

Loretto-Krankenhaus · Mercystraße 6-14 · 79100 Freiburg

Herrn  
Dr. med. Wolfram Deißler  
Moosmattenstr. 23  
79117 Freiburg im Breisgau

## Innere Medizin

**Chefarzt Prof. Dr. M. Brunner**

**Chefarzt Prof. Dr. S. Sorichter**

### Klinik für Gastroenterologie

Telefon: 0761 / 7084 - 0  
Durchwahl: 0761 / 7084 - 157  
Telefax: 0761 / 7084 - 132  
E-Mail: Innere@rkk-lok.de

05.08.2019  
81918499

Son/nh

### Gastroenterologie Hämato-Onkologie Diabetologie und Endokrinologie

OA Dr. med. K. van Aaken  
OA Dr. med. T. Backhaus  
OA Dr. med. H.-C. Schmidt

Innere Ambulanz/  
Sekretariat  
Sieglinde Hauptmann  
Tel.: 0761/ 7084-157

**Sprechstunde**  
Dr. med. K. van Aaken  
nach tel. Voranmeldung  
Tel.: 0761/ 7084-157

**Endoskopie**  
nach tel. Voranmeldung  
Tel.: 0761/ 7084-157

**Diensthabender Arzt**  
Tel.: 0761/ 7084-4211

**Station Inn. Med.  
Bereich 1**  
Tel.: 0761/ 7084-280

**Station Inn. Med.  
Bereich 2**  
Tel.: 0761/ 7084-282

**Station Inn. Med.  
Bereich 3**  
Tel.: 0761/ 7084-284

**Strasser, Heinrich, \* 13.10.1929**  
79102 Freiburg, Runzstr. 77

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patienten, der sich vom 29.07.2019 bis 2.8.2019 bei uns in stationärer Behandlung befand.

#### Diagnosen:

Aufnahmediagnose:  
Kardiale Dekompensation  
-Pleurapunktion rechts 1700 ml

Pneumonie rechts  
-Ampicillin/Sulbactam 29.7.19-30.7.19, Amoclav 1.8.19-5.8.19

Exsikkose

Hypokaliämie

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperlipidämie
- Ex-Nikotinabusus

#### VORERKRANKUNGEN:

- Rezidivierende transfusionspflichtige Anämie mit/bei
- Angiodysplasien im Duodenum, APC-Behandlung am 30.09.16
  - Angiodysplasie im C. ascendens, APC-Behandlung am 05.10.16
  - Angiodysplasien im Duodenum sowie im Magencorpus APC-Behandlung am 13.02.17
  - kleine Angiodysplasie im Colon, APC-Behandlung am 14.02.17
  - Angiodysplasien im Bulbus duodeni und in der Pars II duodeni (07/2018)

Hepatopathie unklarer Genese

- DD bei Sprue, DD medikamentös

Refluxösophagitis Grad B, erosive Antrumgastritis 10/16

Sprue, ED 12/2012

- V.a. diätetische Malcompliance

Koronare Herzkrankheit

- Akinesie inferobasal wie nach Infarkt
- Ischämische Kardiomyopathie, ED 04/2012
- Gering reduzierte systolische linksventrikuläre Funktion (EF: 45-50 %,08/2012)
- kardialer Dekompensation 10/16
- Kardiale Dekompensation mit großem Pleuraerguss re. 02/2017
  - Pleuradrainage re. am 08.02.17 (1550 ml Pleurapunktat)
  - Pleurapunktion am 15.02.2017 (1000 ml)

Permanentes Vorhofflimmern, ED 06/2010

- Orale Antikoagulation abgesetzt bei rezidivierender transfusionspflichtiger Anämie

Pulmonal-arterielle Hypertonie Grad II

PAVK

- Z. n. Unterschenkelamputation links 1996 mit rez. Phantomschmerz
- Z. n. Stentimplantation A. femoralis rechts 2004
- Z. n. Ballondilatation der A. femoralis und A. poplitea rechts 03/2012
- Z. n. DII-Amputation am rechten Fuß 07/2012
- Z.n. Ballonangioplastie distale AFS und P2-Segment von A. poplitea am 05.02.2015
- Z.n. Amputation Dig. III-V rechter Fuß am 06.02.2015
- Z.n .DCB-PTA distale AFS, DES-PTA proximale AFS
- Chronische Wunde am rechten Vorfuß

Infrarenales Bauchaortenaneurysma (3 cm)

Poplitealaneurysma Segment PI

Erster generalisierter Krampfanfall 10/2017

Chronische Niereninsuffizienz Stadium 2

Skoliose

#### Verlauf:

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte bei Dyspnoe. Röntgenologisch ergab sich ein Infiltrat rechts. Laborchemisch ein erhöhtes CRP. Es erfolgte eine antibiotische Therapie mit Ampicillin/Sulbactam. Bei V.a. kardiale Dekompensation wurde eine diuretische Therapie mit Furosemid begonnen. Sonographisch fand sich ein großer Pleuraerguss rechts. Es erfolgte eine Punktion, hier wurde 1700 ml Punktat abgelassen. Unter o.g. Therapie besserte sich AZ des Patienten.

Eine Hypokaliämie wurde parenteral substituiert.

Wir entließen Herrn Strasser im gebessertem AZ am 01.08.2019 zurück ins Pflegeheim.

Dem Patienten wurde bei Entlassung bereits ein vorläufiger Arztbericht mitgegeben.

#### Medikationsplan

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Bisoprololfumarat	BISOHEXAL 1.25mg Filmtabl		TBL	1	0	0		
Folsäure	FOLSÄURE RATIOPHARM 5.0mg Tabl		TBL	1/2	0	0		
Gabapentin	GABAPENTIN HEXAL 400mg Hartkaps		KPS	2	1	1	2	
Pantoprazol-Natrium	PANTOPRAZOL-PUREN 20mg Tabl		TBL	1	0	0		
Simvastatin	SIMVAHEXAL 40mg Filmtabl		TBL	0	0	1		
Torasemid	TORASEMID HEXAL 10mg Tabletten		TBL	1	0	0		
Oxycodon-HCl	OXYCODON HCL RATIOPHARM 5mg Retardtabl		TBL	2	0	1		
Lactulose	LACTULOSE HEXAL 200ml Sirup		FL.	10ml				
Kaliumchlorid / Macrogol / Natriumchlorid	MOVICOL BEUTEL Pulver		BTL	1				

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Amoxicillin / Clavulansäure	AMOCILAV 875mg + 125mg HEXAL Filmtabl		TBL	1		1		
Hinweis: bis 5.8.2019								
Saccharomyces boulardii	EUBIOL 375mg Hartkaps		KPS	1				
Hinweis: bis 5.8.2019								

Legende: mo = morgens | mi = mittags | ab = abends | na = nachts

### Anamnese:

Einweisung durch die HÄ mit zunehmender Dyspnoe seit einigen Tagen. Eine Anamneseerhebung über den Patienten ist nicht möglich. Vor ca. 2 Wochen Entlassung aus dem Josefskrankenhaus nach Pneumonie. Der Patient ist agitiert, zieht sich immer wieder den Sauerstoff von der Nase. Nach telefonischer Rücksprache mit der Tochter erfolgt keine Verlegung auf die Intensivstation trotz kritischer Hypoxämie, eine entsprechende Patientenverfügung wird nachgereicht.

**Sozialanamnese:** Lebt im Pflegeheim

### Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter bei Aufnahme: RR 110/80 mmHg, HF 89/min, Temp. 37,0°C, AF 28/min, sPO2 83% unter 4l O2, bei Entlassung 92% RL.

Red AZ, kachektischer EZ  
nicht orientiert, wach  
Herz: arrhythmisch, atemüberlagert  
Lunge: ubiquitäre RGs  
Abdomen: DG+, Bauch weich, kein DS  
kein KS über der WS oder den Nierenlagern  
kein FND  
US-Amputation links, Zehenamputationen rechts

### Labor:

s. Befundkopie

### EKG:

Nicht möglich bei unruhigem Patienten

### Sonographie:

**Funktions Abteilung, Punktion (us-gezielt), Pleurapunktion vom 31.07.2019 17:20**

Befund: Pleurapunktion rechts unter sterilen Kautelen. Ablassen von 1700 ml serösem Erguß. Einsenden auf Bakteriologie, Zellzahl, Eiweiß, CEA, Zytologie.

### Zytologisches Gutachten (Dr. Hellerich / PD Dr.Nährig / Dr. Mattern):

Im Zentrifugat zell- und blutreicher „Pleuraerguss rechts“ mit chronisch rezidiert überwiegend deutlich neutrophil granulozytärer Entzündungsreaktion bei reaktiver Mesothelproliferation.

### Radiologiebefunde:

**Röntgen Thorax im Liegen**, durchgeführt am 29.07.2019 um 12:43

Zum Vergleich liegt zuletzt die Voruntersuchung vom 07.12.2018 vor.

Konstante Kardiomegalie, leicht progrediente pulmonalvenöse Stauungszeichen. Großer nach kranial auslaufender Erguss rechts mit basolateral gefangenen Anteilen, ein zusätzlich entzündliches Infiltrat kann bei den oberen Lungenabschnitten betonten Transparenzminderungen maskiert sein. Links kein Erguss und kein umschriebenes Infiltrat. Kein Hinweis auf einen Pneumothorax.

**Röntgen Thorax im Liegen**, durchgeführt am 31.07.2019 um 17:01

Zum Vergleich liegt zuletzt die Voruntersuchung vom 29.07.2019 vor.

Bei Z.n. Pleurapunktion rechts vollständig regredienter Erguss. Unveränderte Herzsilhouette, gering regredient pulmonalvenöse Stauungszeichen. Aktuell kein nachweisbares Infiltrat. Kein Hinweis auf einen Pneumothorax. Liegendaufnahme.

19:35 Uhr:

Zum Vergleich liegt die heutige Voruntersuchung um 16:59 Uhr vor.

Keine Demarkation eines Pneumothorax rechts nach Pleurapunktion, soweit im Liegen beurteilbar. Auch darüber hinaus kein kurzfristige Befundwandel.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Backhaus



Prof. Dr. Michael Brunner  
Chefarzt

Dr. med. Thomas Backhaus  
Oberarzt

Barbara Songin  
Assistenzärztin

Thomas Backhaus

i.V. Dr. med. Thomas Backhaus  
Oberarzt