grenzwertige Linksherzhypertrophie).</p> <p>Ausgeprägte hypo- oder hypertone Kreislauf-Fehlregulation mit Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit.</p>	<p>Akute Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislaufsystems.</p> <p>Operativ behebbare Veränderungen der Gefäße (traumatische a.-v.-Fistel, Ductus Botalli, Aortenisthmusstenose o.ä.), deren Behandlung geplant ist oder weniger als sechs Monate zurückliegt.</p>	<p>Angeborene Herzfehler und erworbene Herzklappenerkrankung (auch Mitralklappenprolaps mit Mitralinsuffizienz).</p> <p>Prothetisch korrigierte Herzklappen- oder anderweitige Herzfehler.</p> <p>Dilatative, hypertrophe oder restriktive Kardiomyopathie, auch vor Entwicklung einer Herzinsuffizienz.</p> <p>Sehr ausgeprägte hypo- oder hypertone Kreislauf-Fehlregulation mit starker Einschränkung des körperlichen Leistungsvermögens.</p> <p>Sämtliche Manifestationsformen der coronaren Herzkrankheit (u.a. auch nach erfolgreicher Dilatation).</p> <p>Sämtliche Formen der Herzinsuffizienz, unabhängig von ihrer Ursache.</p>

Herz - Kreislauf

Gradation						
GNr:	I	II	III	IV	V	VI
46			Funktionelle periphere Zirkulationsstörungen.	Zustand nach herzfemen Gefäßeingriffen (z.B. Dilatation) mit vollständiger Wiederherstellung der Kreislauffunktion. Eingeschränkte normotone cardio-pulmonale Leistungsfähigkeit (u.a. erheblicher Trainingsmangel).		Herzrhythmusstörungen mit einem erhöhten Risiko von Kammer tachykardien oder Kammerflimmern. Bradycardie Herzrhythmusstörungen mit Therapiebedürftigkeit oder unsicherer Prognose (u.a. AV-Block II. Grades Typ Mobitz II, AV-Block III. Grades). Vorhofflimmern, -flattern, -tachykardien. Präexzitationssyndrom mit nachgewiesenen Tachykardien. Primärer oder sekundärer arterieller Hypertonus mit ausgeprägten Folgeschäden. Chronisch-arterielle Verschlusskrankheit. Endokarditisprophylaxe oder Erkrankungen mit erhöhtem Endokarditisrisiko.

Herz - Kreislauf

GNr.: 46

Anmerkungen:

- Ab Gradation IV internistischer Befundbericht erforderlich.
- Auf die Erläuterungen in Anlage 7 wird hingewiesen.

Erläuterungen zu GNr 46

I. Allgemeine Anmerkungen

Bei allen unklaren und pathologischen Befunden, die im Rahmen der Anamneseerhebung oder der körperlichen Untersuchung festgestellt werden, ist eine fachärztliche Untersuchung zu veranlassen.

Respiratorische Arrhythmie, Bradycardie bei sportlich Trainierten und akzidentelle Systolika schränken die Wehrdienstfähigkeit nicht ein, wenn die Anamnese und die anschließend durchgeführte körperliche Untersuchung keinen Hinweis für eine kardiale Erkrankung liefern.

Eine konstitutionelle verminderte körperliche Belastbarkeit bei normotonen Normgewichtigen wird nach Ausschluss einer Herz-Kreislaufkrankung mit der Gesundheitsziffer IV I beurteilt.

Synkopale vasomotorische Anfälle werden mit Gesundheitsziffer VI 12 beurteilt.

2. Spezielle Anmerkungen:

2.1 AV-Block III.^o und Herzschrittmacher

Der AV-Block III.^o ist eine gravierende rhythmologische Komplikation einer meist schweren bzw. fortgeschrittenen organischen Herzerkrankung, wobei praktisch alle kardialen Erkrankungen in Betracht kommen. In sehr seltenen Fällen ist der AV-Block III.^o angeboren. Die Prognose und Symptomatik hängen entscheidend von der Lokalisation der atrioventrikulären Leistungsunterbrechung (proximal oder distal des His-Bündels) ab und damit der Frequenz des Ersatzschrittmachers (sekundärer oder tertiärer Ersatzrhythmus). In der überwiegenden Zahl der Fälle ist die Therapie mit einem elektrischen Herzschrittmacher erforderlich, wobei im Regelfall ein Zweikammer-Schrittmacher implantiert wird. Nur in den sehr seltenen Fällen einer ausreichend hohen Frequenz des ektopen Reizbildners und Ausschluss einer organischen Herzerkrankung ist die Implantation eines elektrischen Herzschrittmachers entbehrlich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der AV-Block III.^o abgesehen von wenigen Ausnahmen Symptom einer organischen Herzerkrankung ist und Schrittmacherpflichtigkeit besteht. Damit ist diese ursächliche Herzerkrankung für die Vergabe der Gradation unter der Gesundheitsnummer 46 führend und der AV-Block lediglich als Komplikation anzusehen. Beim Vorliegen eines AV-Blockes III.^o ohne Nachweis einer organischen Herzerkrankung kommt unabhängig von der Notwendigkeit und Art der Therapie ebenfalls nur die Gradation VI der Gesundheitsnummer 46 in Betracht, wobei der entsprechend Erkrankte auch nach der Implantation der heute üblichen modernen, in der Regel frequenzadaptiven Zweikammer-Herzschrittmacher in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, mannigfaltige Komplikationen im Schrittmachersystem auftreten können, das im Pektoralisbereich subkutan gelegene Herzschrittmacheraggregat durch externe mechanische Einwirkungen beeinträchtigt werden kann und regelmäßige, beispielsweise bei Auslandseinsätzen der Bundeswehr nicht gewährleistete Herzschrittmacherkontrollen erforderlich sind.

2.2 Gesundheitsnummer bei Vorliegen eines Linksschenkelblocks

Der Linksschenkelblock, also die Leitungsunterbrechung des linken Tawaraschenkels, ist die Komplikation zahlreicher kardialer Erkrankungen, insbesondere der koronaren Herzkrankheit, des Cor hypertonicums, der verschiedenen primären Kardiomyopathien und von Herzklappenerkrankungen, insbesondere Aortenklappen vitien. Beim Vorliegen eines Linksschenkelblockes gilt es immer, eine koronare bzw. organische strukturelle kardiale Erkrankung auszuschließen. Lässt sich eine ursächliche organische Herzerkrankung nachweisen, kommt somit nur die Vergabe der Gesundheitsziffer VI/46 in Betracht. In sehr seltenen Fällen geht der Linksschenkelblock der Manifestation einer organischen Herzerkrankung, insbesondere einer primären dilatativen Kardiomyopathie, um viele Jahre voraus und stellt somit das erste Symptom dieser Erkrankung dar. Diese Situation ist jedoch eher hypothetisch und unter musterungsärztlichen Aspekten zu vernachlässigen.

Findet sich nach eingehender kardiologischer Diagnostik, die gelegentlich auch invasive Maßnahmen beinhaltet, kein Anhalt für eine organische Genese des Linksschenkelblocks, handelt es sich um eine nicht bedeutsame Erregungsleitungsstörung des Herzens ohne nachteilige Auswirkungen auf die Pumpleistung des Herzens. Diese Situation ist in der ZDv 46/1 unter der Gesundheitsziffer 11/46 „Reizbildungs- und Erregungsleitungsstörungen des Herzens ohne Hinweise auf eine organische Herzerkrankung“ erfasst.

2.3 Gesundheitsnummer bei AV-Block II.⁰ Typ Wenckebach (Mobitz I) bzw. Typ Mobitz II

Zur Dignität, therapeutischen Konsequenzen und wehrmedizinischen Relevanz des AV-Blockes II.⁰ in seinen unterschiedlichen Formen hat der Leiter der Konsiliargruppe Innere Medizin in den letzten Jahren auf entsprechende Anfragen wiederholt Stellung genommen.

Per definitionem handelt es sich bei dem AV-Block II.⁰ Typ Wenckebach (Mobitz I) um eine Leitungsverzögerung proximal des His-Bündels und damit um eine in der Regel harmlose Situation, welche, eine organische Herzerkrankung ausgeschlossen, gut toleriert wird und keiner Therapie bedarf. Diesen Befund findet man gelegentlich sogar bei gut trainierten Menschen und Leistungssportlern. Anders liegen die Verhältnisse beim AV-Block II.⁰ Typ Mobitz II, bei dem die Leitungsstörung distal des His-Bündels gelegen ist und der häufig als Vorläufer eines AV-Blockes III.⁰ anzusehen ist. Der AV-Block II.⁰ Typ Mobitz II ist somit hinsichtlich Prognose, Dignität, Ursachen und wehrmedizinischen Konsequenzen mit dem AV-Block III.⁰ vergleichbar.

Grundsätzlich bedürfen beide Formen des AV-Blockes II.⁰ einer eingehenden kardiologischen Diagnostik. Handelt es sich um die harmlose Form des AV-Blockes II.⁰ Typ Wenckebach, so ist diese mit der Gesundheitsziffer 11/46 und dem entsprechenden Text „Reizbildungs- und Erregungsleitungsstörungen des Herzens ohne Hinweise auf eine organische Herzerkrankung“ ausreichend charakterisiert. Der AV-Block II.⁰ Typ Mobitz II bedingt die Gesundheitsziffer VI/46.

2.4 Gesundheitsnummer bei Präexzitationssyndromen. u.a. WPW-Syndrom mit Tachykardien

Zu diesem Fragenkomplex hat der Leiter der Konsiliargruppe Innere Medizin in der Vergangenheit, insbesondere auf Anfragen der Musterungsbehörden, wiederholt Stellung genommen.

Die Präexzitationssyndrome, und hier insbesondere das WPW-Syndrom ohne nachweisbare Tachykardien, sind in der ZDv 46/1 zurecht unter der Gradation III aufgeführt. Präexzitationssyndrome und auch die häufigste Form, das WPW-Syndrom, mit dokumentierten Tachykardien, finden sich unter der Gradation VI. Diese Verfahrensweise ist schlüssig und gut begründet, da die sogenannten Re-Entry-Tachykardien beim Vorliegen eines Präexzitationssyndroms mit einer erheblichen Beeinträchtigung und Gefährdung des Betroffenen einhergehen können.

Therapie der Wahl beim WPW-Syndrom mit dokumentierten Tachykardien ist die Ablation, d.h. die elektrische Koagulation des akzessorischen Leitungsbündels über einen in das Herz vorgeführten Elektrodenkatheter. Hierbei handelt es sich um ein allgemein akzeptiertes, sehr sicheres und auch langfristig erfolgreiches Behandlungsverfahren. Nach Durchführung dieser Therapie ist das WPW-Syndrom beseitigt, Rezidivtachykardien sind nicht mehr zu erwarten und eine Heilungsbewährung und damit vorübergehende Umstufung, beispielsweise in die Gradation V, ist nicht erforderlich.

2.5 Beurteilung von Echokardiographiebefunden nach der ZDv 46/1 zur Vermeidung von „Echokardiographie-Kranken“

Die Gesundheitsnummer 46 der ZDv 46/1 beinhaltet unter Gradation III „Echokardiographische Auffälligkeiten ohne hämodynamische Auswirkungen“, in der u.a. der asymptotische Mitralklappenprolaps und das ventiloffene Foramen ovale ausdrücklich Erwähnung finden. Hierunter lassen sich zahlreiche andere, harmlose, nicht herzorganisch bedingte, echokardiographische Auffälligkeiten subsumieren, so beispielsweise geringgradige Herzklappenregurgitationen, welche vor allem im Bereich der Aorten- und Mitralklappe häufig angetroffen werden, ohne dass sie hämodynamisch bedeutsam sind oder einer antibiotischen Endokarditis-Prophylaxe bedürfen. Entscheidend in diesen Fällen ist, dass sich die Herzklappen echokardiographisch als morphologisch unauffällig darstellen. Grundsätzlich sollten an der echokardiographischen Diagnose eines Herzklappenfehlers Zweifel angemeldet werden, wenn kein entsprechender Auskultationsbefund des Herzens vorliegt. Verunsicherungen hinsichtlich der Beurteilung echokardiographischer Befunde, meist von niedergelassenen Kardiologen im Rahmen musterungsärztlicher Untersuchungen durchgeführt, basierten in der Vergangenheit weniger auf Unzulänglichkeiten in der krankheitsbezogenen Textgestaltung der ZDv 46/1, sondern auf unpräzisen und z.T. widersprüchlichen Befundinterpretationen der diagnostisch verantwortlichen Fachärzte. Unter der Gradation III „echokardiographische Auffälligkeiten ohne hämodynamische Auswirkungen“ ließen sich noch zahlreiche funktionelle, unbedeutsame Gegebenheiten aufführen, welche jedoch keinen zusätzlichen Informationsgehalt beinhalten und den vorgegebenen Rahmen sprengen würden.