

Fachklinik Wolletzsee - Zur Weise 2 - OT Wolletz - 16278 Angermünde

Arztpraxis
Herrn Dr. med. R. Förster
Krausenstraße 04

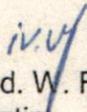
16269 Wriezen

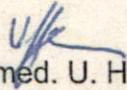
14.05.2007

Sehr geehrter Herr Dr. Förster,

wir berichten Ihnen über den Pat. **Schulz, Ernst-Wolfgang**, geb. am 06.10.1944, wohnhaft in 16259 Altranft, Lange Wiese 24, der sich vom 16.04. bis 06.05.2007 zur stationären kardiologisch/angiologischen Rehabilitation in unserer Einrichtung befand.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen


Dr. med. W. Fahrige
Chefärztin
Abt. Kardiologie/Angiologie


Dr. med. U. Heinz
Oberarzt

Anlage:
Epikrise Blatt 2.1 bis 2.6



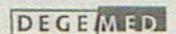
Fachklinik Wolletzsee
Verhaltensmedizinisches
Rehabilitationszentrum
Kardiologie - Angiologie - Neurologie

Fachklinik Wolletzsee
Zur Weise 2
OT Wolletz
16278 Angermünde

fon: 03 33 37 49-0
fax: 03 33 37 49-701
wolletzsee@ahg.de
www.ahg.de/wolletzsee



Erfüllt die
Qualitätsgrundsätze der



QS:Reha

Qualitätssicherung
medizinische Rehabilitation
Teilnahme 2003/2006

Chefärzte
Dr. med. Waltraut Fahrige
FA für Innere Medizin,
Kardiologie

Dr. med. Christian Brüggemann
FA für Neurologie
Physikalische Therapie

Verwaltungsdirektor
Günter Janz

Fachklinik Wolletzsee
AHG Allgemeine
Hospitalgesellschaft
mbH & Co. KG

Amtsgericht Frankfurt/Oder
HRA: 250
Steuer-Nr.: 106/5822/0372

phG: AHG Allgemeine
Hospitalgesellschaft
Geschäftsführungs-GmbH
Amtsgericht Potsdam
HRB: 1616

GF: Wilhelm Scheidt

Bankverbindung:
Commerzbank
AG Saarbrücken
BLZ: 590 100 00
Kto-Nr.: 6 015 143

im Verbund der



Mitglied der DEGEMED
Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation

Patient (Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:

Diagnosen:

- Z. n. Carotis-TEA links am 23.03.2007 (Halle), Z. n. Carotis-TEA rechts 2002
- KHK mit Z. n. koronarer Bypass-Operation 1995, aktuell Ausschluss interventionsbedürftiger Stenosen am 22.02.2007 (Herzzentrum Bernau)
- Diabetes mellitus (ED 04/2007)

Familienanamnese: Mutter Fettstoffwechselstörung, sonst unauffällig.

Soziale Anamnese: Diplomingenieur, zuletzt EDV-Bauleitung, altersberentet. Behindertenschutz GdB 50, ohne Merkzeichen. Verheiratet, 2 Kinder, moderne Wohnverhältnisse im Eigenheim. Keine Fremdhilfe notwendig.

Eigenanamnese: Langjähriger arterieller Hypertonus. Langjährige KHK mit Z. n. koronarer Bypass-Operation 1995 (LIMA : RIVA, ACVB : RD1, RM1 und RCA), bei zuletzt progredienter Angina pectoris, DD vertebrogenen Beschwerden, erfolgte eine Koronarangiographie am 22.02.2007 im Herzzentrum Brandenburg in Bernau mit verschlossenem ACVB : RM1, jedoch offenen und gut funktionierenden Bypässen auf RD1, RCA und RIVA, kein Nachweis therapiebedürftiger Stenosen. Augenarterienverschluss links 03/2007 bei Z. n. TEA der ACI rechts 2002 erfolgte nunmehr die TEA und Patchplastik der ACI links im Universitätsklinikum Halle-Wittenberg mit postoperativ unkompliziertem Verlauf. Ursprünglich Aufnahme des Pat. wegen Oberbauchbeschwerden. Im MRT zeigte sich lediglich eine Fettgewebsvermehrung und ödematöse Schwellung im Mittelbauch ohne Nachweis eines abgrenzenden Tumors, eine spätere Kontrolluntersuchung wurde vereinbart. Entlassung des Pat. am 28.03.2007. Die aktuelle Aufnahme des Pat. erfolgte im Rahmen einer AHB, welche durch das Universitätsklinikum Halle-Wittenberg initiiert wurde.

Risikofaktoren/Risikoverhalten: Fettstoffwechselstörung, Nikotinabusus bis 1970, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus (ED 04/2007).

Therapie bei Aufnahme: ASS 500 mg 1-0-0, Atacand 16 mg ½-0-0, Atenolol 25 mg ½-0-0, Pentalong 80 mg 1-0-1, L-Thyroxin 200 µg ½-0-0, Rocornal 1-0-1 (neu), Simvabeta 40 mg 0-0-0-½, Medyn 1-1-1, Tavor 1 mg bei Bedarf, Nitrospray bei Bedarf.

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen: Linksseitige Kopfschmerzen, in Abnahme befindlich, seit OP Zunahme des retrosternalen bis li. thorakalen Druckgefühls, Nitro- oder Tavorbedarfsmedikation. Schulter-/Nackensyndrom li. betont, unter Rocornal keine Abnahme der thorakalen Beschwerden.

Aufnahmebefund:

62-jähriger Pat. in gutem AZ und leicht adipösem EZ (Größe 1,78 m, Gewicht 78 kg). Keine Zyanose, keine Ruhedyspnoe, keine Ödeme.

Kopf: unauffällig, Gebiss saniert,
Hals: keine Einflussstauung, keine Struma, reizlose alte Carotis-OP-Narbe rechts, linksseitig frische Narbe ohne Wundheilungsstörung, kein Strömungsgeräusch,

Patient (Name, Vorname)

Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum

06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:

Thorax: symmetrisch gebaut, seitengleich beatmet, Sternum fest,
 Cor: Aktion rhythmisch, Töne rein, RR 130/70 mm Hg, HF 70/min,
 Pulmo: sonorer KS, VA, keine Rg,
 Abdomen: Bauchdecke weich, Hepar und Lien nicht palpabel, NL frei,
 Wirbelsäule: Myalgien im Bereich der HWS, BWS-Skoliose,
 Extremitäten: in den großen Gelenken frei beweglich, keine Ödeme,
 peripherer
 Gefäßstatus: arteriell unauffällig,
 ZNS und
 Psyche: vorbekannt diskreter Gesichtsfeldausfall links, keine höhergradigen
 neurologischen Ausfälle, Pat. ist klar und orientiert.

Vorbefunde: Siehe Eigenanamnese.

Funktionsdiagnostik:

Ruhe-EKG vom 17.04.2007:

Indifferenz- bis Steillagetyt, Sinusrhythmus um 60/min, PQ-Zeit 0,14 s, präterminal negatives T in aVL, kleines Q in V₆.

Kontroll-EKG vom 02.05.2007:

Weiterhin SR um 55/min, keine Befundänderung.

Ventilationsprüfung vom 17.04.2007:

Geringgradig restriktive Ventilationsstörung, VC max. 3,3 l = 73 % des Solls, FEV₁/VC 100 %.

Ergometrie (stand. submax. BT) vom 17.04.2007:

25 - 75 Watt/2 min, höchster RR 180/80 mm Hg, höchste HF 95/min. Abbruch bei Angabe von leichtem Druck auf der Brust, keinerlei Ischämiehinweis im EKG, keine Rhythmusstörung, keine ST-Senkung. In der Erholungsphase zeitgerechte HF- und RR-Regulation. PWC 0,96 Watt/kg Körpergewicht = 55 % der altersentsprechenden Norm.

Peripherer Index vom 18.04.2007:

Systemblutdruck: re. 150/90, li. 160/100 mm Hg.

Absolutdruck A. dorsalis pedis re. 170, li. 150 mm Hg.

A. tibialis posterior re. 160, li. 150 mm Hg.

Index (Quotient): re. 1, li. 0,94.

Gehstreckenbestimmung vom 18.04.2007:

Gehtest : 500 m. Schrittfrequenz 105 Schritte/min. Keine Beschwerden.

Echokardiographie vom 17.04.2007:

Gute Schallbarkeit: Linker Vorhof leicht belastet (4,2 cm). Linker Ventrikel diastolisch grenzwertig (5,5 cm). Normale Wandstärken, keine regionale Kinetikstörung – EF visuell über 55 %. Unauffällige Klappenmorphologie. Im Doppler kein pathologischer Gradient. Eine kleine Regurgitation über der Mitral- und Trikuspidalklappe. Geschätzter systolischer

Patient (Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:

PAP mit 42 mm Hg leicht erhöht. Diastolischer Einstrom mit kurzer dt von 114 ms, E : A 1,47.

Zusammenfassende Beurteilung: Diastolische Dysfunktion, MI I und Hinweise für eine leichte pulmonale Hypertonie. Normale Auswurfraction, keine regionale Kinetikstörung.

Duplexsonographie der extrakraniellen GefäÙe vom 23.04.2007:

Indikation: Z. n. TEA der Karotis rechts 2002. Aktuell 03/07 Karotis-TEA links.

Befund: Rechtsseitig findet sich ein gutes Langzeitergebnis bei Z. n. TEA. Keine Rezidivstenose. Das Dopplerprofil über der Karotis interna rechts ist gefäÙstypisch, weist keine Stenosequalitäten auf. Linksseitig findet sich kein ausgeprägtes perivaskuläres Hämatom, keine Leckage, keine Dissektion. Der Fluss über der Karotis interna ist zeitgerecht. Die systolische Vorflusgeschwindigkeit ist nicht im Sinne einer Stenose verändert.

Zusammenfassung: Gutes morphologisches und funktionelles Ergebnis bei Z. n. TEA der Karotis interna bds.

24-Stunden-Langzeit-EKG vom 27.04.2007:

(unter niedrig dosierter Beta-Blockade) Sinusrhythmus; mittlere Frequenz 55/min, Grenzfrequenzen zwischen 40 und 100/min, keine VES, 3 SVES, kein Nachweis relevanter Rhythmusstörungen, keine Pausen > 2,5 s.

Laborwerte (SI) vom 17.04.2007:

Hb 9 mmol/l, Hämatokrit 41 %, Thrombozytenzahl 155.000, Elektrolyte und Retentionswerte normwertig. Gesamt-Chol. 3,9, HDL 0,9, LDL 2,6 mmol/l. Kreatininkinase normwertig. Euthyreote Stoffwechsellage.

BZ-Tagesprofil vom 17.04.07: 7,2 – 7,3 – 6,6 mmol/l.

BZ-Tagesprofil vom 24.04.07: 7,1 – 6,7 – 7,3 mmol/l.

Blutgasanalyse vom 17.04.07: In Ruhe: PO₂ 75 mm Hg, PCO₂ 40 mm Hg, SaO₂ 95 %.

Therapie, Verlauf, Abschlussbefund:

Im Mittelpunkt der therapeutischen Maßnahmen standen die Stabilisierung und Steigerung der kardialen und allgemeinen Leistungsfähigkeit, außerdem die Vermittlung von Kenntnissen über Risikofaktoren und deren Beeinflussung im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität, der Lebenserwartung und damit Verhinderung von Pflegebedürftigkeit. Ein weiteres Ziel war die Abnahme der Beschwerdesymptomatik sowie eine psychologische Patientenberatung.

1. Diät: cholesterinarme Basiskost.
2. Medikamente: ASS 50, Atacand 16 mg, Atenolol 25 mg, Pentalong 80 mg, L-Thyroxin 100 µg, Simvahexal 40 mg, Medyn, Tavor 1 mg, Valoron Tropfen, Pantozol 40 mg.
3. Bewegungstherapie in Form einer Trainingstherapie in der Leistungsgruppe 2 mit den Elementen: Ergometertraining, Wandern und Koronarsport.
4. Psychische Konditionierung: Gruppengespräche zur Krankheitsverarbeitung; psychologisches Einzelgespräch; Qi Gong.

Patient (Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:

5. Teilnahme am Gesundheitsbildungsprogramm mit den Themen: Rehabilitationsziel, Wesen der wichtigsten Herzkreislauferkrankungen, grundlegende Lebensstiländerung, sozialrechtliche Probleme.
6. Physikalische Therapie: Fango und Teilkörpermassage.

Verlauf:

Nach dreiwöchiger Behandlung Gewichtsabnahme um ca. 1,5 kg.

Die bei uns täglich gemessenen Ruheblutdruckwerte lagen bei Beschwerdefreiheit im normotonen bis leicht hypotonen Bereich mit relativer Sinusbradykardie unter niedrig dosierter Tenormin-Dosis. Die Werte lagen 115/60 mm Hg mit einer HF um 50/min, teilweise darunter. Daher ist eine Erhöhung der antihypertensiven Therapie nicht möglich. Der Pat. klagte im gesamten stationären Verlauf über rezidivierende thorakale Beschwerden mit bei ausgeprägter Angstsymptomatik starkem Blutdruckanstieg jeweils nach Tavor- oder/und Nitroaufnahme allmähliche klinische Besserung. Am 29.04.07 kurzzeitige intensivmedizinische Überwachung mit bei Beschwerden unauffälligem EKG und negativem Troponin. Der Pat. selbst bringt die Beschwerden mit starker emotionaler Belastung im Zusammenhang.

Der Patient nahm auf eigenem Wunsch hin an 2 Gesprächen im psychologischen Dienst teil. Er machte gut nachvollziehbare Angaben zu seinem multiplen Beschwerdebild sowie zum Krankheitsverlauf insgesamt. Vordergründig ging es hierbei um eine emotionale Entlastung sowie zeitweilig auftretende Angst- und Beklemmungsgefühle im Ausdruck einer Angina-Pectoris-Symptomatik. Mit dem Patienten gemeinsam wurde versucht, seine Ressourcen und Kompetenzen in den Fokus der Aufmerksamkeit zu stellen. Hierbei wurde deutlich, dass der Patient über eine differenziert ausgebildete Selbstwahrnehmung verfügt sowie um gut ausgebildete Kompetenzen im Sinne einer hohen Eigenverantwortlichkeit gegenüber seiner Erkrankung und dem Umgang damit. Der Patient beschrieb eine hoch ausgeprägte Neigung zur Übernahme von Verantwortung im häuslichen und außerhäuslichen Tätigkeitsbereich (Vorsitzender einer selbst gegründeten Herzsportgruppe sowie vielfältige weitere Aufgaben). Es wurden die vielfältigen Anforderungen in Assoziation zu seiner derzeitigen körperlichen (und psychischen) Verfassung reflektiert. Der Patient zeigte sich hierzu einsichts- und veränderungsbereit. Hinsichtlich seiner Stimmungslage erschien er durchgehend bedrückt bei noch hinreichender affektiver Schwingungsfähigkeit. Eine weitergehende psychotherapeutische Begleitung erscheint indiziert und wurde dem Patienten angeraten. Er zeigte sich hierzu abschließend aufgeschlossen.

V. a. Anpassungsstörung im Sinne einer längeren depressiven Reaktion (ICD 10: F 43.21) auf dem Hintergrund einer vom Patienten angegebenen vormals bestehenden hypochondrischen Störung (1996/97).

Regelmäßige Teilnahme am Ergometertraining mit einer Dauerleistungsfähigkeit von 60 Watt, ohne den TP von 95/min zu überschreiten.

Bei ausgeprägter Verspannung und Schulter-/Nackensyndrom erhielt der Pat. Fango und Teilkörpermassage sowie eine Bedarfsmedikation mit Valoron-Tropfen. Es kam zu einer leichten Linderung der geklagten Beschwerden.

Patient (Name, Vorname)

Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum

06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:

Insgesamt erwies sich der Pat. als sehr motiviert, die angebotenen und verordneten Rehabilitationsmaßnahmen zu nutzen.

Leider kam es im stationären Verlauf zu keiner Abnahme der vom Pat. geklagten Beschwerden. Eine Erhöhung der antihypertensiven Therapie ist bei sonst eher hypotonen Blutdruckwerten nicht möglich. Eine Steigerung der Beta-Blockade bei relativer Sinusbradykardie ebenfalls nicht. Als Ultima ratio ab 02.05.07 Therapieversuch mit Pantozol bei DD Refluxösophagitis.

In Auswertung des Rehabilitationsergebnisses äußerten beide Seiten (Pat. und Arzt) ihre Unzufriedenheit mit dem Reha-Verlauf. Bei fehlender Wirksamkeit von Rocomal wurde dieses abgesetzt. Wir empfehlen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung.

Epikritische Betrachtung, Rehabilitationsergebnis, sozialmedizinische Einschätzung:

62-jähriger Pat. mit Z. n. unkomplizierter Carotis-TEA am 23.03.2007 mit gutem klinischen und duplexsonographischen Ergebnis. Vorbekannte KHK mit rezidivierenden thorakalen Beschwerden – DD koronar/vertebragen (?). In der Koronarangiographie von 02/2007 kein Interventionsbedarf.

Keine Zeichen der Herzinsuffizienz. Kein Anhalt für Myokardischämie bei einer Dauerbelastbarkeit von 60 Watt, ebenfalls in der Ergometrie trotz Beschwerden kein eindeutiger Ischämiehinweis. Keine relevanten Herzrhythmusstörungen.

Das kardiale Leistungsstadium beträgt nach NYHA II.

Das Rehabilitationsziel konnte nicht, die Ziele der Sekundärprävention konnten teilweise erreicht werden, weitere ambulante Blutzuckerkontrollen sind notwendig.

Entlassungsmedikamente:

ASS 100	0-0-½,
Atacand 16 mg	½-0-0,
Atenolol 25 mg	½-0-0,
Pentalong 80 mg	1-0-1,
L-Thyroxin 100 µg	1-0-0,
Simvastatin 40 mg	0-0-0-½,
Medyn	1-1-1,
Pantozol 40 mg	0-1-0,
Valoron 20 Tropfen bei Bedarf	

oder wirkstoffgleiche Präparate.

Empfehlungen:

Cholesterinreduzierte und Diabeteskost.

Regelmäßige angepasste Bewegungstherapie mit einem TP von 95/min.

Regelmäßige hausärztliche und kardiologische Betreuung mit Kontrolle von Gewicht, RR, EKG, Langzeit- und Belastungs-EKG, Echokardiographie und Fettstoffwechselfparametern.

Patient (Name, Vorname)

Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum

06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:

Verteiler:

- 1 x Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Zentrum für Chirurgie, Direktor Herr Prof. Dr. med. H. Dralle, Ernst-Grube-Str. 40, 06097 Halle (Saale)
- 1 x Techniker Krankenkasse, Abt. Rehabilitation, Postfach, 15207 Frankfurt (O)