

Persönlicher Bericht über den Kampf gegen einen Rüttelsensor und über den folgenden Rechtsstreit

Von Dr. Wolfgang Quapp im Februar 2020

e-mail: quapp@math.uni-leipzig.de

Folgender Bericht betrachtet einen Zeitraum von über 12 Jahren. Er handelt von einem falsch programmierten Herzschrittmacher (HSM), dem Versuch das zu verstehen, dem Abschalten der falschen Programmierung, und schließlich von einem Schadensersatzprozeß dazu. Diese Bestandteile sind ineinander verwoben, wobei die medizinische Entwicklung in zeitlicher Reihenfolge dargestellt ist. Um von vornherein eventuelle Verleumdungsklagen auszuschließen, habe ich alle handelnden Personen und Institutionen anonymisiert. (Die Klarnamen können bei mir abgefragt werden – ebenso wie entsprechende Texte.) Die Akronyme sind:

AAA der 'gute' Kardiologe, der den Fehler abstellte. – A gilt mir für aufmerksam. Man kann auch professionell und mutig darunter verstehen, denn er hat den Kunstfehler seiner Kollegen behoben. BBB der (nach Theorie unparteiische) Gutachter, ein Prof. Dr. Klinikdirektor eines Herzzentrums. Wer mit B bösartig assoziiert, dem mag ich nicht widersprechen. BBB war faktisch der Verteidiger der Gegenseite, wortmächtig und autoritätsgesättigt.

CCC die Kardiologin, Oberärztin der HSM-Ambulanz bei UUU, die den Fehler nicht sah.

NNN der Neurologe, der meinen Herzstillstand gesehen hat.

PPP der Physiotherapeut, der im Dezember 2013 im Widerspruch zu allen Ärzten eine richtige Diagnose abgab.

YYY summarisch alle weiteren Kollegen von CCC bei UUU, die den Fehler nicht sahen, und

UUU die Klinik, die den HSM einsetzte und den Programmier-Fehler verbissen abstreitet.

VVV viele weiteren Kliniken / Arztpraxen, in denen meine Probleme untersucht wurden. Das Kürzel ist also auch summarisch verwendet.

WWW die Klinik von Dr.AAA, in der ich letztlich gerettet wurde.

ZZZ eine andere Klinik, in der ein Kollateralschaden behoben wurde.

LLL das Landgericht, bei dem ich kein Recht bekam, obwohl ich natürlich Recht hatte, und

OOO das Gericht, in dem der folgende Berufungsprozess wie das Hornberger Schießen ausging.

Dieser Text hat folgende Ziele:

0.) Damit ich mich selbst durch Aufschreiben allen Unsinnns aus den Prozessen etwas abreagieren kann.

1.) Das Darstellen der Wichtigkeit des Beschäftigens mit der eigenen 'Krankheit', z.B. mit meinem HSM. Jeder Patient sollte sich bei jeder irgendwie gearteten Krankheit nicht auf die Ärzte verlassen, sondern sich selbst beobachten und alles hinterfragen. In meinem Fall war das überlebenswichtig. (Wie der Volksmund schon sagt: "Nur der kluge Patient überlebt seinen Arzt.")

2.) Ein negativer Hinweis an alle Patienten, die unter Ärzte-Pfusch leiden mußten: (Wenn nicht ein offensichtlicher Fehler passierte, wie etwa das falsche Bein amputiert.) Es hat überhaupt keinen Sinn vor Gericht zu gehen, weil dort von den beteiligten Ärzten als auch vom vermeintlich unabhängigen 'Gutachter' (auch ein Mediziner) alles abgestritten wird, und die Gerichte den Ärzten mehr glauben als den Fakten, die man als Patient anführen kann. Außer ohnmächtiger Wut über derartige Abläufe ist nichts zu erreichen. In einem Prozess zu einem 'Kunstfehler' der Ärzte gibt es nichts zu gewinnen. (Einzelne Ausnahmen, die durch die Presse gehen, bestätigen nur die Regel. Leute wie mich, die von sich denken, alles verstehen zu können, werde ich durch diese Warnung nicht beeindrucken – aber es ist immerhin versucht.)

Beginn meiner Leidensgeschichte

Im September 2007 mußte ich während einer Bahnreise zweimal stressig umsteigen. Danach, im wohligen Ruhezustand auf dem letzten Stück der Reise, hatte ich eine unklare Ohnmacht.

Ich war bis dahin erfolgreicher Wissenschaftler und Lehrer der Mathematik an der Universität Leipzig. Ich fühlte mich ansonsten kerngesund (ich hatte bis dahin nicht einmal einen festen Hausarzt), ich hatte regelmässig gelebt, wenig Alkohol getrunken, nie geraucht oder andere Drogen genommen, aber lebenslang Ausgleichs-Sport getrieben.

Stress hatte es allerdings genug gegeben, vor allen Dingen nach dem Ende der DDR, als an der Universität ein Großteil der Mitarbeiter entlassen wurde.

Ich war einer der wenigen Übrig-Gebiebenen, aber die Lage war weiterhin unsicher.

In der Lehre hatte ich ständig offene Veranstaltungen von entlassenen Kollegen zu übernehmen. Das bedeutete ständig neue Dinge zu lernen, was ja erst einmal etwas Gutes ist, aber die Zeit dafür war immer zu kurz.

In der Wissenschaft hatte ich Erfolge, aber da liegt der Stress in der Natur der Sache: Zuerst will man etwas heraus bringen und setzt sich selbst unter Druck; und wenn man etwas gefunden hat, muß man es ordentlich in Englisch aufschreiben, und es in einer entsprechenden Zeitschrift unterbringen. Das gelang mir oft. Heute bin ich bei über 100 Arbeiten in führenden internationalen Journalen angekommen, ich habe natürlich auch eine ähnliche Anzahl von Gutachten verfertigt, für mehr als 30 verschiedene führende Journale, und ich habe viele Vorträge auf internationalen Konferenzen gehalten.

Zurück zum Herzen:

Ich fühlte mich gesund, hatte aber viel Stress. Die Ohnmacht wurde in VVV im Herbst 2007 verschiedentlich untersucht, aber ohne Befunde. Bis ein Arzt mich wegen Epilepsie-Verdacht an die Neurologie verwies. Dort wurde mir im 'Ruhezustand' bei einem Schlafentzugs-EEG Elektroenzephalogramm auf der Pritsche schwarz vor Augen. Der Neurologe Dr.NNN sah im Chaos der aufgezeichneten Hirnströme, das untypisch für Epilepsie war, daß das Herz still gestanden hatte, ein Sinusknoten-Stillstand, ein Sinus-Arrest. Es war eine primäre Asystolie, ein Herzstillstand ohne vorhergehendes Kammerflimmern.

In der Stellungnahme der Gegenseite vom 12.12.2018 wird möglicherweise absichtlich mißverständlich gesagt, daß dieses EEG unter 'Belastung' stattfand. Es war aber ein EEG in Ruhe nach einem 24h-Schlafentzug. Die Belastung war also der Schlafentzug, kein Ergometer. Der Kopf war belastet, nicht der Körper. Für mich ist Schlafentzug auch ein echter Stress.

In makabrer Weise hat sich hier einer meiner jugendlichen Leitsprüche beinahe verwirklicht:

Faust: "Werd' ich beruhigt je mich auf ein Faulbett legen, So sei es gleich um mich getan!" Johann

Wolfgang von Goethe, (1749 - 1832), Faust. Der Tragödie erster Teil, Studierzimmer

Die Antwort auf den Herzstillstand war der hier zur Rede stehende HSM Herzschrümmacher "vitatron T70 DR", der unmittelbar im Dezember 2007 eingesetzt wurde. Die Symbol-Bezeichnungen des HSM ist DDD-R. Die ersten drei DDD bedeuten, daß der HSM sowohl im rechten Vorhof als auch in der rechten Herzkammer die Frequenz abfragt als auch gegebenenfalls selbst anregen kann. Das R bedeutet rate-adaption, euphemistisch Frequenzanpassung, siehe dazu unten mehr. Mit dem HSM wurde ein weiterer Herzstillstand verhindert, was bewiesen ist, da ich noch am Leben bin. Mir wurde erklärt, daß der HSM die untere HF Herzfrequenz, Herzschläge pro Minute kontrolliert, und eingreift, wenn diese zu tief absinkt. D.h. die hier zur Rede stehende R-Funktion, der Rüttelsensor, die frequenzadaptive Therapie, wurden nicht erwähnt und also auch nicht erklärt. Im Prozess habe ich die falsch programmierte R-Funktion des Rüttelsensors als Kunstfehler angeklagt.

Mein Leben ging nach der Operation weiter wie bisher: Viel Arbeit, dazu Ausgleichs-Sport. Ich muss noch betonen, daß ich den Sport immer allen behandelnden Ärztinnen und Ärzten CCC und YYY berichtet hatte, bis hin zu diversen Leistungsparametern. Mein Wochenprogramm war sozusagen ein verteilter Triathlon: 1 h Lauf, eine 3/4 h Schwimmen und 1-2 h Rad, alles "gute",

empfohlene Sportarten mit hohem dynamischen Anteil und aerober Belastung. Alle Bewegungen in der Stadt gingen per Rad, alle Treppen wurden per Fuß bewältigt. Am Wochenende oft etwas Gartenarbeit.

Zur Indikation – bzw. der Trick der Gegenseite

besteht darin, mir eine Krankheit anzuhängen, die ich nie gehabt habe, um den Behandlungsfehler rechtfertigen zu können. (Ex falso quodlibet.)

Alle meine Selbstbeobachtung beim Sport sowohl vor der Implantation des HSM, als auch danach widerspricht der Behauptung der Gegenseite und im Gutachten (S.9), daß eine "behandlungsbedürftige Frequenzinkompetenz" vorliege. (Diese braucht die Gegenseite aber, um den Rüttelsensor zu rechtfertigen.)

Es gibt nirgendwo in den Protokollen der HSM-Kontrollen, in den Schreiben der Gegenseite und der Gutachten den Anschein eines Beweises für diese Behauptung.

Ich gebe eine Definition von Mathias Meine,

"Differenzierter Einsatz der frequenzadaptiven Stimulation" in: Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie 15:177-187 (2004)

Zitat: "Die chronotrope Inkompetenz ist definiert als die Unfähigkeit der Herz-Kreislaufregulation, die Herzfrequenz adäquat den jeweiligen (mentalenen oder körperlichen) Bedürfnissen anpassen zu können..." Chronotropic effects change the heart rate.

Und selbst bei chronotroper Inkompetenz lese ich bei Mathias Meine weiter:

Zitat: "Eindeutig kann die Indikation zur frequenzadaptiven Herzschrittmachertherapie für Patienten mit Sick-Sinus-Syndrom gestellt werden, die **keinen** Anstieg der Herzfrequenz ... unter Belastung erfahren."

Die Formulierung ist beinahe schon makaber!?

Übrigends: In diesem Fachartikel findet man auch eine Abbildung, die zeigt, daß der HF-Anstieg bei Belastung bei sportlich Trainierten langsamer ist als bei chronotrop inkompetenten Patienten.

Beweis

Vor dem HSM habe ich 25 Kulki-Triathlons bestritten. Zum Beweis meiner Belastbarkeit gebe ich meine letzten Zeiten beim Kulki-Triathlon an:

2006: 3⁰² h 2007: 2⁵⁸ h

Dez.2007: HSM eingesetzt;

für den folgenden Triathlon hatte ich bei der HSM-Ambulanz UUU die Erlaubnis erhalten.

2008: 3⁰⁸ h 2009: 2⁵⁸ h 2010: 3⁰⁸ h 2011: 3⁰⁷ h 2012: 2⁵⁹ h

2013: 3¹³ h, mein erzwungenermaßen letzter Triathlon, siehe unten.

Die Liste zeigt bis 2012 eine quasi gleichbleibende Leistung, bei oft wechselnden äußeren Bedingungen. 3 Stunden ist auch nicht gerade getrödelt. Nur im Sommer 2013 gibt es einen leichten Abfall. Beim Triathlon stört der Rüttelsensor nicht wirklich, weil beim Schwimmen sowieso, und beim Radfahren auf glattem Asphalt nichts rüttelt, und beim Laufen volle Leistung über der oberen eingestellten HF gebraucht wird. Wie man an den Zeiten sieht, hat der R-Sensor auch nichts genützt.

Ich frage: wer würde hier eine "behandlungsbedürftige Frequenzinkompetenz" vermuten? Und nur Wut kann man empfinden, wenn man weiß, daß der 'Gutachter' BBB Spezialist für die chronotrope Inkompetenz ist – aber in dieselbe Kerbe haut.

2.Beweis

Aber ich brauchte eigentlich diese Triathlon-Zeiten nicht anzuführen: Bezüglich meiner Leistungsfähigkeit brauche ich nur das Protokoll der HSM-Kontrolle vom 15.3.2010 aufzurufen.

Zitat: "Pat. treibt viel Sport, gut belastbar".

In der von BBB zitierten ESC-Guidline European Society of Cardiology 2013 – übrigens hier etwas unkorrekt rückwirkend angewandt, der HSM wurde 2007 eingesetzt, aber sei es drum,– steht auf S.2288

” ... standard criteria for chronotropic incompetence are unreliable.“ ”...Standardkriterien für chronotrope Inkompetenz sind unzuverlässig...“ und weiter: ”Owing to the modest quality of evidence and the large inter-patient variability that make it difficult to establish the nature of symptoms, the usefulness of cardiac pacing in patients with chronotropic incompetence is uncertain, and the decision should be made on a case-by-case basis.“ ”Aufgrund der bescheidenen Evidenzqualität und der großen Variabilität zwischen den Patienten ist es schwierig, die Art der Symptome zu bestimmen. Die Nützlichkeit des Herzschrittmachers bei Patienten mit chronotroper Inkompetenz ist unsicher, und die Entscheidung sollte von Fall zu Fall getroffen werden.“

Man beachte: schon das Pacing selbst wird hier offen gehalten, bei chronotroper Inkompetenz!

Aber das traf für mich sicher nicht zu. Wäre ich chronotrop inkompetent gewesen, so hätte eine Voruntersuchung stattfinden sollen, weil sonst weiteres Sporttreiben unverantwortlich gewesen wäre. Siehe etwa C. Israel in: ”Sport bei Schrittmacherpatienten“

Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie 2012, 23:94-106

Zitat: ”Bei herzinsuffizienten Schrittmacherpatienten sollte daher vor Aufnahme sportlicher Aktivität eine Spiroergometrie durchgeführt und die maximale Sensor- bzw. Trackingfrequenz unter Berechnung der Herzfrequenzreserve $\text{Herzfrequenzreserve} = \text{Differenz zwischen der maximalen Herzfrequenz und der Ruhe-Herzfrequenz}$ individuell optimiert werden.“ Spiroergometrie ist die Kombination von Ergometrie und Sauerstoffverbrauch.

Das ist nicht geschehen. Ich habe es damals und auch heute nicht als Mangel gesehen, weil ich ja leistungsfähig war.

In der ESC Guideline 2013, die der Herr BBB zitiert, lese ich auf S.2289-2290 weiter: ...”improvements in exercise capacity (Belastbarkeit) with DDDR, compared with DDD, have been inconsistent. For patients with chronotropic incompetence ... a larger multicentre, randomized trial failed to show a difference..” ”Die Verbesserungen der Belastbarkeit bei DDDR im Vergleich zu DDD DDD-Herzschrittmacher. Er kann im Vorhof (Atrium) und in der Herzkammer (Ventrikel) sowohl wahrnehmen als auch stimulieren und den Herzschlag beschleunigen oder verlangsamen. waren inkonsistent. Bei Patienten mit chronotroper Inkompetenz ...konnte eine größere multizentrische, randomisierte Studie keinen Unterschied zeigen ..“

D.h. selbst für chronotropisch inkompetente Patienten ist die R-Funktion im Text dieser ESC Guideline offen gehalten!

Im Gutachten aber steht: ”Entsprechend den ESC-Leitlinien sollte beim intermittierenden Sinusknoten-Syndrom als erste Wahl eine DDD-R-Funktion programmiert werden. Der Gutachter sieht keinen Verstoß gegen bewährte medizinische Erkenntnisse. Leitliniengerecht erfolgte die Schrittmacherprogrammierung bei krankem Sinusknoten mit Einschalten der R-Funktion.“

2. Trick

Wie ist der Herr Gutachter BBB vorgegangen: Zuerst hat er meinen dokumentierten einmaligen Herzstillstand (Sinus-Arrest) verallgemeinert in ein Sinus-Knoten-Syndrom, im Gleichklang mit der Stellungnahme der Gegenseite von 12.12.2018. (Das klingt viel schlimmer, als der einmalige Herzstillstand schon war.) Diese Verallgemeinerung ist vollinhaltlich zurückzuweisen, weil sie sehr verschiedene Krankheiten des Sinus-Knotens zusammenfaßt, siehe das Gutachten wo alle diese auf mich nicht zutreffenden Erkrankungen unnötigerweise aufgezählt sind, die gleichwohl sehr verschieden behandelt werden müssen. (Wikipedia zum Sinusknoten-Syndrom).

Dann setzt er noch Eins drauf, indem er vom ”intermittierenden Sinusknoten-Syndrom“ spricht. In meinem Verständnis heißt ”intermittierend“: mit Unterbrechungen, mit zeitlichen Zwischenräumen erfolgend. Aber mein dokumentierter Sinusarrest war (zum Glück) einmalig!

Es geht hier um einzelne Worte: Der plötzliche Herzstillstand, die Asystolie, hat eine geschätzte Überlebensrate von fünf Prozent oder weniger. Von 100 betroffenen Menschen überleben 3 bis 5. Bei einem hypothetischen 2. Herzstillstand wäre meine Überlebensrate nach Wahrscheinlichkeitsrechnung also kleiner als ein Viertel Prozent gewesen. Hätte ich einen ’intermittierenden Herzstillstand’ von je 22 sec. gehabt, was BBB böse unterstellt, würde ich heute nicht mehr am Leben sein.

Im Schema der Figure 3 der ESC-Leitlinie 2013 gibt es dem Zweig:



ohne "R"-Funktion. AVM bedeutet: AV delay management, Vorhof zu Kammer Verzögerungs-Kontrolle.

Ich muß deshalb die zitierte Argumentation (auf S.9 des Gutachtens) als falsch zurückweisen. Ebenso wie die Stellungnahme der Gegenseite vom 12.12.2018: Zitat:

"...diese Erkrankung wird obligat mit einem Schrittmacher mit Frequenzadaption behandelt."

Das ist nicht einmal nach der nachgezogen zitierten ESC-Leitlinie 2013 korrekt!

(Aber beide, sowohl die Gegenseite UUU als auch BBB, "mußten" mir die Krankheit chronotrope Inkompetenz anhängen, damit sie den eingeschalteten R-Sensor irgendwie rechtfertigen konnten. – Und die Gerichte glauben ihnen. – Übrigens habe ich eine Kopie dieser Figure 3 der ESC-Leitlinie 2013 dem OOO vorgelegt. Das Gericht hat sie nicht zur Kenntnis genommen.)

Weitere Entwicklung

Zurück zu mir: Das sportliche Training konnte ich nach der OP fortsetzen. In den Jahren 2008 und 2009 hatte ich oft mir vorher unbekannt Palpitationen, die ich aber damals nicht zuordnen konnte. Schon 2010 begannen ernste Probleme: Öfter traten Palpitationen auf, die ich wie gesagt vor der Implantation des HSMs nicht gekannt hatte, oder Präsynkopen, gegen die der HSM ja eingesetzt war, wie ich auch selbst dachte. Bei einem Wanderurlaub auf Mallorca im März 2010 hatte ich bei milden Gruppenwanderungen 5 Präsynkopen und schließlich eine Synkope, bei der ich umfiel wie ein Brett. Diese Episoden traten immer bergab auf, sozusagen bei geringerer Belastung als bergauf. Heute bin ich sicher, daß die Ereignisse durch Herzflimmern verursacht wurden, provoziert durch den HSM. Ich werde es später versuchen zu erklären. Nach einigen theoretischen Einlassungen. Aber damals waren wir ratlos und sehr erschrocken. Nach der Synkope brachen wir den Urlaub ab. (Wandern im Gebirge mit eingestreuten Ohnmachten ist nicht gesund.)

Eine anschließende Beobachtung eine Woche lang in UUU brachte keine klärende Diagnose.

In UUU wurde (auf meine Initiative hin) ein Fahrrad-Ergometer-Leistungstest mit folgendem Ergebnis durchgeführt: HF unter Belastung summarisch 170. In der berichteten 24-h-Tabelle gibt es sogar noch weit höhere Werte bei maximalen Belastungen: 193, 218 und 214 HF. Dabei traten keinerlei Präsynkopen auf. Schon hier hätte man feststellen können, daß volle Leistungsfähigkeit des Herzens und seines Sinus-Knoten weit jenseits der maximal zu stimulierenden HSM-Frequenz vorlag, und also eine Rüttel-Frequenzanpassung unsinnig war. Im schon erwähnten Protokoll der HSM-Kontrolle vom 15.3.2010 steht sogar explizit: "Pat. treibt viel Sport, gut belastbar." Aber in der Stellungnahme der Gegenseite vom 12.12.2018 (S.2 unten + S.3 oben) wird das Gegenteil behauptet.

Da dieser Fahrrad-Ergometer-Test aber sozusagen gut gegangen war, ich komme später noch einmal auf diesen Typ von Test zurück, ging man fälschlich davon aus, daß die Probleme des Wanderurlaubs nicht vom Herzen kommen konnten. Denn auch der Blutdruck wurde in einer 24-h-Messung untersucht, und ein orthostatischer Test wurde gemacht. Den hat man dann als Grund für die Synkope beim Wandern ausgemacht. (Was im Nachhinein bezweifelt werden kann. Die Angemessenheit dieses Tests ist mir unklar: Ich hatte mich ja am Berg nicht abwechselnd flach gelegt und war wieder aufgestanden? – Und wer kennt das nicht, daß einem beim schnellen Aufstehen etwas schwummrig werden kann?)

Meine Fragen zu den Präsynkopen und der Synkope wurden bei den HSM-Kontrollen vom Herz weggelenkt. Etwa sei eben niedriger Blutdruck, oder irgendetwas anderes schuld. Ich sollte zum Hausarzt bei VVV gehen. Präsynkopen oder Synkopen zu diagnostizieren sei schwierig, aber das Herz sei nicht schuld. (Erst recht hat niemand von YYY über den HSM nachgedacht.)

Spezielle Sport-Tests wurden keine weiteren gemacht. Einer der ständig wechselnden Ärztinnen

und Ärzte YYY war sogar ein ehemaliger Triathlon-Sport-Arzt gewesen. Mit dem habe ich noch über Triathlon gefachsimpelt. Er hat mir zugeraten, diesen Sport weiterzubetreiben. Keine Ärztin und kein Arzt YYY hat meine Probleme auf das Herz bezogen, bzw. auf den wirklich Schuldigen, den Rüttelsensor des HSM.

Der Rüttelsensor

Ja, das corpus delicti. Ich will hier noch genauer zitieren, wie ein Rüttelsensor arbeitet, siehe die Fachartikel von R. Lang, V. Dornberger, V. Kühkamp, L. Seipel: "Kontraktionsdynamik vs. Accelerometer: Intraindividueller Sensorvergleich bei physischer und psychischer Belastung" in: *Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie* 9:13 - 14 (1998) Suppl. 1,

Zitat: "Die Empfindlichkeit dieser Sensoren wird in der Regel für Tätigkeiten wie Gehen und Treppensteigen optimiert. Während für diese Belastungen physiologische Frequenzverläufe erzielt werden, kann die Anpassung in anderen Fällen nur zufällig adäquat sein."

Oder M. Meine "Differenzierter Einsatz der frequenzadaptiven Stimulation" in: *Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie* 15:177-187 (2004), Zitat: "Mit dem Aktivitätssensor kann bei weitem keine physiologische Frequenzadaption erreicht werden, da das Bewegungssignal mehr mit der Art als mit dem Grad der Belastung korreliert."

Detektiert der R-Sensor also eine Frequenz zwischen 60 und 150 (je nach Einstellung), und das Herz ist auch gerade in diesem Bereich, so wird die Frequenz des R-Sensors dem Herzen aufgezwungen, egal welche physiologisch angesagte Frequenz der Sinusknoten des Herzen gerade leisten will. Mein Herz hat diesen Terror 8 3/4 Jahre ausgehalten, aber dann hatte mich der R-Sensor auch richtig krank 'geschunden'.

Weiteres Zitat: M. Kindermann und G. Fröhlig, die auch BBB zitiert: "Körperliche Aktivität und Sport bei Schrittmacherpatienten" in: *Deutsches Ärzteblatt*, 101, Heft 47, 19. November 2004, Seiten A 3191-8

Zitat: "Der Aktivitätssensor" ... "nutzt die bei körperlicher Aktivität auftretenden Beschleunigungskräfte, die auf einen im Schrittmacher implementierten Piezo-Kristall übertragen werden. In Abhängigkeit vom Aktivitätsniveau verformt sich der Piezo-Kristall und generiert elektrische Spannungsimpulse. ... Aus der Zahl und Amplitude dieser Spannungsimpulse wird das Belastungsniveau abgeschätzt und die Sollfrequenzänderung abgeleitet."

Aber, "Im Verlauf einer steigenden körperlichen Belastung verliert der Aktivitätssensor seine Belastungsproportionalität." Und ... "Auf bestimmte Belastungsformen (zum Beispiel Fahrrad fahren) reagiert er nicht empfindlich genug (mangelnde Sensitivität)"

und "... nicht belastungsbedingte Erschütterungen und Vibrationen des Körpers ... (beispielsweise beim Reiten oder Motorrad fahren) führen zu einer fehlerhaften Sensoraktivierung (mangelnde Spezifität), ..." an anderer Stelle:

"Bei körperlich aktiven Patienten sollte grundsätzlich die Indikation für ein frequenzadaptives System überprüft werden."

Die mangelnde Sensitivität war für mich unproblematisch, der Wackelsensor hat mich da eben nicht gestört, aber die mangelnde Spezifität wurde offensichtlich ein großes Problem für mich. Der Herr Gutachter BBB schreibt auf S.4 seines Ergänzungsgutachtens feinsinnig in der Möglichkeitsform: "... Durch die Aktivierung der Frequenzadaption **kann** die Herzfrequenz an den momentanen körperlichen Belastungszustand des Patienten angepasst werden ..."

Ich kann nur sagen: wenn es denn so gewesen wäre! Diese schöne Möglichkeit widerspricht krass meinen Erfahrungen.

Analog zum Gutachter schreibt die beklagte Seite, UUU, nun selbst in der Stellungnahme vom 12.12.2018 auf S.2, wieder in der Möglichkeitsform:

Zitat: "Problem des Klägers wird der Wechsel zwischen Eigenfrequenz und Stimulation unter Belastung gewesen sein."

! Hört, hört! "Die Konsequenz **wäre** nicht das Abschalten des Sensors, sondern die Anpassung

an die Belastungen des Klägers durch Veränderung der Steilheit des Frequenzanstiegs.“
Leider kommt diese (halbherzige) Einsicht der Gegenseite für mich 12 Jahre zu spät. Nichtsdestotrotz ist sie ein **Eingeständnis des beklagten Kunstfehlers der Gegenseite**.
Und ich glaube zu wissen, daß die Gegenseite die ”Veränderung der Steilheit des Frequenzanstiegs“ auch nur vom Hörensagen kennt: In ihrer Stellungnahme vom April 18 gab es dafür 5 Stufen, jedoch im Dezember 18 nur noch drei Stufen! (Die Gerichte LLL und OOO haben so was aber überlesen, na klar.)

Die mangelnde Spezifität des Rüttelsensors ist sehr wahrscheinlich der Grund für die Probleme beim Wanderurlaub im März 2010. Ich erkläre diese nun auf Grund meines heutigen Wissens: Bergab will das Herz in einen geruhsamen Modus übergehen, aber die Impulse des Rüttelsensors durch hartes Auftreten bergab treiben das Herz immer wieder zu einer höheren Frequenz an. Wenn die Asynchronität von Sinus-Knoten und HSM-Stimulation zu heftig wird, kommt es zu Vorhof- oder Kammerflimmern, der Blutstrom zum Kopf reißt ab, und eine Präsynkope, oder sogar eine Synkope ereignen sich. Das heißt die Probleme kamen nun nicht mehr vom Sinus-Arrest, sondern von einem (provozierten) Herzrasen.

Beweis

Diese Version bestätigt ein Fachzitat: H.J. Schrickx, J.H. Ruiter, R. Antenbrink, A. Maarsse, M.I. Sedney:

“DDD versus DDDR pacing: effects on the occurrence of atrial arrhythmias and the quality of life in patients with the sick sinus syndrome” in: Netherlands Heart Journal, Volume 10, Number 1, January 2002, p. 3-7

Zitat: “...sensor-mediated dual chamber or atrial pacing will increase the opportunity for competition between atrial sensor based rhythm and sinus rhythm, particularly during exercise. Competitive atrial rhythms may result in atrial fibrillation or flutter.” “Sensor-vermittelte Zweikammer-...stimulation erhöht die Konkurrenz zwischen atrial-sensorbasiertem Rhythmus und Sinusrhythmus, insbesondere während des Trainings. Die Konkurrenz der Vorhofrhythmen kann zu Vorhofflimmern oder -flattern führen.”

Wie wahr!

Hier kann man auch sehen, daß die Bezeichnung der betreffenden Funktion: R wie rate adaption, in deutsch Frequenzanpassung, **ein Euphemismus ist**. Die Gegenseite möchte aber auf diesem Euphemismus beharren, siehe S.2 der Stellungnahme vom 12.12.2018. Man stört sich regelrecht am Wort Rüttelsensor. In der Darstellung der Gegenseite vom 25.4.2018 wird kurioserweise auf S.5 sogar bestritten, daß mein HSM einen Rüttelsensor hat; aber es wird immerhin ein Accelerations-sensor eingeräumt. Was sicher dasselbe ist. Im Dezember 18 schrieb man (S.2) ...der Sensor reagiert nicht auf ”Rütteln“, sondern auf Beschleunigung...”

Ich sollte hier noch 1 min **Physik-Grundkurs** einfügen! Wenn man einen Stein beschleunigt, d.h. wirft, gibt es keine abgreifbare Frequenz. Der Stein fliegt eben weg. Nur beim hoch- und runter Beschleunigen, oder eben Rütteln des HSM, gibt es eine Frequenz, die der Sensor abgreifen kann. Physikalisch + medizinisch trifft also das Wort Rüttelsensor die Sache genau. (Es klingt aber nicht so beschönigend wie Accelerationssensor oder sogar Frequenzadaption.)

Auf S.3 der Stellungnahme vom 12.12.2018 steht noch die Einsicht:

Zitat: ”... Im hohen Frequenzbereich ist die Eigenfrequenz der Stimulationsfrequenz hämodynamisch sogar ... überlegen, so daß in diesem Bereich bei bestehender Alternative der Schrittmacher nicht aktiv sein sollte.“ ! Möglichkeitsform !

Mein Kommentar: eine richtige Einsicht, aber, wie gesagt, 12 Jahre zu spät. Und es ist nur unter dem Druck meiner Argumentation halbherzig zugegeben. Weil man bei mir hier wieder eine nicht bestehende Alternative unterstellt, d.h. fehlende Leistungsfähigkeit.

Ich sollte also noch einmal zur **Leistungsfähigkeit** zurückkommen.

Auf der anderen Seite hat man meinen Sport auch im positiven Sinn ständig zu wenig mitgedacht: Am 16.3.2012 wurde bei einer Kontrolle protokolliert: “Häufige ventrikuläre Tachyepisoden bei Sinustachykardie (Laufsport, HF bis 180)... ”Ventrikuläre Tachyepisoden“ heißt zu schnelles Schlagen

der Herzkammern.

Auf S.4 seines Ergänzungsgutachten geht BBB auf diese Eigenmessung der HF bis 180 ein. Da der HSM als Obergrenze nur eine Stimulationsfrequenz von 150-160 abgebe, mußte diese 180 HF krankhaft sein. Aber meine Eigenmessung war bei einem Lauf nach etwa 1/2 h als ich aus Übermut einen Sprint einlegte. Als ich auf meiner HF-Uhr die 180 sah, nahm ich das Tempo sofort wieder zurück und lief normal weiter, worauf die HF auf den damals "normalen" Wert beim Laufen von 160 zurückging. Ungestört vom Rüttelsensor hatte das Herz also diese Sprintbelastung ausgeführt. Ich kann daran nichts krankhaftes erkennen.

180 HF ist etwas höher als man einem 65-jährigen zutraut, (Faustformel: Maximalfrequenz = (220 - Alter), also für einen 65-jährigen 'Normalmenschen': 155 maximale HF) deshalb hat es die kontrollierende Ärztin wohl auch ins Protokoll aufgenommen. Aber ich hatte, wie schon erwähnt, immer Sport getrieben und war gut trainiert. Somit ist diese Fähigkeit des Leistungsabrufens vom Herzen für mich erklärt, und zeugt von einem guten Leistungsvermögen. Das BBB hierauf extra abhebt, beweist mir, daß er keine Sportlerprobleme kennt, oder diese bewußt mißversteht.

Man hätte aber hier wieder erkennen müssen, daß mein Herz sehr leistungsfähig ist und im oberen Bereich keines Rüttelsensors bedarf. Ich vermute, daß jedes Überschreiten der eingestellten HSM-Obergrenze beim Sport als Tachyepisode gezählt wurde und mir vom Gutachter BBB als krankhaft angelastet wird.

Zweites Memento Mori

Zurück zu den Problemen. Im 6.ten Jahr nach der Implantation des HSM zeigten sich ernsthafte Probleme. Präsynkopen und Palpitationen traten öfter auf. Ich zog durch diverse Arztpraxen VVV, wie HNO, Zustand der Gefäße, Zahnarzt, und andere, wobei wieder keine ernsthafte Diagnose erstellt werden konnte. Alle bescheinigten mir nur, daß auf ihrem Gebiet bei mir alles in Ordnung sei. Nur Physiotherapeut PPP deutete meine Symptome als vom Herzen kommend. Dann trat bei einem EKG, außerhalb von UUU unter den Augen eines Arztes ein Herzrasen auf mit $HF > 215$, so daß man nun meine Probleme auch bei der SM-Ambulanz UUU auf das Herz beziehen mußte, sich nicht mehr auf den zu niedrigen Blutdruck zurückziehen konnte. Aus dem Protokoll der anschließenden Notaufnahme vom 10.12.2013 "... paroxysmales tachyarrhythmisches VH-Flimmern (einmalig auch als PMT Pacemaker Mediated Tachycardia). Mit VH-Flattern mit 2:1 Überleitung, welches mit den Zeitpunkten der "Präsynkopen" korreliert. 2:1 bedeutet, die Kammerfrequenz halbiert sich gegen den Vorhof, d.h. das Flimmern wird abgedämpft. In Summe 17 Episoden, die längste 22 min."

Im Nachhinein: hier hatte der Rüttelsensor eine massive Überreaktion verursacht.

Das Kürzel PMT bedeutet dabei: Pacemaker Mediated Tachycardia, d.h. Herzrasen, Tachykardien, die durch den Schrittmacher verursacht werden. Diese führen zu atrialer und ventrikulärer Asynchronisation, d.h. die Vorhöfe und die Herzkammern arbeiten nicht mehr im gleichen Takt. An der Stelle war also Schluß mit lustig!

– Man hätte also schon im Dezember 2013 sehen müssen, daß der HSM mein eigentliches Problem ist, und das er mich in gefährliche Situationen getrieben hat. Dabei wurde mir die Abkürzung PMT übrigens nicht erklärt; ich habe sie erst in Vorbereitung dieses Textes recherchiert und erst 2019 verstanden, daß ich mich 2013 in ernster Gefahr befand, neben dem dumpfen Bauchgefühl damals. Nachträglich habe ich mir noch gratuliert, daß ich damals ein zweites mal penetrant hintereinander in die Notaufnahme gegangen bin, obwohl ich beim ersten Aufschlagen krank weggeschickt worden war.

Der Sport aber, und der Rüttelsensor des HSM wurden in der UUU -Ambulanz wieder nicht zusammengedacht: man verschrieb mir einen Beta-Blocker, Blutverdünner, und empfahl Stützstrümpfe zu tragen, gegen den zu niedrigen Blutdruck. Für PMT, das vom HSM verursachte Herzrasen, ist das sicher nicht ausreichend für eine leitliniengerechte Reaktion, was BBB behauptet. Der Beta-Blocker führt im Allgemeinen auch zu einer weiteren Absenkung des Blutdruckes. (Da VHF bei vielen Patienten oft mit Bluthochdruck gekoppelt ist, ist dies normalerweise keine nega-

tive Nebenwirkung – bei mir wahrscheinlich schon.)

Aber einen beinahe tödlichen Kollateralschaden löste der Blutverdünner aus: Mein Hausarzt hatte diesen zu hoch dosiert, und nicht oft genug kontrolliert. An einem Wochenende spürte ich ein unnormales Unwohlsein. Bei einem Bekannten machten wir deshalb den INR Test zur Blutgerinnung.

(International Normalized Ratio – Es wird die Gerinnungszeit des Blutplasmas eines Patienten durch die Gerinnungszeit eines standardisierten Normalplasmas geteilt.) Normales Blut hat den Wert 1 dieses Parameters. Ich sollte zwischen 2-3 haben. Schwer am Herzen operierte Patienten evt. bis 4. Gemessen haben wir 8 1/2. An der kleinsten inneren Verletzung wäre ich mit diesem Wert sehr wahrscheinlich verblutet. Ich wies mich darauf hin selbst nach ZZZ ein. Die Notärztin dort drückte ihren Meßwert so aus: “Jenseits der Meßbarkeit”. Es gab dann das Gegenmittel, und die Gefahr war vorüber.

Wechsel der HSM-Kontrollen

Ich hatte inzwischen (2013/2014) das Vertrauen in die HSM-Ambulanz von UUU verloren und war an die Klinik WWW zu Dr.AAA gewechselt.

Es sei betont, daß ich mich bei UUU korrekt abgemeldet hatte. Es gibt ja freie Arztwahl.

Es ist mir unverständlich, warum die Gegenseite diesen Wechsel nicht nachvollziehen kann. Ich rechne es mir als Glücksfall an, der Wechsel war zu meinem Vorteil. Wie hätte mir die Klinik UUU helfen können, wenn sie das Kernproblem, die ständigen Störungen des Herzen durch den Wackelsensor, noch heute nicht anerkennen? Das Einzige, was ich mir in diesem Zusammenhang vorwerfe ist, daß ich nicht schon früher als nach 6 Jahren gewechselt bin. (Ich wußte etwa 2010, das die Klinik ZZZ eine spezielle HSM-Sprechstunde für Sportler hat. Aber ich konnte mir nicht vorstellen, wie wenig Ahnung 'normale' Kardiologen CCC und YYY vom Unterschied eines normalen Herzen zu einem sportlich trainierten Herzen haben.)

In der Antwort der Gegenseite vom 25.4.18 steht dazu noch: Zitat: “Im letzten Kontrolltermin hat Frau OA CCC ein Prozedere empfohlen, zu dem es nicht mehr kam, weil der Kläger zum vereinbarten Termin nicht erschienen ist.” Dazu folgendes: (1) Im Protokoll der HSM-Kontrolle steht kein Prozedere. (2) Ja, wenn CCC in einer hypothetischen Nachbetrachtung dieser schlimmen Episode vom Dezember 2013 die Einsicht gehabt hätte, daß der verdammte R-Sensor schuld ist, dann hätte sie mir ja einen Sofort-Termin schicken können. – Hat sie nicht; die Einlassung von UUU ist, vorsichtig gesagt, eine weitere Schutzbehauptung.

In WWW war nun immer derselbe Arzt zuständig. Dr.AAA zeigte sich auch meinen Fragen gegenüber viel aufgeschlossener. Und er wußte noch, was in den vorigen Kontrollen besprochen war, (auch wenn er diese 'Fragen oder Vermutungen' eines Patienten nicht immer ins Protokoll geschrieben hat, was der Herr Gutachter vermißt). Er diskutierte mit mir meine Vermutungen zur Ursache meiner Probleme.

Inzwischen hatte das Herz einen großen Teil meiner Gefühlswelt (negativ) besetzt. Angst-attacken plagten mich oft. Ich widmete viel Zeit einer tieferen Ursachensuche. Ich diskutierte mit meinem Hausarzt und allen nur irgendwie interessierten Ärzten in anderen Praxen VVV. Ich dachte über den HSM nach, über Vorhofflimmern und schlimmere Probleme. Ich hatte mich sozusagen selbst als naturwissenschaftlich-medizinisches Problem begriffen, das ich lösen mußte um weiterzuleben. Und letztlich konnte ich es auch lösen.

Durch sehr viele widersprüchliche Einzelbeobachtungen und diverse Tests (wie Variationen des Laufstils bis zu Barfuß-Laufschuhen, Variationen der Atmung beim Laufen um Ischämie weitgehend auszuschließen, stark gefedertes Rad, Eintritt in eine Herzsportgruppe mit anderen Bewegungsarten, Weglassen diverser Lebensmittel aus dem Speiseplan) war ich letztendlich auf den Rüttelsensor des HSM gekommen, als verbliebene letzte Ursache.

Beispiele / Beweise:

(1) Laufen bergauf ging mit sehr viel weniger HF als Laufen bergab, gleiches betraf Treppensteigen.

Damals verstand das Niemand. – Im Nachhinein ist das durch den Rüttelsensor zu erklären, weil man bergauf viel weicher auftritt als bergab. Es rüttelt also bergab viel mehr.

(2) Radfahren auf glattem Asphalt ging sehr gut, aber sobald Pflaster kam, ging die HF plötzlich hoch. – Das ist selbsterklärend durch den Rüttelsensor zu verstehen.

(3) Beim Autofahren - zum Glück als Beifahrer - auf einer Autobahn mit regelmäßigen Stößen durch die Betonplatten, bekam ich harte Palpitationen.

– Im Nachhinein ist das nur durch den Rüttelsensor zu erklären.

(4) Ein inverses Erlebnis: Bei einem Lauf im Urlaub an der Küste, als ich auf einen Damm auflief mit etwa 10 cm Treibsand, ging die HF auf unter 100 runter. Auf dem Sand lief ich wie auf Watte.

– Im Nachhinein ist das durch den Rüttelsensor zu erklären der hier gerade mal inaktiviert wurde.

(5) Schwimmen konnte ich all die Jahre mit voller Kraftentfaltung, ohne irgendeine Störung.

Deshalb habe ich auch mein wöchentliches Training von 45 min immer mit Freude absolviert. Aber in der letzten Zeit vor Abschalten des R-Sensors bekam ich oft auf dem Heimweg Präsynkopen. An einer Stelle leicht bergab mußte ich mich an einem Zaun festhalten, oft sogar 2 mal pro Fussweg, etwa 10 mal in Summe.

– Im Nachhinein ist das durch den Rüttelsensor zu verstehen, mit dem 'Mallorca-Effekt', den ich oben schon auf S.6 erklärt habe: Das Herz will nach dem harten Training in einen geruhsamen Trott schlagen, aber der R-Sensor treibt es hoch. Es kommt zu Flimmern oder Flattern des Herzen.

(6) Krafttraining an Geräten im Sitzen konnte ich mit voller Kraft ohne jedes Problem 1 h lang ausüben, mit HF zwischen 85 und 100.

Es lag also kein allgemeines Leistungsproblem des Herzen vor, wie die Gegenseite UUU im Gleichklang mit BBB behauptet. Beispiel-Zitat aus einem HSM-Kontrollprotokoll: "In 83% der Zeit unterstützt der HSM den kranken Sinusknoten."

Nein, das ist Unsinn! (Werch ein Illtum – hätte Jandel gesagt.) Nur wenn ein Rütteln im Spiel war, spielte das Herz verrückt.

Und mit der Zeit wurden die Probleme schärfer, ernsthaft immer schlimmer, was die Gegenseite strikt bestreitet. Sie unterstellt mir, daß ich immer schon krank war, und nicht der R-Sensor mich krank gemacht hat. Herr BBB argumentiert sogar so: 12% aller älteren Menschen haben Vorhofflimmern (VHF) – also hat Herr Quapp sein VHF durchaus aus natürlichen Gründen: er ist halt alt genug dafür. (Mir als Mathematiker geht bei einem derartigen Mißbrauch der Statistik für einen Einzelfall immer noch der Hut hoch.)

Zeitentwicklung, die die Gegenseite leugnet

Ich sollte hier wieder Fachtexte zitieren, um eine Zeitentwicklung der Probleme zu verstehen, die der Herr Gutachter ableugnet, im Einklang mit der Gegenseite.

Der Rüttelsensor hat Vorhofflimmern provoziert. Dies kann sich dann von selbst weiter aufschaukeln:

Beweis

(1) Aus einer Broschüre der Herzstiftung in 2013 "VHF – Herz aus dem Takt", S.13:

".. VHF führt zu erheblichen Veränderungen im Vorhof. Die schnelle elektrische Aktivierung der Herzmuskelzellen führt zu einem Anstieg des Zellstoffwechsels und zu einer Änderung der elektrischen Eigenschaften der Zellhülle. VHF fördert so einen Prozess, durch den die Vorhofzellen immer schneller aktivierbar werden. ... Die Rhythmusstörung erhält sich selbst aufrecht. ..."

Gleiches trifft auch auf die Kammern selbst zu.

(2) Ich zitiere die Habilschrift "Elektromechanisch optimierte HSM-therapie durch Vermeidung unnötiger und verbesserte Applikation indizierter Stimulation" von Dr.Stockburger, HUB, in 2009. "...die elektrische Kammeraktivierung ... wird über eine in den rechtsventrikulären Apex platzierte Elektrode erreicht. Diese Art der ... Stimulation hat jedoch ihren pathophysiologischen Preis.

Sie führt zu einer ... deutlich verlangsamten Erregungsausbreitung. ... Die Impulspropagation ... erreicht ... stark verspätet die linke Kammer. ... Es ist bekannt, daß unifokale Kammerstimulation zu asymmetrischen Veränderungen der Ventrikelgeometrie und der linksventrikulären Myokardstruktur (Muskelschicht) führt. Nahe am Stimulationsort kommt es zu sehr früher elektromechanischer Aktivierung ... Diese Phasenverschiebung wirkt sich auch auf die diastolische Funktion aus. Die frühe Kontraktion der elektroden-nahen Segmente führt zu einer passiven Überdehnung der opponierenden Bereiche. In Folge der asymmetrischen und asynchronen Beanspruchung der Kammersegmente kommt es zur Wandausdünnung und partiellem fibrös-fettigem Umbau nahe dem Stimulationsort und zu asymmetrischer myokardialer Hypertrophie der überbeanspruchten spät erregten Segmente.“ (Pardon für das lange Fachzitat! – Es ist auch für mich ein steiniger Weg zur Einsicht.)

(3) Siehe auch: Schwaab B, Fröhlig G, Alexander C, Kindermann M, Hellwig N, Schwerdt H, Kirsch CM, Schieffer H., "Influence of right ventricular stimulation site on left ventricular function in atrial synchronous ventricular pacing" in: Journal of the American College of Cardiology 1999; 33: 317-23. right ventricular apical (RVA) .. In humans, chronic RVA pacing has been reported to impair diastolic function, to reduce systolic contraction and to alter myocardial perfusion.

Zitat: "... rechtsventrikuläres apikales Pacing beeinträchtigt die diastolische Funktion, verringert die systolische Kontraktion und verändert die Durchströmung des Myokards.“

Aus den Zitaten geht hervor, daß überflüssige Stimulationen des Herzen nicht eben nur überflüssig sind, sondern auch mit schädlichen Nebenwirkungen verbunden, und daß sie sich akkumulieren. Es ist im Übrigen medizinisches Allgemeinwissen, daß sich negative Effekte im Körper akkumulieren können, man denke an das Rauchen. Folglich kann ich entsprechende pejorative Bemerkungen des Herrn Gutachters BBB, daß ja lange Zeit bei mir alles gut ging, nicht akzeptieren.

Weil: Die Effekte haben sich in der Tat akkumuliert. Im Herbst und im Winter 2015 hatte ich eine für mich unerklärliche "Laufkrise", oft mußte ich sogar mildes Training abbrechen, und ab Frühjahr 2016 konnte ich keine Läufe mehr absolvieren, selbst Gehen viel schwer, und beim Gehen bekam ich oft Palpitationen. Vor jeder roten Ampel blieb ich schon 2 m vorher stehen, damit ich nicht im Falle einer Ohnmacht auf die Straße falle.

Die Heilung

Es hatte sich, über etwa 2 Jahre hinweg, der Verdacht auf den R-Sensor gerichtet. Ich versuchte das Handbuch zum HSM "vitatron" zu verstehen. (Dieses ist im Internet verfügbar.) Aber das kombinierte Medizin- und Ingenieur-'Chinesisch' dieses Textes ist schlicht unverständlich. Mit der Hilfe und dem Wissen von Dr. AAA konnte ich den Verdacht erhärten. Dabei wäre mir nie eingefallen, nach dem Stichwort 'rate adaption' zu suchen! Welch ein Euphemismus!

Nach längeren Diskussionen mit Dr. AAA vom WWW, über 2 HSM-Kontrollen hinweg, konnte ich ihn am 04.08.2016 bewegen, den Rüttelsensors, die "Rate-Adaption", das R in der Gerätebezeichnung, auf meine Verantwortung hin abzuschalten.

(Es war eine Sache von Sekunden – es war nur ein Klick am Kontroll-Computer. – Aber da ich solange um die Einsicht gekämpft hatte, werde ich diese Lösung nie vergessen.)

Das Resultat was selbst für mich überraschend.

Ich war sofort geheilt. Schon treppab in WWW beschlich mich ein wunderbares Gefühl von Normalität. Seither habe ich keine Palpitationen mehr, kein Vorhofflimmern, nichts mehr, in keiner der folgenden HSM-Kontrollen wurde irgendetwas gefunden. Die Protokolle liegen ja vor. Auch bei der allfälligen Selbstbeobachtung konnte ich Nichts mehr bemerken.

Auch das Gesamtsystem des Körpers besserte sich unerwartet. Schlaffähigkeit, Regenerationsfähigkeit, alles verbessert. Früher gab es Episoden mit

– Schwarzwerden vor den Augen beim Aufstehen früh, oder beim Aufstehen aus einem tiefen

Sessel: ist vollständig verschwunden. D.h. dieses milde Blutdruckproblem war auch eine Folge des gestörten Herzens.

– Ich hatte insbesondere bei Wanderungen Anfälle von Polyurie: ist verschwunden.

– Die Anzahl meiner Schnupfentage pro Jahr ist stark geschrumpft.

– Es gab beim Laufen kurze Momente der Taubheit, des Schmerzens in der Fußsohle: ist verschwunden.

– Und zum Herz: meine tägliche Zählung hat sogar eine enorme Verringerung von Extrasystolen ergeben. Bei 20 sec / Tag gezählt: Juni 20016: 22, July 2016: 30, aber Jan. 2019: 10, Feb.2019: 12, und Jan.2020: 2, Feb.2020: 2.

– Alle diese Beobachtungen kumulieren in einer Zahl: Vor dem Abschalten der R-Sensors war mein HSM in etwa 83% der Zeit aktiv, danach in 30% der Zeit. (– Diese letzten 30% habe ich in 2020 noch 'abschalten' lassen, indem die untere Grenze der Aktivität des HSM von Frequenz 60 auf 50 gesenkt wurde. Die letzten Prozent waren HSM ohne R-Sensor in der Nacht – auch überflüssige, also schädliche Eingriffe des HSM.)

Man kann also grob schätzen, daß in der Hälfte meiner Lebenszeit während der Jahre des zugeschalteten R-Sensors meine physiologisch angesagte Herzfrequenz von der zufälligen Rüttel-Frequenz eines "dummen" Piezokristalls überlagert wurde. – Es ist ein Wunder, daß das Herz es so lange irgendwie ausgehalten hat, und daß ich wieder 'lebe'.

Langsam, vorsichtig und etwas ungläubig begann ich nach dem August 2016 (nach der Neugeburt sozusagen!) wieder regelmäßig zu laufen. Ich konnte es kaum fassen, daß ich wieder fast wie vor Zeiten laufen konnte, und heute kann ich wieder locker 10 km bewältigen. (Vormalige 20 km habe ich mir aber bisher doch noch nicht getraut, desgleichen nahm ich nie wieder an einem Triathlon teil.) Ich kann wieder auf allen Straßen radfahren, u.s.w. Das Herz reagiert wieder normal.

Resüme:

Das Problem, daß eine Rate-Adaption, ein Rüttelsensor des HSM, bei Patienten die Sport treiben, zu heftigen Überreaktionen führen kann, ist in der medizinischen Fachliteratur lange bekannt. Dies wurde von allen Ärztinnen und Ärzten nach der Operation des HSM und bei den HSM Kontrollen in UUU überhaupt nicht gesehen. Das Problem kam in ihren Überlegungen offensichtlich nicht vor. Man ging davon aus, daß die R-Funktion für alle HSM-Patienten von Vorteil ist.

– In den Entgegnungen der HSM-Ambulanz von UUU auf meine Einlassungen ist man ja heute noch dieser irrigen Meinung. Ich zitiere die Stellungnahme vom 12.12.2018:

"...Zur Diskussion steht ... 22 Sekunden Herzstillstand bei einem aktiven Patienten und diese Erkrankung wird obligat mit einem Schrittmacher mit Frequenzadaption behandelt. ... Jede andere Entscheidung wäre behandlungsfehlerhaft.

Und ich zitiere die Antwort auf die Klageschrift vom April 2018:

"Insbesondere muss bestritten werden, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers durch das Abschalten der Funktion "R" des Herzschrittmachers durch den Kardiologen Dr. AAA am 04.08.2016 schlagartig verbessert haben soll." (Man sagt also plump-frech, daß ich ein Lügner sei.)

Ein Verweis auf dieser "Lehrmeinung" widersprechende Literatur:

(1) M. Kindermann: "Sport bei Patienten mit Herzschrittmacher", Dtsch. Z. Sportmed. 2001; 52, Nr. 6: 222-226.

Dort findet man folgende Einschätzung:

"Bei Patienten mit erhaltener intrinsischer Frequenzregulation unter Belastung ... ist die kritiklose Anwendung frequenzadaptiver Stimulationsmodi grundsätzlich abzulehnen."

(2) – schon vorn zitiert: M.Kindermann und G.Fröhlig, die auch BBB zitiert: "Körperliche Aktivität und Sport bei Schrittmacherpatienten", in: Deutsches Ärzteblatt, 101, Heft 47, 19. November 2004, Seiten A 3191-8

"Bei körperlich aktiven Patienten sollte grundsätzlich die Indikation für ein frequenzadaptives System überprüft werden." und

(3) von C.Israel gibt es 2012 ein volles Sonderheft von Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie zu Sport bei Schrittmacherpatienten und allgemein bei Herzkrankheiten mit analogen Fest-

stellungen.

Dies ist mein Vorwurf: Ich habe von Anfang an auf den Ausgleichs-Sport hingewiesen, entsprechende Leistungsparameter genannt. Nie hat eine der Ärztinnen oder einer der Ärzte mir vom Sport abgeraten, und dabei aber die R-Funktion als Problem gesehen. Nie wurde die Indikation für das "R" überprüft. Ich bin der Meinung, daß der HSM von Beginn an falsch programmiert war. Wie ich vorn schon festgestellt habe, ist das Ignorieren der Erkenntnisse dieser zitierten Fachartikel auch nicht "leitliniengerecht", wie BBB wiederholt behauptet. Nein, es widerspricht den Leitlinien.

Ich bin durchaus der Meinung, daß Sport-treibende Herz-Patienten eine kleine Minderheit sind, nichtsdestotrotz muß man diese Minderheit mitbedenken, wenn man einen HSM transplantiert und später kontrolliert.

Im **Überblick** bietet sich für die 12 Jahre, die ich den HSM trage, folgendes Bild, welches alle Fakten gut erklärt, und welches keine Widersprüche enthält: Der HSM wurde im Dezember 2007 implantiert zur Vorbeugung gegen einen Herzstillstand (Sinusarrest). Über diesen Zweck hinaus wurde die Funktion "R" (rate-adaption, Frequenzanpassung) programmiert. Die Indikation dafür wurde nie überprüft. Sie hätte ergeben, daß diese Funktion "R" für mich als leistungsfähigen Amateursportler unnötig ist und mir in der vorhandenen Einstellung sogar massiv geschadet hat, wie es Prof. Kindermann schon im Jahr 2001 beschrieben hat. Der Nachweis ist das Verschwinden aller Herzprobleme nach Abschalten der R-Funktion.

Als Fußnote möge gelten: Mangels genaueren Wissens habe ich nicht die 'Steilheit' der R-Funktion ändern lassen, sondern ich habe diese gleich total abschalten lassen. Aber das war offenbar gut so.

Die Gutachten

Einige spezielle Schlußbemerkungen zu den Gutachten des Herrn BBB:

(1) Auch im Ergänzungsgutachten enden seine "relevanten Befunde" auf S.2 mit dem 16.7.2012. Die unbefriedigende Auswertung der Notaufnahme-Untersuchung im Dezember 2013 (der Grund für meinen Wechsel zu WWW), als auch das Abschalten des Wackelsensors 2016 (meine Genesung, meine Wiedergeburt) sind für ihn nicht relevant.

(2) Weiter: Ein Zitat aus dem Ergänzungsgutachten, S.4:

"Aus den Unterlagen geht nicht hervor, dass Herr Quapp bei den Kontrolluntersuchungen Bedenken bezüglich der Sensorfunktion seines Schrittmachers geäußert hatte. ..."

Mit Verlaub, das ist ein unsachgemäßer, ja arroganter Vorwurf. Einem Laien, einem Patienten fehlendes medizinisches Fachwissen vorzuwerfen, das er sich erst später, sozusagen unter Todesangst angeeignet hat! Das aber von den zuständigen Fachärzten selbstverständlich erwarten werden sollte. Und das ich natürlich auch von einem Gutachten erwartet hätte.

(3) Insbesondere hat der Herr Gutachter keinen im Gutachten erkennbaren Gedanken darauf verwendet, wie meine "Genesung" nach Abschalten des Rüttelsensors zustande gekommen sein könnte. Er hat diese Tatsache schlicht ignoriert, die aber ein einzigartiger Beweis für die Schädlichkeit meines wie auch immer eingestellten Rüttelsensors ist. Eine derartige Ignoranz hätte ich mir als Wissenschaftler in einem wissenschaftlichen Gutachten nie vorstellen können.

Um es literarisch mit Brechts Galilei auszudrücken der sagte: "Wenn ich einen Stein fallen lasse, kann niemand sagen, er fällt nicht." – Der Meinung war ich bisher auch. Der Herr Gutachter hat mich eines Schlechteren belehrt.

In der Befragung in LLL hat Herr BBB übrigens meine Genesung als Spontanheilung eingeordnet, sozusagen ein Wunder. In der Befragung in OOO immer noch als 'psychologisch verursachte Heilung', nach langem Leidensdruck, d.h. ähnlicher Unsinn. Aber die Gerichte glauben ihm den

schlimmsten Blödsinn.

Wenn das bei mir durchaus über längere Zeit wiederholt gemessene paroxymale VHF eine “Krankheit” aus dem Herzen heraus gewesen wäre, hätte nie das Abschalten der R-Funktion diese schlagartige Heilung bringen können. Denn VHF ist normalerweise eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die nicht von selbst aufhört (siehe Broschüre der Herz-Stiftung 2013), und erst recht nicht schlagartig verschwindet. Die Zellphysiologie hatte ich oben schon erläutert.

(4) Weiter: An mehreren Stellen des Ergänzungsgutachten (S.3, S.7) gibt es Aussagen, daß soundso viel Prozent (im Durchschnitt 83%) Vorhofstimulation bei mir “notwendig” war. Wenn nun dieses protokollierte Stimulieren mehr oder weniger aus dem Rüttelsensor heraus erfolgte, vom Rüttelsensor provoziert war?

Dieser Frage müßte sich doch ein Gutachter stellen?

Meine Genesung nach dem Abschalten des Rüttelsensors beweist, daß es so war: die “notwendigen” Stimulationen in oberen Bereichen der HF, die der Herr Gutachter anführt, waren überflüssige, provozierte Stimulationen, ja, sie haben mir sogar geschadet. Nach dem Abschalten der R-Sensors ging die Aktivität des HSM schon mal um 50% zurück.

(5) Weiter: Öfter verwendet der Herr Gutachter das Wort “leitliniengerecht”. In den von ihm zitierten 2 ESC-Leitlinien (2009 und 2013) kommt Sport nicht vor. In meiner Klage geht es nun gerade um den Rüttelsensor beim Sport!

? ... ?

Dazu hätte er schlicht eine andere Leitlinie heranziehen müssen, die er nicht kennt, oder absichtlich nicht nennt? Zum Beispiel die ESC in 2006:

Recommendations for participation in leisure-time physical activity and competitive sports in patients with arrhythmias and potentially arrhythmogenic conditions Part I: Supraventricular arrhythmias and pacemakers

(Empfehlungen für die Teilnahme an körperlicher Freizeitaktivität und Leistungssport bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen und möglicherweise arrhythmogenen Zuständen. Teil I: Supraventrikuläre Arrhythmien und Schrittmacher) von Hein Heidbüchel, et. al Nicole Panhuyzen-Goedkoop, Domenico

Corrado, Ellen Hoffmann, Alessandro Biffi, Pietro Delise, Carina Blomstrom-Lundqvist, Luc Vanhees, Per Ivar Hoff, Uwe Dorwarth and Antonio Pelliccia on behalf of the Study Group on Sports Cardiology of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation **European Journal**

of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2006, Vol 13 No 4, S.475-484 Zitat: (S.478-479) “In the

absence of heart disease, competitive or recreational sports participation is allowed in sports with minor to moderate cardiovascular demand. Exercise testing and Holter ECG monitoring will help to programme an appropriate pacing rate responsiveness during exercise (and exclude inappropriate rate acceleration in other circumstances, e.g. horse-back riding)..” (In Abwesenheit von Herz-Krankheiten ist die Teilnahme an Sport, Wettkämpfen oder Erholungssportarten mit geringem bis mittlerem kardiovaskulärem Risiko zulässig. Belastungstests und die Langzeit-EKG-Überwachung helfen bei der Programmierung einer geeigneten Stimulation-Rate während des Trainings (und um auszuschließen unangemessene Frequenzbeschleunigung unter anderen Umständen, z.B. bei Reiten.) ...) Hier wird auf S.479 explicit auf “unangemessene Frequenzbeschleunigung unter anderen Umständen, z.B. bei Reiten” hingewiesen.

(6) Ich will noch ein letztes Beispiel für die Qualität der Gutachten von BBB anführen, die Behandlung der Fahrrad-Ergometer-Tests. Der Gutachter führt sie als Beweis an, daß ich auf Sportlichkeit untersucht wurde, und daß der Rüttelsensor unschuldig war.

Aber die dort erzielten HF-Werte wurden unkorrekter Weise nicht als volle Leistungsfähigkeit des Herzens gewertet, die den Rüttelsensor hätten überflüssig machen müssen, und ein derartiger Test (das rührt ans Wesen der Sache!) ist nicht geeignet, einen störenden Rüttelsensor zu detektieren, weil man ja ruhig auf dem Sattel des Standfahrrads sitzt, und allein die Beine arbeiten. Ansonsten rüttelt Nichts. Der Rüttelsensor bleibt inaktiv. Wenn, dann hätte möglicherweise ein Laufbandtest geholfen, der aber nie gemacht wurde.

Die Verlautbarungen von BBB vor Gericht

Ich gehe insbesondere auf die Verhandlung vor OOO ein. Neben langen, nicht zu meinem Fall gehörenden Passagen wie ‘Überlegungen’, wie man einem Profisportler mit einem R-Sensor helfen

könnte – der blanke, makabre Witz in meinem Zusammenhang – dem Herumeiern über meine vermeintliche chronotrope Unfähigkeit des Herzens, die er ja noch im Gutachten behauptet hatte, dem Beharren auf dem 'Sinusknotensyndrom' (siehe vorn) und eingebettet in einige durchaus richtige Erklärungen, kulminierte seine Aussage in drei zentralen Thesen:

(1) Der Rüttelsensor kann kein Vorhofflimmern (VHF) auslösen. Man vergleiche die vorn auf Seiten 5 und 6 zitierten Fachartikel. Das war also eine direkte Lüge. Meinen Hinweis auf diese Fachartikel, mit konkreten Zitaten, hat der vorsitzende Richter abgewürgt.

(2) Die behaupteten Beschwerden des Klägers vor August 2016 sind den Unterlagen nicht zu entnehmen. Ebenfalls eine Lüge, weil ja schon 2013 ein PMT protokolliert war. Vor 2016 wurden ständig Episoden von VHF protokolliert. Dann sagt er noch, daß vor August 2016 der HSM zu 83% aktiv war, kann positiv oder negativ gewesen sein. (Wieder ein makabrer Witz!)

(3) Auf Nachfrage, wie schon bei der Verhandlung vor LLL: Die 'vermeintliche' Heilung des Klägers im August 2016 kann 'psychologisch bedingt sein'. (Vor LLL hatte er noch von einer 'Spontanheilung' geschwafelt.) Das Zurückgehen der Aktivität des HSM auf 30% der Lebenszeit (also der Nachtruhe) blieb ohne Kommentar. Ich frage: Kann jahrelanges (vom HSM protokolliertes) VHF durch Wunschenken verschwinden? Man weiß, daß man an 'gebrochenem' Herzen leiden kann, wenn der Mensch einen schweren Schicksalsschlag erlitten hat. Die umgedrehte Richtung war mir bisher nicht bekannt.

Aus den Beispielen geht hervor, daß BBB 100% parteiisch für die Gegenseite ist und als krass voreingenommen gelten muss. Man könnte sich noch fragen, warum die Gegenseite, als auch BBB mit Halb- und Unwahrheiten jonglieren? Wissen sie es wirklich nicht besser?

Die Antwort gibt (etwas verdruckst) die Gegenseite selbst in ihrer Stellungnahme vom April 2018, S.7 halb unten:

Zitat: "Offenkundig befand sich der Kläger seitdem in kardiologischer Behandlung ohne das die anderen Kardiologen die vom Kläger als Ursache vermutete Lösung von selber gefunden haben."

– Ja, wenn Dr.AAA den Fehler festgestellt hätte! Aber so? Weil nicht sein kann, was nicht sein darf: Daß ein Patient die Ursache seiner 'Krankheit' selbst fand, die 10 (oder mehr) Ärzte YYY nicht gefunden haben. Da geht dann doch der Standesdünkel vor der Wahrheit.

Zum Schadensersatzprozess

Meine Schadensersatzklage wurde von der Zivilkammer des LLL zurückgewiesen. Man hat die Gutachten dafür als Begründung genommen.

Obwohl ich Recht hatte, habe ich kein Recht bekommen.

Es gab zwei schwere Fehler:

- 1) Überhaupt vor Gericht zu ziehen, und
- 2) der Kardinalfehler war: Ich nahm an, daß die Herren Richter sich von medizinischen Tatsachen überzeugen lassen. Nein, sie berufen sich auf den Gutachter BBB.

Nach dem ersten parteiischen Gutachten, welches viele krasse (aber absichtliche!) Fehler enthielt, starteten wir einen Widerspruch mit einer Aufzählung der medizinischen Fakten.

Das Gericht LLL hat aber auf einen angemahnten Wechsel des Gutachters verzichtet. Es forderte nur ein 'Ergänzungsgutachten' beim gleichen Herrn BBB an, der sich nun selbst bewerten konnte. BBB hat in dem 'Ergänzungsgutachten' locker mit der Behauptung reagiert, alles im 1.Gutachten sei im Wesentlichen korrekt gewesen. Auf die Fehler ging er nicht ein.

Danach erzwangen wir noch eine mündliche 'Anhörung' des BBB vor LLL, aber da ließ mich der vorsitzende Richter faktisch nicht zu Wort kommen. Die 'Anhörung' war eine freundliche Unterhaltung von BBB mit dem vorsitzenden Richter. Alle falschen Behauptungen des BBB mußte ich schlucken, und das Urteil war entsprechend eine Abweisung meiner Klage.

Beim der Verhandlung beim OOO lief es analog, wieder wurde (für teures Geld) der gleicher Schlechtachter BBB geladen, wieder durfte er seine Halbwahrheiten, ja Lügen dem Gericht ins Gesicht sagen. Wieder wurde ihm vom Gericht gern geglaubt. Wieder wollte man den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen.

Mehrere Einwände, die ich hier immerhin vorbringen durfte, wurden doch wieder vom nächsten vorsitzenden Richter abgebügelt, und erscheinen auch nicht im Verhandlungsprotokoll.

(Der Richter fragte mich ernsthaft, da er meine Einwände nicht anerkennen wollte, warum ich denn nicht ein eigenes Gegengutachten in Auftrag gegeben habe? Als ob nicht der vom Gericht bestellte 'Gutachter' unabhängig hätte sein sollen! ??? Ja, aber das Gegengutachten lag doch, von mir selbst verfaßt, vor? Das Gericht hatte ja unsere ausführliche Begründung der Berufungsklage durchaus gelesen? Alles vergebliche Mühe.)

– Wer denkt hier nicht an Don Quichotte? –

Die Gegenseite UUU war übrigens bei beiden Verhandlungen nur durch Pflicht-Rechtsanwälte vertreten – sie brauchte nicht selbst aufzutreten, da sie ja durch BBB 'aufopferungsvoll' verteidigt wurde.

Was könnte man aus dem Verlauf der 2 Prozesse lernen?

Zum Schluss 'tröstete' mich eine der Richterinnen bei OOO damit, daß ich ja immerhin keinen bleibenden Schaden davongetragen hätte. – Viele Ärzte-Pfusch-Opfer bekommen nicht einmal Recht, wenn ein bleibender Schaden vorliegt.

Es liegt hier also offenbar ein Systemfehler vor. Die Richter des LLL / OOO sollten / könnten / müßten (??) über diese Art von Prozessen und deren Führung nachdenken, und eventuell Änderungen anregen.

(1) Die betroffene Ärzteschaft nutzt ihr exorbitant besseres Wissen (gegenüber dem Patienten) gnadenlos aus, um den Fehler zu bestreiten, und um Nebenschauplätze zu kreieren, um vom eigentlichen Fehlverhalten abzulenken. (Irgendeine Art von Fehlerkultur: Fehlanzeige.)

Falls der Patient doch einige Tatsachen zum Fall selbst erkannt hat, wird er als medizinischer Dummkopf oder sogar als Lügner dargestellt.

(2) Ein sogenannter 'Gutachter' (selbst Arzt aus der gleichen Branche) mißbraucht sein Wissen und seine Reputation dann, um die 'Begründungen' seiner betroffenen Kollegen abzusichern, alle ernsthaft vorgebrachten Tatsachen des Patienten zu verwässern, wieder unwesentliche Nebensachen aufzupludern, usw., um den zu verhandelnden Ärzte-Pfusch als 'nicht beweisbar' darzustellen.

(3) Und LLL als auch OOO folgen der 'Reputation' des 'Gutachters' und wischen, wie in meinem Fall, sogar lange, ernsthafte Expertisen vom Tisch. Der parteiische Gutachter ist die Achilles-Sehne derartiger Prozesse.

So ein Standardablauf, den alle Seiten begriffen haben, kann doch nicht unter wirklicher Rechtsprechung laufen! Hier müßte irgendeine höhere Kraft eingreifen, um die Verfahren zu ändern. Ich weiß das aber nicht vorzuschlagen; meine Expertisen zum Herz waren schon ein genügend langer Ausflug in mir sonst fremde Gebiete des medizinischen Wissens. – Jetzt mache ich wieder Mathematik.

Mit Brecht bleibt wohl zu sagen:

Wir stehen selbst enttäuscht und sehn betroffen
Den Vorhang zu und alle Fragen offen.

Trotzdem lebensbetonender Ausblick:

Nach 2016 – meiner Wiedergeburt – war ich durchaus mit mir zufrieden und habe die weiteren HSM-Kontrollen nun als normale, etwas lästige Veranstaltungen erlebt. Die Verhandlungen vor LLL and OOO haben mich aber noch einmal mit der Nase darauf gestoßen, daß der HSM zu Beginn 2020 immer noch in 30% meiner Lebenszeit aktiv war. Das ist ziemlich genau die Ruhe- und Schlafenszeit. Hier will mein sportlich trainiertes Herz mit einer niedrigen Ruhe-Frequenz schlagen, aber der HSM treibt es wieder hoch. (Es ist lange nicht mehr so schädlich wie der vormalige R-Sensor, aber immer noch überflüssig.) Folglich habe ich als weiteren Eingriff unter eigener Verantwortung noch die untere Grenze des HSM von Frequenz 60 auf 50 absenken lassen.

Jetzt macht der HSM endlich das wofür er vor 12 Jahren und 3 Monaten eingesetzt wurde: Er wacht darüber, daß mein Herz nicht en passant mal stehen bleibt.

Aller 'Terror' in der Zwischenzeit war dem grob fahrlässigen Arztfehler geschuldet, das 'R' unkontrolliert auf mich loszulassen. Wer das bestreitet, oder wem dazu immer noch die 'Beweise' fehlen, der ist ein ...
... weiser Gutachter bzw. kluger Richter.