

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM BUNDESVERBAND NIEDERGELASSENER KARDIOLOGEN

Redaktion: D. JESINGHAUS, Saarbrücken; I. KRUCK, Ludwigsburg; F. SONNTAG, Henstedt-Ulzburg; N. WITTLICH, Mainz; R. ZIMMERMANN, Pforzheim
Für den BNK: N. SMETAK, Kirchheim (Erster Bundesvorsitzender); F. de HAAN, Solingen, J.-H. WIRTZ, Dinslaken (Stellvertretende Bundesvorsitzende)

13. Jahrgang 2010; Nr. 03

Der Kardiologe als Sachverständigengutachter

Zur Erlangung der Gebietsbezeichnung Innere Medizin müssen laut Weiterbildungsordnung (WBO) 10 Gutachten, zum Erwerb der Teilgebietsbezeichnung Kardiologie 5 Gutachten abgefasst werden.

Im weiteren Berufsleben kann, laut Gesetz, jedes Gericht jeden Arzt als Gutachter festlegen und/oder damit die Beantwortung gutachterlicher Fragestellungen anordnen.

Bei Rentenverfahren oder im Schwerbehindertengesetz sind sozialmedizinische Kenntnisse erforderlich, welche jedoch kaum im Studium wie auch kaum in der klinischen Weiterbildung vermittelt werden. Rechtsrelevante Äußerungen zu möglichen Behandlungsfehlern bei Straf- oder Zivilprozessen sind nur von erfahrenen Kollegen akzeptabel.

Häufige Fragestellungen (z. B. im Rentenverfahren) sind die Schwere einer KHK, eines Herzklappenfehlers und/oder seiner Folgen postinterventionell oder postoperativ, häufig ebenfalls die Schwere einer systolischen oder diastolischen Herzinsuffizienz.

Die Gutachtersituation ist gelegentlich von Simulation, Aggravation und eingeschränkter Mitarbeit (z. B. Bestimmung der 6 Minuten-Gehstrecke) bei dynamischen Untersuchungen gekennzeichnet, anamnestische Angaben und Vorbefunde sind oft widersprüchlich. Zur Objektivierung sind Untersuchungen und Parameter geeignet, welche vom Probanden nicht beeinflusst werden können.

Die Abschätzung einer systolischen Herzinsuffizienz durch echokardiographische Bestimmung der EF oder die Quantifizierung eines Vitiums oder seiner Folgen ist unproblematisch.

Die Interpretation von Echobefunden zur Abschätzung der diastolischen Herzinsuffizienz (Vorhofgröße, Linksherzhypertrophiezeichen, E/A-Relation, E zu E', DT und IVRT) ist bei schlecht schallbaren Patienten (Emphysem, Adipositas)

deutlich schwieriger, bei Vorhofflimmern und/oder nach Mitralklappenersatzoperationen kann es im Einzelfall sogar unmöglich sein.⁴

Hilfreich ist in solchen Fällen die Bestimmung des neurohumeralen Parameters BNP^{1,2} oder NT-proBNP, der im Gegensatz zur Plasmakatecholaminkonzentration keinen zeitlichen Schwankungen ausgesetzt ist und gut mit klinischen Symptomen korreliert. Bei der Interpretation muss beachtet werden, dass eine reduzierte EF, eine erhöhte LV-Masse, eine Vergrößerung der Vorhöfe, fortgeschrittenes Alter, eine reduzierte GFR, weibliches Geschlecht,³ Adipositas sowie eine Therapie mit Betablockern den Wert erhöhen, eine Therapie mit ACE-Hemmern oder Sartanen erniedrigt den Wert.

Die Spiroergometrie zur Objektivierung einer Herzinsuffizienz oder einer KHK ist technisch aufwendig, erfasst über ST-Streckenveränderungen hinaus jedoch zusätzliche Parameter, welche die Interpretation der Patientenmitarbeit (Erreichen der aeroben Schwelle, maximale Atemfrequenz) wie auch die Interpretation der Belastbarkeit (Sauerstoffäquivalente, maximales VO₂) erleichtern.

Zusammenfassung

Begutachtungen sind notwendig, sie sind Pflichtbestandteil der klinischen Ausbildung und auch später weiterer Aufgaben eines Arztes. Idealerweise sollten Kollegen über sozialmedizinische Kenntnisse verfügen.

Zur Quantifizierung und Interpretation kardialer Erkrankungen sollten neben der Anamnese, den vorliegenden Vorbefunden, möglichst viele objektive, selbst gewonnene Parameter wie BNP, echokardiographische Befunde und Messparameter aus der Spiroergometrie hinzugezogen werden.

Thomas Thürauf, Bad Schönborn

Literatur: 1. Anand IS, Fisher LD, Chiang YT, Latini R, Masson S, Maggioni AP, Glazer RD, Tognoni G, Cohn JN (2003) Changes in brain natriuretic peptide and norepinephrine over time and mortality and morbidity in the Valsartan Heart Failure Trial (Val-HeFT). *Circulation* 107(9): 1278–1283 2. Logeart D, Thabut G, Jourdain P, Chavelas C, Beyne P, Beauvais F, Bouvier E, Solal AC (2004) PredischARGE Btype natriuretic peptide assay for identifying patients at high risk of re-admission after decompensated heart failure. *J Am Coll Cardiol*, 43(4): 635–641 3. Redfield MM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Mahoney DW, Bailey KR, Burnett JC Jr (2002) Plasma brain natriuretic peptide concentration: impact of age and gender. *J Am Coll Cardiol* 40(5): 976–982 4. Chinnaiyan KM, Alexander D, Maddens M, Mc Cullough PA (2007) Curriculum in Cardiology: integrated diagnosis and management of diastolic heart failure. *Am Heart J* 153: 189–200

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte unter der Fax-Nummer 089/570 95 126.

Ein wissenschaftlicher Service von



SERVIER Deutschland GmbH - Eisenheimerstraße 53 - 80687 München - www.servier.de
Amtsgericht München HRB 75665 - Geschäftsführer: Christian Bazantay

Procoralan®

Preterax® N

BiPreterax® N