

Kopie

Dr. med. Reinhard Förster
Facharzt für Innere Medizin und Allergologie
Krausenstr. 4
16269 Wriezen

Tel. 033456/34812
Fax 033456/34993
e-mail: foerster.loose@t-online.de
Wriezen, den 27.02.2002

Amt für Soziales und Versorgung

PF 1436

15209 Frankfurt/Oder

Betr.: Herrn Ernst-Wolfgang Schulz, geb. 06.10.1944

Anamnese:

20.08.2001 - Nikotin: Nichtraucher, Alkohol gelegentlich, Appetit normal, Gewicht konstant, Stuhlgang normal, Miktion normal, Nykturie: keine, keine Inkontinenz

19.08.1999 - hatte Url auf Rügen. Seit ca. 2 Wo immer wieder Ziehen linksthorakal und Atembeschwerden in Ruhe (abends beginnend). Taubheitsgefühl linke Seite. Puls morgens 48/min, RR 100/60, tagsüber höher. Nitrangin nicht genommen. heute nachmittag starker Thoraxdruck, ein bestimmter Punkt am Thorax schmerzhaft. 2 H. Nitrangin unverändert, vor 30 min. noch 2 Hübe, nichtsverändert. RR 160/100 - 145/90

02.12.1999 - ständig linksthorakaler Druck/Schmerz bei Stress, Kälte ..., Nitrangin ändert nichts daran.

21.12.1999 - heute nacht mit Beklemmungen aufgewacht, Hf 85, frieren/zittern dabei, Nitr./Faustan eingenommen und eingeschlafen wieder. RR heute früh 155/85 mit innerer Unruhe. Füße/Waden jucken Frühjahr/Herbst besonders stark.

07.04.2000 - seit 3 Tagen wegen Schmerzen li. Schulterblatt, Schulter, Arm, deswegen aufgewacht nachts, Hand, etwas Unterarm Pectoralisbereich li. Nitrangin wurde nicht eingenommen. Sonst belastbar. z.T. heftiger RR-Anstieg bis 185 häufiger, bei An- und Aufregungen.

18.10.2000 - hat ständig Kopfschmerzen, gestern nach anstrengendem Tag im Auto starke Unruhe, Schmerzen Thorax (äußerlich?!), hat kein Nitrangin genommen. Arzt in Weißensee aufgesucht: alles i.O. RR früh bis mittag eher niedrig /105-120), abends bis 150 nach stressigem Tag. MRT war normal

20.08.2001 - weiterhin RR 85/55 bis 125/75 (selten) und Puls morgens um 45/min, fühlt sich recht malade. Immer mal Thoraxenge, bes. während des Stresses. Immer wieder Hüsteln, Heiserkeitsgefühl, auch mal Niesanfälle. Auch mal Beklemmungen im Hals

04.01.2002 - starke Verspannungen von WS ausgehend, bes. abends, brauchte Faustan, Nitrangin half nicht. Nach 2-3 Std. Computerarbeit "reicht es". Empfindet auch Spannungsbegühl re. Halsseite. Deutlich zugenommen Ohrensausen/Pfeifen bds. Op. Carotis 28.1.02 vorgesehen (stat. Aufn.)

11.02.2002 - Physiotherapie hatte gut geholfen. Am 7.2. in Schwedt entlassen worden nach Carotis op. re., am 7.2. stat. EW Khs Wriezen wegen Hypertonus 200 (Kopfschmerz, Hltze), nach Nitr. keine BEsserung. Am 8.2. dort entlassen worden, Bayotensin b.Bed., seit einigen Tagen mäßige Magenbeschwerden. Ab 19.2. AHB in Wolletz.

Befund:

Blutdruck 19.08.1999 - RR 120/70 mmHg, Hf 60/min, 20.01.2000 - RR 150/90 mmHg, Hf 78/min

20.08.2001 - RR 110/70, 15.02.2002 - RR 155/85 P 103

Größe/Gewicht 19.08.1999 - 79,1 kg, 02.11.2001 - 77kg Gr.178cm

Status präsens: 23.09.1999 - umschriebener DS li. lat und im pekt. major-bereich, sonst pulmo und Cor unauff.

20.08.2001 - Kopf und Hals unauff., Pulmo und Cor perkut. und auskultat. o.B., Abd.: Hepar nicht palpabel, keine Resistenzen, Pulsstatus o.B., WS altersentsprechend, ZNS grobneurologisch o.B.

Untersuchungsergebnisse:

Ruhe-EKG vom 19.08.99: Normofrequenter Sinusrhythmus, Indifferenztyp. Ggb. Vor-EKG in V3-V6 gleichschenkelig spitz erhöhte T-Wellen, sonst unauffällig.

Ruhe-EKG vom 20.08.01: Normofrequenter Sinusrhythmus, Linkstyp, normaler Erregungsablauf.

Langzeit-EKG Nr.1681 vom 27.8.01: durchgehend SR mit Hf 41 (nachts) bis 116/min, belastungsabhängig. Zwischen 23 und 24 Uhr 2 x Marker linksthorakales Brennen)-keine ST-Streckenveränderungen. 2 x sign. ST-Streckenveränderungen beim Fahrradfahren, jedoch dabei auch artefaktverzerrt. T-Abflachung ist aber möglich. APS dabei nicht angegeben. Keine ES.

Echokardiographie vom 29.8.01: Unverändert V.a. kleine Inarkt Narbe inferobasal, sonst unauff. Pumpfunktion des linken Ventrikels. Keine Relaxationsstörungen des linken Ventrikels. Keine AV-Klappeninsuffizienzen. Kein ungünstiges Remodeling. Zum Vorbefund keine wesentliche Änderungen.

Ergometrie vom 20.08.99: Normale körperliche Leistungsfähigkeit (75 % der Soll-Leistung, Abbruch bei subj. Und objekt. Ausbelastung, BORG 17). deutl. hypertone Blutdruckregulation unter Belastung. Im Belastungs-EKG bei 150 W und in 1. Erholungsminute T-Wellen spitz und erhöht, zur 6. Erholungsminute wieder normal. Dies kann Ausdruck einer Myokardhypoxie sein. Maximal 1 Minute 125 Watt, max. RR 240/100 mmHg, max Hf 147/min = 100 % der prädiktiven Hf max. Am Untersuchungstag wurde kein Metoprolol und kein Nitrat eingenommen!

Ergometrie vom 08.09.00: Normale körperliche Leistungsfähigkeit (92 % der Soll-Leistung erreicht, Abbruch bei subjektiver und objektiver Ausbelastung, BORG 17). Normale Blutdruckregulation bei 50 Watt, ab 100 Watt hypertone Blutdruckregulation. Normales Belastungs-EKG. Max. 2 Min. 150 Watt, max. Hf 147/min = 100 % der prädiktiven Hf max.

Ergometrie vom 01.11.01: eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit (65 % der Soll-Leistung erreicht, Abbruch bei subjektiver und objektiver Ausbelastung, BORG 15). Hypertone Blutdruckregulation bei 105 Watt Belastung. Im Belastungs-EKG bis 105 Watt in V4,V5 sign. ST-Streckensenkung bis 0,2 mV ohne Angabe von APS, in V6 keine ST-Veränderung. Max. 2 Min. 105 Watt, max RR 205/100 mmHg, max. Hf 133/min = 93 % der prädiktiven Hf max.

Langzeit-Blutdruckuntersuchung vom 28.8.01: Mittlere Blutdruckwerte tags bei 119/78,8 mmHg. Dabei relativ kleine Blutdruckschwankungen (max. 160 syst. 1x). Ausreichende Nachtabsenkung von Blutdruck und Puls.

Histamin test v. 21.08.01: negativ

Pricktest vom 21.08.01: Gräsermischung- positiv, Roggen- Positiv, Katzenhaare - Positiv

Echokardiographie vom 29.9.99: Unverändert V.a. kleine Infarkt Narbe inferobasal, sonst unauff. Pumpfunktion des linken Ventrikels. Keine Relaxationsstörungen des linken Ventrikels. Keine AV-Klappeninsuffizienz. Kein ungünstiges Remodeling. Zum Vorbefund keine wesentliche Änderung.

Ultraschall der Schilddrüse vom 29.8.01: Beurteilung: Unverändert bei Z.n. Schilddrüsen-OP unauff. Restgewebe mit Vernarbungen.

Orthopädiebefund vom 17.5.2000: - Dg: Zervikales Pseudoradikulärsyndrom

li.-seitig, wahrscheinlich auch leichte C7-Reizung links Ischämische Herzkrankheit mit Z.n. Bypass-Op. Wahrscheinlich auch psychosomatische Komponente der Beschwerdesymptomatik - Verlauf: Am ehesten blande C7-Reizung li.-seitig. Zusätzlich jedoch pseudoradikuläre Schmerzen im li. Arm bei Funktionsstörung der oberen Rippen links. Manualtherapie, Ultraschall mit diadynamischen Strom manuelle Traktion der Halswirbesäule. Zeitweise Gabe von NSAR. Bei Erfolglosigkeit sämtlicher konservativer Maßnahmen, progredienten neurologischen Ausfällen oder auch bei erheblichem Leidensdruck müßte die Operationsindikation erneut überprüft werden.

Neurologe vom 23.10.01: Ausschlußdiagnostik mit MRT: keine RF oder Aneurysma.

Epikrise Klinikum Uckermark vom 25.11.01: Zusammenfassende Bewertung: Koronare Dreifäßerkrankung mit Verschuß des RIVA, des RCX und der re. Koronararterie, mit regelrecht funktionierenden Bypässen auf D1, re. Koronararterie und Ramus posterolateralis sinister des RCX(ACVB) und regelrecht funktionierendem IMA-Bypass auf den RIVA bei distalem Endastverschuß des RIVA. Therapieempfehlung: Fortsetzung der konservativen Therapie. P.S.: Im Anschluß Darstellung der Karotiden wegen im Doppler in unsere Einrichtung gefundener A. carotis interna- Abgangstenose um 80% li.

Epikrise Khs. Uckermark vom 28.01. bis 07.02.02: Therapie: TEA und Patch-Plastik re. ACI am 30.01.02. Neurologischer Befund: o.B; HNO vom 29.01.02: Normalbefund o.B; Postoperative Kontrolluntersuchungen: Doppler extrakraniell vom 05.02.02: Regelrechter Befund ohne Einengung mit normales Flow. Neurologisches Konsil postoperativ: unauffälliger Befund.

Diagnosen:

Koronare Herzkrankheit ,
Hypertonie ,
Tinnitus aureum ,
Carotisstenose rechts

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Reinhard Förster
Facharzt für Innere Medizin und Allergologie

Ernst-Wolfgang Schulz, 06.10.1944

Auszüge aus
Krankengeschichte von
Dr. Förster; evtl. am 77.9.02

Neurologe vom 23.10.01: Ausschlußdiagnostik mit MRT: keine RF oder Aneurysma.,

Epikrise Klinikum Uckermark vom 25.11.01: Zusammenfassende Bewertung: Koronare Dreifäßkrankung mit Verschuß des RIVA, des RCX und der re. Koronararterie, mit regelrecht funktionierenden Bypässen auf D1, re. Koronararterie und Ramus posterolateralis sinister des RCX(ACVB) und regelrecht funktionierendem IMA-Bypass auf den RIVA bei distalem Endastverschuß des RIVA. Therapieempfehlung: Fortsetzung der konservativen Therapie. P.S.: Im Anschluß Darstellung der Karotiden wegen im Doppler in unsere Einrichtung gefundener A. carotis interna- Abgangsstenose um 80%.: fadenförmige Stenose der re. ACI nach Abgang aus der Gabel von 95 %, der weitere Verlauf erscheint unauffällig. Linksseitig beginnende Stenosierung, jedoch nur geringen Grades. (im Originalbericht der Koronarographie vom 27.11.01 erscheint im Hinweis auf die durchgeführte Darstellung der Karotiden tatsächlich die 80 %-ige Abgangsstenose li! Jedoch auch der Vermerk: „Über das Ergebnis werden Sie gesondert informiert“. Und in dem Offiziellen Befund der Untersuchung ist dann alles richtig (rechts) beschrieben.

Epikrise Khs. Uckermark vom 28.01. bis 07.02.02: Therapie: TEA und Patch-Plastik re. ACI am 30.01.02. Die exstirpierten Gefäßwandanteile zeigten histologisch eine erhebliche arteriosklerotisch veränderte Gefäßwand mit hochgradiger Stenose des Lumens. Neurologischer Befund: o.B; HNO vom 29.01.02: Normalbefund o.B; Postoperative Kontrolluntersuchungen: Doppler extrakraniell vom 05.02.02: Regelrechter Befund ohne Einengung mit normalem Flow. Neurologisches Konsil postoperativ: unauffälliger Befund.,

30.05.2002 Gefäßchir. Schwedt, CA Hinze: 2 J. lang vierteljährig US Doppler Halsgefäße kontrollieren. Iscover allenfalls 6 Wo. zusätzlich, dann ASS alleine!,

11.06.2002 bringt US Doppler Befund Karotiden: hochgradige Stenose 80 % jetzt li!! fragt nach, evtl. verwechselt? nach den Unterlagen war es re. nä. Wo Gefäßchirurg,

Reha-Entlassungsbericht vom 19.02. bis 26.03.02: Es wurde ihm eine psychotherapeutische Begleitung (weitere Entwicklung des affektiven ausdrucks des Selbstbildes, Stressbewältigung, Familiendynamik) empfohlen, was er interessiert aufnahm. Patn. ist in NYHA II einzuordnen. Die allgemeine und kardiale Leistungsfähigkeit sind gering eingeschränkt. eine psychotherapeutische Begleitung ist ratsam.,

Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße vom 11.06.02: Bei Z.n. TEA einer hochgradige Carotisstenose rechts kein Rezidiv erkennbar. Als neuer Befund stellt sich auch auf der Gegenseite eine hochgradige Abgangsstenose der Carotis interna links da (um 80 %). Aufgrund der echoarmen, inhomogenen, somit thrombogenen Plaquemorphologie und der offenbar schnellen Progredienz der Stenose sollte ein weiter OP in Erwägung gezogen werden.,

21.06.2002 nur bei schnellem Aufstehen kurzzeitig Schwindel, sonst kein Schwindel. RR 105-130/50-70, 1 x bei extremer Hitze 90 systol (matt/müde). Will demnächst Ernährung radikal umstellen bzgl. Fette. Gestern Rentenantrag abgegeben,

01.07.2002 war bei Angio: 80-85 % Stenose li, re. nach Op gut. Hat erst einmal Termin 19.8. vereinbart. In letzter Zeit leichte Kopfschmerzen, RR eher niedrig.,

Epikrise Khs. Schwedt vom 26.6. bis 28.6.02: Gutes Operationsergebnis im Bereich der re. Carotis. Li. hingegen etwa 85 %ige Abgangsstenose der ACI. Wir schlugen dem Pat. eine Operation der li. Seite vor.,

Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße vom 26.07.02: Bei Z.n. TEA einer hochgradige Carotisstenose rechts kein Rezidiv erkennbar. Zum unmittelbaren Vorbefund unverändert hochgradige Abgangsstenose der Carotis interna links (um 80%). Zur Einschätzung einer evtl. Progredienz der Stenose würde ich eine Verlaufskontrolle in ca. einem Vierteljahr empfehlen. Dann wäre nochmals die Frage einer TEA zu diskutieren.,

13.09.2002 War mal 2 Tage bei der Arbeit vormittags (Abschlußrechnung erstellt ...): körperlich k.o. gewesen

Ernst-Wolfgang Schulz., 06.10.1944

21.08.2000

Testbezeichnung	Wert	+/-	Einheit	Normwerttext	Laborhinweise
BSG	8mm		mm	- 10 mm	Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
ERYT	n				Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
EW	n				Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
HZ	n				Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
KETON	n				Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
LEUKO	n		Gpt/l	4,4 - 11,3	Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
NITRIT	n				Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
PH	5				Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
TSHB	0.85		U/ml	0,35 - 4,5	
					KA keine Angaben
UROB	n		n		Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.

22.08.2001

Testbezeichnung	Wert	+/-	Einheit	Normwerttext	Laborhinweise
ALAT	0.44		mol/sl	0.22 - 0.66	
AP	2.20		mol/sl	< 4.85	
ASAT	0.43		mol/sl	0,27 - 0,61	
BemM					
CA	2.13	-	mmol/l	2.1 - 2.5	
CHOL	4.8		mmol/l	BIS 5.2	
CRP	0.00		mg/dl	< 1.0	
ERY	5.2		X 1 MIO.	4.5-6.3	
FE	14.8		mol/l	14 - 32	
GGT	0.68		mol/sl	0.18 - 0.83	
GLUC	4.5		mmol/l	3.7 - 6.2	
HB	9.5		mmol/l	8.6-12.1	
HK	0.45		kA	0,4 - 0,54	
HRS	427		mol/l	< 482	
HST	5.8		mmol/l	5.3 - 8.9	
K	4.5		mmol/l	3.8 - 5.5	
KBB			kA		
komm			mmol/l		
KREA	88		MG/DL	BIS 88	
LKCS	7.5		kA	3.8 - 9.8	
MCH	1.84		G/DL	32-36	
MCHC	21.1		kA	20 - 22.3	
MCV	87.4		kA	82 - 96	
NA	141		mmol/l	136 - 152	
TG	1.75		mmol/l	< 2.24	
TRCS	165.0		kA	110 - 400	
TSHB	0.44		U/ml	0,35 - 4,5	

27.08.2001

Testbezeichnung	Wert	+/-	Einheit	Normwerttext	Laborhinweise
STUHL	negativ				Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.

23.04.2002

Testbezeichnung	Wert	+/-	Einheit	Normwerttext	Laborhinweise
TSHB	2.48		U/ml	0,35 - 4,5	

24.07.2002

Testbezeichnung	Wert	+/-	Einheit	Normwerttext	Laborhinweise
alpali	30.1		%	siehe Wertung	Laborhinweise
betaLi	46.0		%	siehe Wertung	
CHOLLIP	3.69		mmol/l	Bei Erhöhungen ist eine Klassifizierung der	
chyl	0.2		%	siehe Wertung	
lipa	21.70		mg/dl	Achtung: untere Nachweisgrenze jetzt 2 mg/dl.	
LIPEL				Zur Differenzierung der Lipoproteine in die Kategorien HDL,	
prbeli	23.7		%	siehe Wertung	Siehe unten
TRIGLIP	1.13		mmol/l	Erhöhungen sollten nach 12 stündiger Nahrungskarenz erneut	
TSHB	2.10		U/ml	0,35 - 4,5	

25.07.2002

Testbezeichnung	Wert	+/-	Einheit	Normwerttext	Laborhinweise
CHOL	3,7		mmol/l	BIS 5.2	Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
HDL	0,6		mmol/l	> 0.9	Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
LDL	2,4		mmol/l	Im Rahmen des kardiovaskulären Risikomanagements gelten	Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
Risikoindex	1,60			< 1.5	Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.
TG	1,13		mmol/l	< 2.24	Dieser Eintrag wurde manuell erzeugt.