

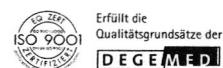


Fachklinik und Moorbad Bad Freienwalde
Gesundbrunnenstraße 33 · 16259 Bad Freienwalde

-pa-

Fachklinik und Moorbad
Bad Freienwalde
Gesundbrunnenstraße 33
16259 Bad Freienwalde

fon: 0 33 44.4 10-0
fax: 0 33 44.4 10-7 01
bad_freienwalde@ahg.de
www.ahg.de/Bad_Freienwalde



Entlassungsbericht

des Patienten **Schulz, Ernst-Wolfgang**, geb. am 06.10.1944
wohnhaft: Lange Wiese 24, 16259 Bad Freienwalde/OT Altranft
der sich vom **28.11.2007 - 22.12.2007** in unserer Einrichtung
zur stationären Rehabilitationsmaßnahme befand.

Diagnose:

Lumbalsyndrom mit rückläufigen motorischen
Residuen re. bei Zustand nach Nukleotomie
wegen sequestriertem NPP L4/L5 re. am 12.11.07

Diagn.-Nr.:

M511

Chefärztin
Dr. med. Gudrun Zander
Fachärztin für Physikalische
und Rehabilitative Medizin/
Chirotherapie/Sozialmedizin/
Rehabilitationswesen/
Balneologie und
Medizinische Klimatologie/
Naturheilverfahren
Osteologie DVO

- An weiteren Diagnosen aus dem nicht orthopädischen
Bereich sind zu nennen:
- Rezidivierende hypertensive Krise mit Angina pectoris-
Symptomatik
 - Zustand nach Myocardinfarkt bei KHK
 - Zustand nach koronarer Bypass-OP 1995
 - Zustand nach Carotis-OP re. 2002, li. 2007
 - Zustand nach Implantation eines Pacemakers
bei Sinussyndrom 11/07
 - Arterieller Hypertonus
 - Diabetes mellitus (diätetisch)
 - Hyperlipidämie
 - Hypothyreose

Verwaltungsdirektor
Frank Schmidt

Fachklinik Bad Freienwalde
AHG Allgemeine
Hospitalgesellschaft
mbH & Co. KG

Amtsgericht Frankfurt/Oder
HRA 220

phG: AHG Allgemeine
Hospitalgesellschaft
Geschäftsführungs-GmbH

Amtsgericht Potsdam
HRB 1616

Geschäftsführer
Wilhelm Scheidt

Bankverbindung:
Commerzbank AG Saarbrücke
BLZ: 590 400 00
Kto.-Nr.: 6 012 884

1. Allgemeine und klinische Anamnese

Familienanamnese

Mutter Haut-Ca, Apoplex, Fettstoffwechselstörung.

Eigenanamnese

Im Kindesalter Scharlach, Nierenentzündung sowie gehäuft Angina tonsillaris, 1995 koronare Bypass-OP bei bekannter KHK, Zustand nach Myocardinfarkt, arterieller Hypertonus, 1996 Schilddrüsen-OP, 2001 Carotis-OP re., 2007 Carotis-OP li., benigner Tumor (Fettgewebsvermehrung) im Bereich der Mesenterialwurzel, 11/07 Pacemaker-Implantation wegen Sick-Sinus-Syndrom. Seit 2007 ambulante psychologisch/psychiatrische Behandlung wegen psychischer Labilität. Im November 2007 akut einsetzende lumbale Beschwerden mit ischialgieformiger Ausstrahlung sowie motorischem Defizit re.. Im MRT zeigte sich ein sequestrierter Bandscheibenprolaps L4/L5. Auf Grund der neurologischen Symptomatik wurde die Indikation zur OP gestellt. Am 12.11.07 erfolgte die Exstirpation des Bandscheibenprolapses L4/L5 re. in der Neurochirurgischen Klinik des Werner Forßmann Krankenhauses Eberswalde. Bisher 3 stationäre Heilverfahren in Wolletz.

Risikofaktoren und Verhaltensanamnese

Ein- u. Durchschlafstörungen, Stuhlgang und Miktion regelrecht, seltene Nykturie, kein Nikotinabusus, seltener Alkoholgenuss, kein Coffeingenus, bekannte Allergie auf Jod, Kontrastmittel, Gräser und Tierhaare, kein Freizeitsport.

2. Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen

Postoperativ bestehen noch mäßige Schmerzen im LWS-Bereich, besonders Druckgefühl im Bereich der Narbe. Ausstrahlende Beschwerden werden im Bereich des re. Gesäßes, der re. Wade und des re. Schienbeines verspürt. Außerdem besteht noch eine Fußhebeschwäche re.. Zeitweise kommt es zu Kribbelparästhesien des re. Beines. Beim Niesen und Pressen keine Schmerzzunahme. Laufen wird ca. 15 Minuten toleriert, Sitzen ca. 30 Minuten. Bezüglich der ADL besteht Selbständigkeit. Über sein Krankheitsbild ist der Pat. sehr gut informiert.

3. Gegenwärtige Therapie, behandelnde ÄrzteMedikamente:

L-Thyroxin 100	1-0-0
Pentalong 80	1-0-1
Atacand 16	1-0-0
Beloc Zok 95	1-0-1
ASS 30	0-0-1
Simvabeta 40	0-0-1
Felis 650	0-1/2-1/2
Voltaren res.	1-0-1
Mydocalm	1-1-1
Pantozol 40	0-0-1
Nitrangin Spray	b. Bed.
Lorazepam bzw. Diazepam	b. Bed.

Bisherige Therapie:

Postoperativ keine physikalischen Anwendungen

Orthopädische Hilfsmittel:

Keine

Arztadressen:

Dr. med. Förster
 Krausenstraße 4
 16269 Wriezen

4. Allgemeine Sozialanamnese

Der Pat. ist verheiratet, hat 2 Kinder großgezogen, lebt im 2-Personen-Haushalt. Psychosoziale Belastung durch chronische Erkrankung, Pflegebedürftigkeit der Mutter sowie spastische Behinderung eines Stiefkindes. Es besteht ein GdB von 50.

5. Arbeits- u. Berufsanamnese

Berufsleben als Diplom-Ingenieur. Jetzt ist der Pat. Altersrentner.

6. Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende Diagnostik**Aufnahmebefund**

63-jähriger normosomer Pat. in gutem AZ (178 cm, 75 kg). Leicht gerötetes Gesicht. Keine Ödeme, Dyspnoe, Exanthem, Zyanose und Ikterus.

Kopf: Kalotte, NAP und NNH frei. Rachenring reizlos. Gebiss saniert. Sinnesorgane grobklinisch o.B..

Hals: Keine Struma. Keine LKS. Keine HVEST.

Thorax: Reizlose Narbe nach Thoracotomie sowie noch bewegungs- u. druckempfindliche Narbe re. thoracal nach Pacemaker-Implantation.

Pulmo: Auskultatorisch und perkutorisch unauffällig.

Cor: Aktion regelmäßig, Töne rein. RR 160/90 mmHg. Puls 80/min..

Abdomen: Weiche Bauchdecken. Kein Druckschmerz. Keine pathologischen Resistenzen tastbar. Leber und Milz nicht palpabel. Nierenlager bds. frei. Bruchpforten geschlossen.

Gefäße: Keine Varikosis.
 Periphere arterielle Pulse an den oberen und unteren Extremitäten seitengleich gut tastbar.

Psyche: Der Pat. ist freundlich, kooperativ, zur Reha hochmotiviert, wirkt etwas angespannt, ängstlich und besorgt.

Bewegungsapparat: Aufrechte, muskelschwache Haltung, runder Wirbelsäulentyp, Schulter- u. Beckengeradstand.

BWS/LWS/Becken: Leicht verstärkte Brustkyphose im oberen Bereich, steil gestellte LWS. Reizlose Narbe mit Restschorf über der unteren LWS, kein spinaler Druckschmerz, kein Funktionsschmerz, normotoner paravertebraler Muskeltonus, ISG bds. indolent.

HWS: Kein spinaler Druckschmerz, kein Funktionsschmerz, deutlich erhöhter Muskeltonus der Schulter-/Nackermuskulatur mit Druckschmerz, altersentsprechend freie Beweglichkeit.

Untere Extremitäten:

Hüft-, Knie- u. Sprunggelenke inkl. Füße - Altersentsprechend aktiv und passiv frei beweglich, unauffällig.

Obere Extremitäten:

Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke - Altersentsprechend aktiv und passiv frei beweglich. Bei max. Abduktion des re. Armes leichte Schmerzen im Bereich der Pacemakertasche.

Periphere Neurologie:

Regelrechter Reflexstatus, keine Sensibilitätsstörungen, Fußhebeschwäche re. Kraftgrad 3 bis 4 n. Janda, Zehenhebeschwäche re. Kraftgrad 4 n. Janda, relativ flüssiges Gangbild, Hacken- u. Einbeinstand re. deutlich vermindert, Lasegue re. 70°.

Vorbefunde

Epikrise der Klinik für Neurochirurgie des Klinikums Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde, vom 19.11.07:

Diagnose:

Sequestrierter Bandscheibenvorfall LWK4/5 rechts

Therapie:

Exstirpation am 12.11.2007

Umfassende Epikrisen seit 1995, u. a. Krankenhaus Wriezen, Klinik für Innere Medizin, vom 26.11.07, sowie Reha-Abschlussbericht Klinik Wolletzsee vom 14.05.07

Diagnostik

Laborbefunde vom 29.11.07:

Nicht normwertig: Triglyz. 177 mg/dl.

Im Normbereich lagen: Hb, Hk, Leuko, Ery, Thrombo, MCV, MCH, MCHC, Natrium, Kalium, Calcium, Eisen, Bili gesamt, Krea, Harnstoff, Harnsäure, AP, Gamma-GT, GPT, GOT, LDH, Gesamteiweiß, Chol. und Bz im Serum, lagen im Normbereich. BSG 12/19 mm.

Urinstatus unauffällig.

EKG vom 29.11.07:

Schrittmacher-EKG mit normofrequenten Schrittmacheraktionen (DDD-Mode), kein Anhalt für Fehlfunktion.

EKG vom 18.12.07:

Unauffälliges Schrittmacher-EKG, unverändert zum 29.11.07.

Zwischen den Angaben des Pat. und den erhobenen klinischen und paraklinischen Befunden bestehen keine Diskrepanzen.

7. Rehabilitationsziele

In Übereinstimmung mit dem Pat. formulierten wir folgende Therapieziele:

1. Linderung der geklagten Wirbelsäulenbeschwerden
2. Lockerung von Muskelverspannungen
3. Kräftigung der Wirbelsäulen-, Bauch- und Gesäßmuskulatur
4. Erlernen eines rückengerechten und gelenkschonenden Alltagsverhaltens
5. Allgemeine körperliche Konditionierung
6. Psychische Stabilisierung

Der Pat. formulierte als Erwartung an die Rehabilitation eine Linderung der geklagten Rückenschmerzen sowie eine Verbesserung der Alltagsbelastbarkeit.

8. Rehabilitationsverlauf

Zur Muskelkräftigung, Verbesserung der Wirbelsäulenstatik sowie zur allgemeinen körperlichen Konditionierung erhielt der Pat. Einzelkrankengymnastik, Laufbandtraining sowie medizinische Trainingstherapie an ausgewählten Sportgeräten. Zur Schmerzlinderung, Muskeldetonisierung und Stoffwechsellanregung im Wirbelsäulenbereich verordneten wir klassische Schulter-/Nackenmassagen. Zur Normalisierung des Blutdruckverhaltens verordneten wir CO₂-Bäder.

Im Rahmen des allgemeinen Gesundheitstrainings hörte der Pat. einen Arztvortrag zum Thema „Wirbelsäulenerkrankungen“. In den Seminaren der Rückenschule wurde das wirbelsäulengerechte und gelenkschonende Verhalten im Alltag vermittelt.

Herr Schulz hat an 4 Übungen des Entspannungsverfahrens „Progressive Muskelentspannung“ nach E. Jacobson teilgenommen. Inhalte dieser Gruppensitzungen sind die Erläuterung des Circulus vitiosus „Psyche-Muskelspannung-Schmerz“ sowie physiologisch-psychologischer Wirkungen des Entspannungstrainings, des Weiteren das Einüben der Lang- und der Kurzform dieser Entspannungstechnik sowie der Ruhesuggestion. Den Gruppenteilnehmern wurden Möglichkeiten des individuellen Einsatzes dieses Verfahrens zur Stress- und Alltagsbewältigung erläutert.

Begleitend erhielt der Pat. eine psychologische Einzelberatung zu ausgewählten Fragen der Bewältigung starker Belastungen, die durch verschiedene Krankheitsfaktoren und hohe psycho-soziale Beanspruchung entstanden. Herr Schulz ist engagiert und offen für psychologische Bewältigungsstrategien und konnte erste Schritte im Coping-Prozess bereits beginnen.

Im Verlauf der ersten Reha-Woche erlitt der Pat. während eines CO₂-Bades eine hypertensive Krise mit thoracalem Druckgefühl. Zum Ausschluss eines Myocardinfarktes erfolgte die stationäre Einweisung in das Krankenhaus Wriezen. Ein ischämischer Geschehen konnte ausgeschlossen werden. Nach Anpassung der antihypertensiven Therapie sowie Besserung des Allgemeinzustandes erfolgte die Rückverlegung in unsere Einrichtung. Das Therapieprogramm wurde entsprechend angepasst und konnte ohne Einschränkungen bis zum Reha-Ende weitergeführt werden.

Während des Aufenthaltes kam es jedoch zu wiederholten RR-Anstiegen mit retrosternalem Druckgefühl sowie ausgeprägter Angstsymptomatik. Die Beschwerden ließen sich unter Bayotensin- und Valocordin-Gabe gut beherrschen. Vordergrundig sind emotionale Spannungen als Auslösemechanismus zu nennen.

Die Schmerzmedikation konnte im Verlauf reduziert werden. Der Pat. unterstützte den Rehabilitationsprozess durch motivierte und engagierte Mitarbeit.

Herr Schulz erhielt Basiskost.

Entlassungsgewicht: 74,5 kg
Entlassungsblutdruck: 120/80 mmHg

Die im Einzelnen durchgeführten Maßnahmen sind bitte dem Anhang zu entnehmen.

9. Rehabilitationsergebnis

Subjektives Befinden

Der Pat. hat sich im Hause wohl gefühlt. Das Behandlungsprogramm war angemessen und sehr gut verträglich. Die Schmerzsymptomatik im Wirbelsäulenbereich habe sich gebessert. Im LWS-Bereich ist der Pat. fast beschwerdefrei. Derzeit besteht noch eine geringe Schmerzausstrahlung in die re. Hüftregion sowie in die re. Wade. Die anfangs bestehende Fußhebeschwäche re. sei gebessert, eine Stolperneigung besteht nicht. Der Pat. kann längere Zeit beschwerdefrei sitzen und gehen. Bezüglich der ADL besteht Selbständigkeit.

Objektiver Abschlussbefund

Bewegungsapparat:

LWS - Unveränderte Steilstellung, reizlose Narbe, kein spinaler Druckschmerz, kein Funktionsschmerz. Normotoner paravertebraler Muskeltonus. ISG bds. indolent.

Bewegungsmaße: Vor-/Rückbeuge 80/0/20. Seitneige 30/0/30. Rotation 50/0/50.

FBA 20 cm.

HWS - Aufgelockerter Muskeltonus der Schulter-/Nackenmuskulatur, kein Druckschmerz, kein Funktionsschmerz. Keine Bewegungseinschränkung.

Der übrige Gelenk- und Wirbelsäulenstatus entspricht im Wesentlichen dem Aufnahmebefund.

Periphere Neurologie:

Regelrechter Reflexstatus. Keine Sensibilitätsstörungen. Gebesserte Fußhebeschwäche re., jetzt Kraftgrad 4 n. Janda, Zehehebeschwäche re. ebenfalls gebessert, jetzt Kraftgrad 4 bis 5 n. Janda, Hacken- u. Einbeinstand re. noch leicht vermindert, relativ flüssiges Gangbild, Pseudolasegue bds. bei verkürzter ischiocruraler Muskulatur. Valleix-DP indolent.

Nach intensiver krankengymnastischer und balneophysikalischer Therapie entlassen wir den Pat. bei allgemein subjektivem Wohlbefinden, gebesserter Schmerzsymptomatik im LWS-Bereich, rückläufigem motorischen Defizit, beginnender muskulärer Stabilisierung sowie deutlich verbesserter körperlicher Belastbarkeit.

Hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit bestehen weiterhin Einschränkungen.

Die gestellten Therapieziele konnten weitgehend erreicht werden. Der Pat. zeigt sich mit dem Reha-Ergebnis sehr zufrieden.

Entlassungsmedikation

Voltaren res.	1-0-0
Mydocalm	1-0-1
Norvasc 5	1-0-0
Sonst idem zur Aufnahme	

Selbstverständlich können Präparate anderer Herstellerfirmen mit gleichem Inhaltsstoff verordnet werden.

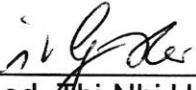
10. Sozialmedizinische Epikrise

Die Entlassung des Pat. erfolgt ohne Fremdhilfebedarf in die Häuslichkeit.

Empfehlungen

Wir empfehlen die Weiterführung der hier erlernten krankengymnastischen Übungen zur weiteren Kräftigung der Wirbelsäulen-, Bauch- und Gesäßmuskulatur, die Fortsetzung des rücken- und gelenkschonenden Alltagsverhaltens sowie die Verordnung von physikalischen Anwendungen entsprechend dem aktuellen klinischen Befund. Eine ambulante psychotherapeutische Mitbehandlung ist zu empfehlen. Schrittweise Reduktion der Analgetika entsprechend dem klinischen Befund.

Bad Freienwalde, den 03.01.2008

		
Dr. med. G. Zander FÄ für Physikalische u. Rehabilitative Medizin/ Chirotherapie/Sozialmed./ Rehabilitationswesen Balneologie u. Medizinische Klimatologie/Osteologe DVO/ Naturheilverfahren Chefärztin	Dr. med. Thi-Nhi Hoang FÄ f. Orthopädie/Chirotherapie/ Sozialmed./Rehabilitationswesen Naturheilverfahren/ Osteologe DVO/ Oberärztin	Dipl.-Med. J. Krone Stationsärztin

Ärztlicher

Entlassungsbericht

Ausfertigung für den RV-Träger -

<Bitte Kostenträger-Namen eintragen>

Bereich EDV Bl. 1b

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum

0 6 1 0 4 4

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

		KTl-Code	Dauer	Anzahl
1.	Physiotherapeutische Einzelbehandlung: Wirbelsäulengymnastik	B 0 1 4	D	0 5
2.	Dynamisches oder statisches Muskelaufbautraining an/mit Krafttrainingsgeräten	A 0 3 1	I	0 5
3.	Training auf dem Laufband	A 0 2 9	F	0 4
4.	Bewegung und Sport in der Freizeit zum Muskelaufbau	L 0 1 2	F	0 3
5.	Klassische Teilkörpermassage	K 2 3 0	D	0 3
6.	Medizinisches Vollbad (Kohlensäure)	K 0 9 0	F	0 1
7.	Progressive Relaxation nach Jacobson, Einführung in der Gruppe	F 0 8 2	L	0 1
8.	Progressive Relaxation nach Jacobson, Durchführung in der Gruppe	F 0 9 2	L	0 3
9.	Soz. Kommunikation und Interaktion: Gruppensingen	L 0 3 3	L	0 3
10.	Psychologische Einzelberatung	F 0 1 0	L	0 1
11.	Basiskost	M 0 2 1	F	0 1
12.	Vortrag: Indikationssp. Krankheitsinformation Wirbelsäule	C 0 6 0	L	0 1
13.	Standardisierte Rückenschule	C 1 4 1	L	0 5
14.	Ärztl. Beratg. (Motivat. z. Verhaltensändg.)	C 0 1 0	C	0 3
15.	Vortrag: Rehabilitation	C 0 7 0	L	0 1
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Erläuterungen:

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min.
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. Z = individuell

Versions

0 2