

Kurzarztbericht

Patient: Schulz, Ernst-Wolfgang geb. am: 06.10.1944
Anschrift: Lange-Wiese 24, 16259 Bad Freienwalde

Fachrichtung: Kardiologie
Behandlung vom 22.11.2016 bis 10.12.2016

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
wir bitten um Weiterbehandlung des o. g. Patienten.

Diagnosen:

- I20.0 Instabile Angina pectoris
- I25.13 Koronare Drei-Gefäßkrankung, EF im Normbereich
- I21.4 Z. n. NSTEMI 10/2016
- Z95.5 PTCA/Stent des RIM (DES) am 12.11.2016,
PTCA/Stent des ACVB - RCA (DES) am 01.11.2016
- Z95.1 Z. n. koronarer Bypass-Op. (LIMA - RIVA, ACVB - RD2, ACVB - PLA1,
ACVB - RCA) 1995
- Z95.0 Z. n. HSM-Implantation bei SSS, Aggregatwechsel am 21.09.2016
- I10.00 Arterieller Hypertonus
- E78.5 Hyperlipidämie
- E11.91 Diabetes mellitus Typ 2
- E03.9 Hypothyreose bei Z. n. Thyreoidektomie 1996

Diagnostik:

BZ-Tagesprofil vom 28.11.2016:

6,7 – 7,6 – 7,2 mmol/l.

HbA1c vom 23.11.2016: 6,9 %.

Ruhe-EKG vom 23.11.2016:

Schrittmacherrhythmus, HF 60/min, keine akuten Ischämiezeichen.

RR-Tagesprofil vom 25.11.2016:

RR 119/66 – 109/58 – 127/73 mmHg.

Echokardiographie vom 23.11.2016:

Linker Ventrikel: normal dimensioniert. Leichte LV-Hypertrophie. Hinweise auf diastolische Relaxationsstörung (Pseudonormalisierung E : A 1,3, E : E' 13). Gute systolische LV-Funktion, Hypokinesie inferior und posterior.

Linker Vorhof: normal groß.

Rechter Vorhof und Ventrikel: normal groß. TAPSE mit 1,8 cm grenzwertig als Hinweis auf leichtgradig eingeschränkte RV-Funktion.

Aorten- und Mitralklappe: morphologisch und funktionell unauffällig.

Trikuspidalklappe: leichte Insuffizienz bei transvalvulär liegender SM-Sonde.

Grenzwertig erhöhter PA-Druck (31 mmHg + ZVD).

Kein Pleuraerguss, kein Perikarderguss.

Ergometrie vom 23.11.2016:

Belastungsbeginn bei 50 Watt, Steigerung alle 2 min um 25 Watt,

Abbruch bei 75 Watt wegen Erschöpfung.

HF-Anstieg von 75 auf 87/min,

RR-Anstieg von 175/80 auf 205/70 mmHg.

Bereits im Ruhe-EKG Bigeminus, unter Belastung wieder Sinusrhythmus. Der Rehabilitand gab keine pectanginösen Beschwerden, keine signifikanten ERBS. Hypertones RR-Verhalten, regelrechter HF-Anstieg.

ABI-Bestimmung vom 07.12.2016:

ABI rechts 1,05 und links 1,0. ABI bds. im Normbereich, kein Hinweis für eine PAVK.

Langzeit-EKG vom 25.11.2016:

Überwiegend Schrittmacherrhythmus. Mittlere HF 60/min, maximale HF 81/min, minimale HF 56/min. Während der Aufzeichnung häufig SVES ohne Hinweis auf höhergradig ventrikuläre oder supraventrikuläre Herzrhythmusstörungen. Keine Bradykardien, keine Pausen.

Reha-Prozess und Reha-Ergebnis

Individuelle Reha-Ziele

Risikofaktorenmanagement, Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit, Verminderung postinterventioneller Folgeerscheinungen.

Das Behandlungsprogramm und die persönlichen Rehabilitationsziele wurden zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes ausführlich mit dem Rehabilitanden besprochen und im Wochenrhythmus im therapeutischen Team re-evaluiert sowie deren Erreichen abschließend mit dem Rehabilitanden diskutiert.

Reha-Verlauf und -Ergebnis

Echokardiographisch zeigte sich nach mehreren Koronarinterventionen eine normale systolische Pumpfunktion. Die Herzklappen stellten sich altersentsprechend dar.

In der initial durchgeführten Ergometrie war der Rehabilitand bis 75 Watt belastbar. Es bestand kein Hinweis für eine Myokardischämie. Auffällig waren jedoch hypertensive Blutdruckwerte. Daher wurde die antihypertensive Therapie gesteigert. Anamnestisch nahm der Rehabilitand bereits Candesartan 16 mg 2mal täglich ein, dies wurde wieder angesetzt, darunter zeigte sich eine gute RR-Einstellung.

Im LZ-EKG zeigte sich eine überwiegende Schrittmacheraktivität ohne höhergradige Rhythmusstörungen und ohne Hinweise für eine Schrittmacherfehlfunktion.

Bei bekannter HLP sahen wir die LDL-Chol.-Werte unter der Therapie mit dem CSE-Hemmer Simvastatin 40 mg annähernd im geforderten Zielbereich von < 1,8 mmol/l bzw. 70 mg/dl (aktuell LDL 1,87 mmol/l). Aktuell sahen wir von einer Medikamentenumstellung ab und haben den Rehabilitanden stattdessen über eine cholesterinarme Ernährung aufgeklärt. Wir bitten ambulant um weitere Kontrollen der Lipidstoffwechselfparameter. Sollte der angestrebte Zielwert nicht erreicht werden,

- 3. Kardiologische Mitbetreuung,
 - Echokardiographie, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG.
 - Lipoprotein-Zielwerte: LDL-Cholesterin < 70 mg/dl (< 1,8 mmol/l), HDL-Cholesterin > 40 mg/dl (> 1 mmol/l),
 - Blutdruckeinstellung RR < 130/80 mmHg.
- 4. Diabetologische Mitbetreuung
 - Ziel: BZ-Werte < 7 mmol/l, 2 Stunden pp < 9 mmol/l, HbA_{1c}-Wert < 7,0 %.

Entlassungsmedikation:

| Wirkstoff | Dosierung | Dauer der Therapie | Empfehlungen |
|-------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| ASS 100 mg | 1-0-0-0 | Dauerhaft. | |
| Ticagrelor 90 mg | 1-0-1-0 | Für 12 Monate. | |
| Metoprolol 95 mg | 1-0-1-0 | Dauerhaft. | |
| Amlodipin 5 mg | 1-0-1-0 | Dauerhaft. | |
| Candesartan 16 mg | 1-0-1-0 | Dauerhaft. | |
| Ranexa 500 mg | 1-0-1-0 | | Nach Beschwerden. |
| Simvastatin 40 mg | 0-0-0-1 | Dauerhaft. | |
| Pantoprazol 20 mg | 1-0-0-0 | | |
| L-Thyroxin 100 µg | 1-0-0-0 | | |
| Januvia 100 mg | 1-0-0-0 | Dauerhaft. | |

Die Präparate können durch wirkstoffgleiche Medikamente anderer Hersteller ersetzt werden. Der Rehabilitand ist darüber informiert.

Arbeitsfähigkeit

- sofort arbeitsfähig arbeitsunfähig EU-Rentner Altersrentner

Ein ausführlicher Entlassungsbericht folgt in Kürze.

Datum: 08.12.2016

Tel.-Nr. bei Rückfragen: 033337 49-335

ELG Fachklinik Wolletzsee GmbH
Intensiveinheit
Zur Walse 2, 16278 Angermünde-Wolletz
Tel.: 033337 / 49-800, Fax: 49-441
J. Kowohl
Stationsärztin

empfehlen wir die Umstellung auf das potentere Atorvastatin 40 mg oder die Kombinationstherapie mit Ezetimib 10 mg.

Bei manifestierter Atherosklerose wurde der Rehabilitand im Rahmen einer strukturierten Schulung über die Bedeutung und konsequente Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren aufgeklärt und bezüglich der Lebensstiländerung, aber vor allem in Bezug auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme geschult, um weitere kardiovaskuläre Ereignisse im Rahmen der Sekundär-/Tertiärprävention zu reduzieren.

Anhand der funktionsdiagnostischen Daten gruppierten wir den Rehabilitanden in die Leistungsgruppe 2 mit den Elementen Koronarsport, Ergometertraining, Schwimmen und Wassergymnastik ein. Er konnte gut in die Gruppe integriert werden und nahm erfolgreich an den verordneten Therapien teil.

Aufgrund von Schmerzen in den Oberschenkeln und subjektiv empfundener Muskelschwäche konnte der Rehabilitand seine Leistung jedoch nicht adäquat steigern.

Bei V. a. PAVK wurde eine ABI-Messung durchgeführt, hier ergaben sich normwertige Befunde ohne Anhalt für eine höhergradige Stenose oder Verschlussprozesse, so dass letztendlich die Ursache der beschriebenen Beschwerden weiter unklar ist.

In einem Seminar wurde der Rehabilitand durch die Sozialarbeiter der Klinik über Leistungen und Angebote der Kranken- und Pflegeversicherung aufgeklärt. Weiterhin wurde die Durchführung des Feststellungsverfahrens und die Antragstellung des Schwerbehindertenausweises und die Vorsorgevollmacht erläutert.

Während des hiesigen Aufenthaltes gab der Rehabilitand aus der Ruhe heraus plötzlich ein thorakales Druckgefühl an. Zum intensiven Monitoring und zur Ischämiediagnostik nahmen wir den Rehabilitanden auf unsere IMC-Station auf. 2 EKG-Untersuchungen im Verlauf sowie 2 Troponin-Schnelltests waren negativ. Der Rehabilitand wurde im weiteren Verlauf ohne spezielle Therapie wieder beschwerdefrei, so dass er die Rehabilitation ohne Einschränkungen fortführen konnte.

Insgesamt war der Rehabilitand hoch motiviert, die Angebote anzunehmen und hat regelmäßig an allen Maßnahmen teilgenommen sowie auch selbstständig Trainingseinheiten durchgeführt. Der Rehabilitand zeigte sich ausgesprochen kooperativ.

Nach erfolgreicher Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme entlassen wir den Rehabilitanden kardial kompensiert in die ambulante Betreuung.

Nachsorgeempfehlungen

1. Leistungssteigerung durch Ausdauertraining (Radfahren, Wandern, Gymnastik, Laufen).
2. Teilnahme an einer ambulanten Herzsportgruppe