

KLINIKUM Bad Bramstedt - Postfach 1448 - 24572 Bad Bramstedt

Oliver Perschke

Moorhusen 47 a
25377 Kollmar

Unser Zeichen: Monja Ettmeier

Datum: 25.08.2021

Ärztlicher Entlassungsbrieft

Sehr geehrter Herr Perschke,

Sie waren im Klinikum Bad Bramstedt zu einer stationären Rehabilitationsbehandlung.

In die weitere Behandlung sollte Ihr Hausarzt oder ein anderer Arzt Ihres Vertrauens einbezogen werden. Dafür haben wir einen ärztlichen Entlassungsbrieft geschrieben, in dem wir über die Behandlung berichten und Empfehlungen für weitere Behandlungen und ggf. Nachsorgemaßnahmen geben. Dieser Entlassungsbrieft wurde elektronisch vidiert und freigegeben und ist ohne Unterschrift gültig. Wir bitten Sie, den Entlassungsbrieft an Ihren zuständigen Arzt weiterzuleiten und danken Ihnen dafür.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. M. Ettmeier

Anlage: ärztlicher Entlassungsbrieft zur Weiterleitung

KLINIKUM BAD BRAMSTEDT GmbH
Oskar-Alexander-Str. 26
24576 Bad Bramstedt
Postfach 1448, 24572 Bad Bramstedt

Telefon 04192 / 90 - 0
Fax 04192 / 90 - 2390
E-Mail info@klinikumbb.de
Internet www.klinikumbadbramstedt.de

Handelsregister
HRB Nr. 2017 NM
Amtsgericht Kiel
Geschäftsführer Jens Ritter

Bankverbindung
Sparkasse Südholstein
IBAN: DE 80 2305 1030 0000 1009 86
BIC: NOLADE21SHO
Hamburger Sparkasse
IBAN: DE 22 2005 0550 1002 1025 62
BIC: HASPDEHHXXX

Ärztlicher Entlassungsbericht Ausfertigung für den RV-Träger

Knappschaft-Bahn-See

Deutsche Rentenversicherung

Bereich EDV

Bl. 1

Versicherungsnummer 8 0 2 0 0 1 7 0 P 0 0 5	Kennzeichen 5 4 9 9
Patientin / Patient (Name, Vorname) Peschke, Oliver	
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten 2 0 0 1 7 0	
Straße, Hausnummer Moorhusen 47 a	
Postleitzahl 2 5 3 7 7	Wohnort Kollmar
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin/Patient identisch	

MSAT / MSNR 0 0 0 1	
Rehabilitationseinrichtung KLINIKUM Bad Bramstedt GmbH	
Reha-AHB-Betriebsstätte Oskar-Alexander-Str. 26 24576 Bad Bramstedt	
Abteilung Neurologie Bund	
IK-NR 5 1 2 1 0 1 4 9 3	Abt.-NR 2 8 0 0

Aufnahmedatum
0 9 0 7 2 1

Entlassungsdatum
2 3 0 7 2 1

Art der Durchführung
1 = stationär
2 = ganztagig ambulant
3 = ambulant

Besondere Behandlungsformen
0 = keine
1 = MBOR
2 = MBOR und VOR
3 = VOR
9 = Sonstige

Diagnosen

1. Intrazerebrale Blutung okzipital 16.06.2021 mit Alexie, Aphasie, Sehstörungen, aktuell in kompletter Remission	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM I 6 1 0	Seitenlokal. L	Diagn. Sicherh. G	Beh. Ergebn. 1	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseitig
2. Arterielle Hypertonie	I 1 0			G	1
3. Migräne	G 4 3			G	1
4. Hyperlipidämie	E 7 8			G	1
5. Adipositas	E 6 6			G	1
6. V.a. Prostatahyperplasie, z.n. Thyreoidektomie, v.a. obstruktives Schlafapnoesyndrom (Schlaflabor ausstehend)					Behandlungsergebnis 0 = 1 - 3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

Krankheitsursache 0 = 1 - 5 trifft nicht zu 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall	Entlassungsform 1 = regular 2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung	Arbeitsfähigkeit 0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben 1 = arbeitsfähig 3 = arbeitsunfähig 4 = Kinder-Reha 5 = Hausfrau/Hausmann 9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)	Arbeitsunfähigkeitszeiten 1 innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme 0 = keine 1 = bis unter 3 Monate 2 = 3 bis unter 6 Monate 3 = 6 und mehr Monate 9 = nicht erwerbstätig
2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z.B. Unfallfolge 4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung	3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis 4 = vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis 5 = disziplinarisch 6 = verlegt 7 = Wechsel zu ambulanter, ganztagig ambulanter, stationärer Reha 9 = gestorben		AU bei Aufnahme 1 = ja 2 = nein

Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen	Rentenversicherung	Patienten		
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP <input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente <input type="checkbox"/> Suchtberatung <input checked="" type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport <input checked="" type="checkbox"/> Reha-Nachsorge	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen <input type="checkbox"/> Funktions-training	<input checked="" type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Unterschriftendatum
1 6 0 8 2 1

Ort
Bad Bramstedt

Versions-Nr.
Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. 14

0 4

Dr. O. Pade
Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Dr. S. Damnjanovic
Ärztin / Arzt

Dr. T. Pütz

Ärztlicher
Entlassungsbericht Ausfertigung für den RV-Träger

Deutsche
Rentenversicherung

Bereich EDV

Bl. 1a - 1

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Perschke, Oliver

Geburtsdatum

200170

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Informatiker	<input checked="" type="checkbox"/>	Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

B. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)

Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

1. **Positives** Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input checked="" type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte			
Arbeitshaltung im Stehen	<input type="checkbox"/> ständig	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
Arbeitsorganisation	<input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht	<input checked="" type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	<input type="checkbox"/> Nachschicht				

2. **Negatives** Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter **Abschnitt C.** beschrieben werden):

<input checked="" type="checkbox"/> psychomotorische Funktionen	<input checked="" type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input checked="" type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
<input checked="" type="checkbox"/> relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren			
3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.	<input checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Als leistungsmindernde Erkrankungen bestehen bei Herrn Perschke Links okzipitale intrazerebrale Blutung mit initial bestehender Alexie, Aphasie und Sehstörungen, am ehesten bei Hypertonus und Acetylsalicylsäure Einnahme bei Migräne am 16.6.2021

Risikoprofil:

Arterieller Hypertonus

Dyslipidämie

obstruktives Schlafapnoesyndrom

Adipositas

Die letzte Tätigkeit als Informatiker entspricht dem Leistungsprofil und ist sofort wieder leistungsgerecht.

Ab sofort hat der Rehabilitand eine Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, in Tages-, Früh- und Spätschicht, für 6 Stunden und mehr.

Ärztlicher**Entlassungsbericht Ausfertigung für den RV-Träger****Deutsche
Rentenversicherung****Bereich EDV****Bl. 1a - 2**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Peschke, Oliver

Geburtsdatum

200170

Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Daraus resultieren Einschränkungen im qualitativen Leistungsvermögen:

Folgende Tätigkeiten sind künftig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr leidensgerecht (qualitative Leistungseinschränkungen):

Wegen der Hirnblutung-Rezidivgefahr/des kardiovaskulären Risikoprofils:

Nachtshift, häufig wechselnde Arbeitszeiten

Wegen der Hirnblutung-Rezidivgefahr:

Schwere Tätigkeiten

Die Entlassung in die weitere ambulante Behandlung erfolgte arbeitsfähig.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wurde mit dem Rehabilitanden besprochen.

Herr Perschke ist mit dieser Beurteilung einverstanden und motiviert, die berufliche Tätigkeit sofort wieder aufzunehmen.

Aufgrund der akuten Hirnerkrankung liegt bei Herrn Perschke für zunächst 3 Monate keine Eignung zum Führen von führerscheinpflchtigen Fahrzeugen der Gruppe I vor.

Eine Überprüfung der Fahreignung ist hiernach durch einen Facharzt erforderlich.

Ärztlicher

Entlassungsbericht Ausfertigung für den RV-Träger

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Perschke, Oliver

Deutsche
Rentenversicherung

Bereich EDV Bl. 2 1

Geburtsdatum

200170

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

1. Anamnese

1.1 Jetzige Beschwerden:

Herr Perschke kam auf Initiative der vorbehandelnden Kollegen des Klinikum Itzehoe zur neurologischen Rehabilitation der Phase D.

An aktuellen Beschwerden gibt Herr Perschke eine leicht reduzierte körperliche Belastbarkeit an.

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen:

Herr Perschke wurde am 16.06.2021 aufgrund einer akut aufgetretenen Sehstörung mit Aphasie und Alexie auf die Stroke-unit des Klinikum Itzehoe aufgenommen. In der initial durchgeführten Bildgebung zeigte sich eine links okzipitale intrazerebrale Blutung, deren Ätiologie am ehesten auf dem Boden der ausgeprägt erhöhten Blutdruckwerte, die initial mit Urapidil Perfusor unter Maximaldosis und Diuretikakombination in den Griff zu kriegen waren, unter Einnahme von 2 x 500 mg Acetylsalicylsäure im Rahmen einer Migräneattacke gesehen worden. Im Aufnahmefund war kein eindeutiges fingerperimetrisch objektivierbares Gesichtsfeldsdefizit eruierbar, aber eine Aphasie mit Wortfindungsstörung und insbesondere Schwierigkeiten beim Lesen komplexer Texte mit vereinzelten phonematischen Paraphasien. Eine Dysphagie oder Dysarthrie war nicht vorhanden, die Pupillen rund, isocor, direkt und konsensual reagibel, die Okulomotorik frei, Paresen in den oberen oder unteren Extremitäten bestanden nicht. Ein fokales sensibles Defizit ließ sich nicht feststellen. Internistisch zeigte sich eine leichtgradige Adipositas, Z.n. Thyreoidektomie, ansonsten kein Anhalt für eine kardiopulmonale und abdominelle Pathologie. Im EKG zeigte sich ein Sinusrhythmus mit Indifferenztyp und einer Herzfrequenz von 90/min mit inkomplettem Rechtsschenkelblock in V1 ohne relevante ERBS. Die Verlaufsuntersuchung zeigt gut eingestellte Blutdruckwerte. Unter der neuen antihypertensiven Kombinationstherapie, bestehend aus Torasemid, Metoprolol, Amlodipin und Candesartan zeigte sich ein stabiler Befund, klinisch besserte sich über die ersten Tage bereits rasch die Alexie und Aphasie. Auch die Kopfschmerzsymptomatik war rasch rückläufig, allerdings zeigten sich unter der neuen antihypertensiven Therapie Orthostasebeschwerden, die im EEG und im Schellong-Test mit entsprechenden hypotonen Blutdruckwerten korreliert werden konnten. Darüber hinaus wurde laborserologisch bei grenzwertigen CRP Befunden und etwas erhöhten D-Dimern kein Anhalt für eine vaskuläre Pathologie gefunden. Die Werte wurden im Kontext mit der Resorption der vorhandenen ICB gewertet. Außerdem wurde aufgrund der anamnestischen nächtlichen Schlafstörung eine Polygrafie durchgeführt, die den Anhalt auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mit fraglich auch zentraler Komponente ergab. Im Verlauf wird eine entsprechende Schlafabordiagnostik zur Anpassung einer CPAP-Therapie empfohlen. Eine aufgrund der etwas atypischen Konstellation bei dem jungen Patienten geplante CMRT-Untersuchung wurde aufgrund einer vorhandenen Klaustrophobie, insbesondere unter Maske abgebrochen, es wird empfohlen dies in 4 Wochen zu wiederholen.

1.3 An weiteren reha-relevanten Erkrankungen / Operationen / Unfälle liegen vor:

An Vorerkrankungen sind bekannt: art. Hypertonie. Ansonsten keine weiteren Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Keine vorausgegangenen Thrombosen und Embolien. Keine Hepatiden.

Vor-Operationen: Schilddrüsenresektion 2001

Unfälle: keine

Risikoprofil:

Alkohol-, Nikotin- oder Substanzmissbrauch wird verneint. Arterielle Hypertonie, seit 06/2021, medikamentös eingestellt, regelmäßige Selbstkontrolle findet statt. Regelmäßige hausärztliche Kontrolle findet statt. Kein Diabetes mellitus. Keine Fettstoffwechselstörung, keine bekannten Gerinnungsstörungen. Gewichtszunahme innerhalb der letzten 6 Monate um 10 kg.

Sport/Freizeitverhalten: keine sportlichen Aktivitäten.

1.4 Biographische Anamnese:

Nicht relevant.

Familienanamnese:

Vater: M. Parkinson

Mutter: Diabetes

1.5 Vegetative Anamnese:

Schlaf gut, Schlafapnoe. Appetit / Durst normal. Keine Stuhl- oder Miktionauffälligkeiten. Keine Nykturie. Es sind weder Allergien noch Unverträglichkeiten bekannt.

Covid-19-Impfung: Nein

1.6 Gegenwärtige Therapie / Behandelnde Ärzte:**Medikation:**

Levothyroxin / Liothyronin 100/20 µg Tab. 1-0-0-0

Torasemid 5 mg Tab. 1-0-0-0

Metoprolol succinat 47,5 mg Tab. 1-0-0-0

Amlodipin besilat 5 mg Tab. 1-0-1-0

Candesartan 8 mg Tab. 1-0-0-0

Behandelnde Ärzte:

Vorbehandelnde Klinik: Chefarzt Prof. Dr. med. G. Trendelenburg, Klinikum Itzehoe, Klinik für Neurologie, Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe

Neurologe:

Hausarzt: Dr. von Zeschwitz, Glückstadt

2. Sozialmedizinische Anamnese**2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren:**

Im Aufnahmefragebogen gibt der Rehabilitand an, er sei in Deutschland geboren. Er sei verheiratet und habe keine Kinder. Er lebe mit seiner Ehefrau in einer ländlichen Gegend. Dort bewohne er eine Wohnung im Erdgeschoss, zu der keine Stufen bewältigt werden müssen. Ein Fahrstuhl/ Treppenlift sei nicht vorhanden. Zum Aufnahmepunkt gibt Herr Perschke an, dass die häusliche Versorgung gewährleistet sei. Es bestehe eine Fahrerlaubnis der Gruppe I, es sei ein eigener PKW vorhanden, aktuell aktive Teilnahme am Straßenverkehr. Gefragt nach öffentlichen Verkehrsmitteln wird angegeben, dass in ca. 1 km eine Haltestelle sei. Einkaufsmöglichkeiten seien in ca. 12 km vorhanden.

Soziale Situation:

Es sei ein positiv unterstützendes Umfeld vorhanden (zusätzliche Personen im Haushalt, weiterhin Unterstützung durch bzw. Kontakt mit Familie, Freundeskreis, Nachbarn und Kollegen). Keine Belastungssituation durch Pflege von Angehörigen, keine familiären Belastungssituationen, keine kritischen Lebensereignisse, keine finanziellen Sorgen. Gefragt nach Hobbys wird berichtet, dass er gerne am PC arbeite.

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Derzeitiger Erwerbsstatus: Erwerbstätig.

Letzte versicherungspflichtige Tätigkeit als Informatiker seit 2020 in ungekündiger Stellung.

Betriebsgröße: ca. 15 Mitarbeiter.

Aktuell bestehe Arbeitsunfähigkeit seit dem 16.06.2021.

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme: Keine weiteren Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Kein GdB, keine gesetzliche Betreuung, kein Pflegegrad, keine MdE. 1. Heilverfahren.

Keine laufenden Sozialleistungsanträge; keine Rechtsstreitigkeiten; kein Bezug von Renten.

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren:

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Fachhochschulabschluss, erlernter Beruf mit Abschluss als technischer Informatiker im Fachbereich Maschinenbau und Chemielaborant.

Im Anschluss an die Berufsausbildung wurden folgende Berufe ausgeübt: Chemielaborant, Informatiker. Kein krankheitsbedingter Arbeitsplatzwechsel/ keine Arbeitszeitverkürzungen/ keine Umschulungen.

Jetzige berufliche Stellung: Erwerbstätig als Informatiker. In diesem Beruf arbeite er ständig im Sitzen. Körperzwangshaltung wie in Armvorhalte verrichtet werden. Es müssen keine Lasten getragen werden. Er verneint Gefahren am Arbeitsplatz. Gefragt nach belastenden Faktoren bei der Arbeit benennt er "prima". Gefragt nach dem Arbeitsklima wird berichtet, dass dieses "gut" sei. Die wöchentliche Arbeitszeit betrage 40 Stunden, kein Schichtdienst, keine Akkordarbeit. Hauptsächliche Tätigkeit im Home office, zeitweise Kundenbesuche in Deutschland, Österreich und Schweiz. Herr Perschke sei bei der Arbeit dem Wetter nicht ausgesetzt. Ein Betriebsarzt sei nicht vorhanden. Zum Aufnahmepunkt empfindet Herr Perschke sein Leistungsvermögen als nicht eingeschränkt. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz könne er sich zum Aufnahmepunkt vorstellen.

Hieraus resultieren folgende rehabilitationsrelevante Kontextfaktoren:

An Umweltfaktoren besteht fördernd ein gutes soziales Umfeld.

An personenbezogenen Kontextfaktoren besteht fördernd eine hohe Motivation.

2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe:

Auf Aktivitäts- und Partizipationsebene besteht eine Einschränkung der beruflichen und sozialen Teilhabe aufgrund der reduzierten körperlichen Belastbarkeit.

3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation**3.1 Allgemeiner körperlicher Befund:**

51-jähriger Rehabilitand, Größe 187 cm, Gewicht 107 kg. Keine Struma, keine Lymphome. Vesikuläratmen, keine RG. Herztöne rein, Herzaktion rhythmisch, Frequenz 90/min, RR 130/70 mmHg. Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Hepatosplenomegalie, keine Resistenzen. Kein Strömungsgeräusch über den Carotiden und der A. femoralis beidseits, Fußpulse beidseits palpabel. Keine ausgeprägten Varizen, keine peripheren Ödeme. Reizlose Thyreoidektomie Narbe.

3.2 Allgemeiner psychischer Befund**Psychopathologischer Befund:**

Ausgeglichene Stimmungslage, gute Kontaktfähigkeit, gute emotionale Schwingungsfähigkeit, keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen.

3.3 Fachspezifischer Befund**Neurologischer Befund:**

Hirnnerven: Eine relevante Riech- oder Geschmacksstörung besteht nicht. Eine Visusstörung wird nicht angegeben, Pupillen isocor mit prompter direkter und indirekter Licht- und Konvergenzreaktion, freie Bulbusbeweglichkeit ohne Angabe von Doppelbildern. Keine Störung der Oberflächensensibilität im Gesichtsbereich. Fazialis seitengleich innerviert. Keine Hörstörung. Kein Nystagmus. Das Gaumensegel wird beidseits vollständig gehoben, die Zunge gerade herausgestreckt.

Motorik: Keine umschriebenen Hypotrophien, regelrechter Muskeltonus, keine Paresen im Bereich der Arme und Beine, kein Faszikulieren.

Reflexe: Bizeps-Reflex, Brachioradialis-Reflex, Quadriceps-Reflex, Trizeps surae-Reflex beidseits schwach auslösbar, Babinski-Phänomen beidseits negativ, Bauchhautreflexe in sämtlichen Dermatomen beidseits erhältlich.

Koordination: Eine Dysarthrie besteht nicht. Eudiadochokinese bei funktioneller Rechtshändigkeit. Keine Absinktendenz, keine Pronationstendenz. Das Gangbild ist zügig, raumausgreifend, die Arme schwingen

Ärztlicher**Entlassungsbericht Ausfertigung für den RV-Träger**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Peschke, Oliver

**Deutsche
Rentenversicherung****Bereich EDV BI. 2 4**

Geburtsdatum

200170

dabei beidseits frei mit. Finger-Nase-Versuch und Knie-Hacke-Versuch sicher und koordiniert. Romberg Stehversuch sicher durchführbar. Differenzierte Gangarten können problemlos absolviert werden.

Sensibilität: Eine Hypästhesie / Hypalgesie besteht nicht, regelrechte Pallästhesie im Malleolus medialis Bereich um 8/8 beidseits, Lasègue und Bragard beidseits negativ.

Neuropsychologischer Befund:

Orientierung für Situation, Ort, Zeit, Person regelrecht, Gedächtnis und Konzentration unauffällig, regelrechtes psychomotorisches Tempo, keine Dysphasie, keine Dyslexie, keine Dysgraphie, kein Neglect. Gesichtsfeld fingerperimetrisch unauffällig.

3.4 Diagnostik**Labor:**

Pathologische Werte vom 13.07.2021: GGT: 112 U/l; Glucose: 144 mg/dl; Cholesterin: 248 mg/dl; HDL: 50 mg/dl; LDL: 183 mg/dl; CRP: 0.64 mg/dl

Pathologische Werte vom 13.07.2021: PSA: 5.46 ng/ml; D-Dimere-Test: 4.039 µg/ml

Normale Werte vom 09.07.2021: Covid-19 AG Schnelltest: neg.

Normale Werte vom 12.07.2021: Covid-19 AG Schnelltest: neg.

Normale Werte vom 13.07.2021: Natrium: 140 mmol/l; Kalium: 3.6 mmol/l; Creatinin: 1.02 mg/dl; GFR: 81.84 ml/min; Harnsäure: 6.0 mg/dl; Triglyceride: 103 mg/dl; Leukozyten: 7.0 G/l; Erythrozyten: 5.5 T/l; Hämoglobin: 15.7 g/dl; Hämatokrit: 47 %; MCH: 29 pg; MCV: 85 fl; MCHC: 34 g/dl; Thrombocyten: 250 G/l

Normale Werte vom 16.07.2021: Covid-19 AG Schnelltest: neg.

4. Reha-Prozess und -Ergebnis**4.1 Individuelle Rehabilitationsziele**

Der Rehabilitand hat ein somatisches Krankheitsverständnis, mit dem Rehabilitanden wurden gemeinsam folgende Ziele vereinbart:

1. Erlernen eines Risikoprofilmanagements / Transfer in den Alltag

4.2 Besonderheiten des Rehabilitationsverlaufes

Entsprechend der oben genannten Rehabilitationsziele erhielt Herr Perschke eine interdisziplinäre multimodale leitliniengerechte Therapie. Schwerpunkt war das Erlernen eines Risikoprofilmanagements und Verbesserung der allgemeinen körperlichen Belastbarkeit, des Weiteren Beratung und Schulung zum Risikoprofil und Transfer von gesundheitsförderndem Verhalten in den Alltag. Der Verlauf der Rehabilitation wurde regelmäßig in unseren interdisziplinären Teamsitzungen besprochen und entsprechend weiter entwickelt.

Therapeutische Pflege:

Der Rehabilitand war von Beginn an selbstständig. Er erhielt begleitende Unterstützung zum Selbstmanagement z.B. in Form von Gesprächen zur Krankheitsbewältigung, Gesundheitsberatung bzw. Hilfestellung bei der Strukturierung von Tagesabläufen.

Der Rehabilitand erhielt Unterweisung in die Blutdruckmessung, er war selbstständig in der Messung und Dokumentation der Werte. Die Medikamenteneinnahme erfolgte selbstständig.

Barthel: bei Aufnahme: 100/100 Punkte, bei Entlassung: 100/100 Punkte.

Physiotherapie:

Ein Übungsprogramm/Sportprogramm wurde für Herrn Perschke erarbeitet und geübt. Zu Hause sollte dieses von dem Rehabilitand eigenverantwortlich weitergeführt werden. Ein Ausdauertraining (Nordic Walking) zur Rekonditionierung wurde begonnen und kann zu Hause fortgesetzt werden.

In Anbetracht des Normalbefundes konnte die Einzel-Physiotherapie reduziert werden.

Im Rahmen der Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

Ärztlicher**Entlassungsbericht Ausfertigung für den RV-Träger**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Peschke, Oliver

**Deutsche
Rentenversicherung****Bereich EDV BI. 2 5**

Geburtsdatum

200170

- Risikomanagement

- Die Wiederherstellung des muskulären Gleichgewichts.

Aus physiotherapeutischer Sicht ist eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit vorstellbar.
Weitere Physiotherapie ist aktuell nicht erforderlich.

Timed-up-and-go-Test: Erstbefund 4 sec., Abschlussbefund 4 sec.

6 Minuten Gehtest: Erstbefund 655 m, Abschlussbefund 655 m.

Berg Balance Scale: Erstbefund 56 Punkte, Abschlussbefund 56 Punkte.

Eine physiotherapeutische Behandlung erfolgte in Einzeltherapie sowie in der Kleingruppe.

MTT:

Es erfolgte eine medizinische Trainingstherapie mit folgenden Zielen:

Steigerung der Kraft, Ausdauer und Koordination zur Verbesserung der allgemeinen Belastbarkeit
Stabilisierung der Wirbelsäule

Ausgleich von muskulären Dysbalancen

Ergotherapie:

Eine ergotherapeutische Therapie war nicht erforderlich.

Psychologie:

Zur Krankheitsbewältigung wurde unsere psychologische Gesprächsgruppe für neurologische Rehabilitationspatienten regelmäßig besucht. Auch erlernte der Rehabilitand ein Entspannungsverfahren.

Logopädie:

Eine logopädische Therapie war nicht erforderlich.

Risikoprofil:

Es erfolgte eine tägliche Kontrolle der Blutdruck-Werte, diese lagen durchgehend im therapeutischen Bereich.

Bei Übergewicht und Fettstoffwechselstörung erfolgte eine intensive Beratung zur gesunden Ernährung als auch zu den Erfordernissen einer Gewichtsreduktion.

Ernährungsberatung:

Bei Herrn Perschke wurde eine Ernährungsberatung zum Thema Gewichtsreduktion und Cholesterinsenkung durchgeführt.

Herr Perschke hatte sich bereits mit dem Thema Ernährung auseinandergesetzt. Bisher war vor allem die Umsetzung schwierig.

Die Ernährungsanamnese ergab insgesamt eine fettreiche, zuckerreiche und kohlenhydratlastige Ernährung.

Folgende Maßnahmen wurden durchgeführt:

- Möglichkeiten zur Fettreduktion wurden besprochen.
- Die Bedeutung und Wirkung von Ballaststoffen wurde erläutert.
- Die unterschiedliche Wirkung von Kohlenhydraten wurde erklärt.
- Es wurden Empfehlungen nach der Logi-Pyramide ausgesprochen.
- Möglichkeiten für gesunde "Außer Haus Kost" wurden erläutert und gemeinsam erarbeitet.
- Mögliche Veränderungen ohne große Einschränkungen und Verzichte wurden besprochen.

Herr Perschke wurde über eine geeignete Lebensmittelauswahl in Kenntnis gesetzt.

Anhand der Ernährungsanamnese wurden Veränderungsmöglichkeiten für den Alltag besprochen.

Praxistaugliche Tipps wurden vermittelt.

Sonstiges: Herr Perschke war SEHR interessiert und selbstreflektierend. Er gab an motiviert zu sein und viel für sich mitnehmen zu können (Aus den Seminaren und auch aus der Beratung.) Fragen wurden

beantwortet.

Herr Perschke gab an, die vermittelten Inhalte verstanden zu haben.

Darüber hinaus erfolgte die Ernährungsberatung in der Gruppe sowie Vermittlung von Informationen am Schulungsbuffet.

Sozialberatung:

Der Rehabilitand wurde umfangreich zu folgenden Themen informiert: Schwerbehindertenrecht, berufliche Reintegration, Rentenfragen, häusliche Versorgung.

Medizinischer Verlauf:

Der Rehabilitand kam zur Aufnahme nach intrazerebraler Blutung mit initial bestehender Alexie, Aphasie und Sehstörungen, am ehesten bei Hypertonus und Acetylsalicylsäure-Einnahme bei Migräne am 16.6.2021. Bei Aufnahme bestand die Symptomatik nicht mehr, Herr Perschke klagte lediglich noch über eine leicht reduzierte körperliche Belastbarkeit.

Der Rehabilitand hat sehr motiviert und strukturiert an allen ihm angebotenen Therapien teilgenommen. Ergänzend erlernte er weitergehende gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Ein physiotherapeutisches Übungsprogramm/Sportprogramm wurde für Herrn Perschke erarbeitet und geübt. Zu Hause sollte dieses von dem Rehabilitanden eigenverantwortlich weitergeführt werden. Ein Ausdauertraining (Nordic Walking) zur Rekonditionierung wurde begonnen und kann zu Hause fortgesetzt werden. In Anbetracht des Normalbefundes konnte die Einzel-Physiotherapie rasch reduziert werden.

Es erfolgte eine von der Vorklinik empfohlene D-Dimer-Kontrolle. Die D-Dimere zeigten sich laborchemisch bei 4,03 µg/ml, daher etwas niedriger als zuvor. Herr P. gab keinerlei Thrombosezeichen an, sodass wir die D-Dimere Erhöhung ebenso wie die Kollegen der Vorklinik im Kontext der Resorption der ICB sehen. Des Weiteren erfolgte auch eine PSA-Kontrolle bei deutlich erhöhtem PSA in der Vorklinik. Der PSA-Wert lag hierbei 5,4 ng/ml. Dies entspricht einer deutlichen Abnahme des PSA-Wertes, welcher zuvor bei 13 ng/ml lag. Wir empfehlen jedoch im ambulanten Bereich weitere Kontrollen der D-Dimere und des PSA.

Herr Perschke erhielt eine ausführliche Aufklärung über ein Risikoprofilmanagement für einen gesünderen Lebensstil, insbesondere auch im Rahmen einer Ernährungsberatung.

Es traten keine Komplikationen auf.

4.3 Abschlussbefundung und Rehabilitationsergebnis

Herr Perschke nahm motiviert an der Rehabilitation teil. Die Funktionseinschränkung der reduzierten körperlichen Belastbarkeit ist erfreulicherweise nicht mehr alltagsrelevanten, auf Aktivitäts- und Partizipationsebene bestehen keine Einschränkungen.

Die körperliche Untersuchung ergibt keine Änderung zum Aufnahmefund.

Herr Perschke selbst gibt an, dass er mit dem Verlauf der Rehabilitation zufrieden sei. Besonders profitiert habe er vom Ausdauertraining. Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den erhobenen Befunden bestanden nicht.

Gemeinsam sind wir der Ansicht, dass die Rehaziele erreicht werden konnten, Herr Perschke gut von der Rehabilitation profitieren konnte.

Herr Perschke wurde darüber informiert, dass er zurzeit kein Kfz lenken dürfe.

An **Hilfsmitteln** werden zum Entlassungszeitpunkt benutzt: keine

Ärztlicher

Entlassungsbericht Ausfertigung für den RV-Träger

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Perschke, Oliver

**Deutsche
Rentenversicherung**

Bereich EDV BI. 2 7

Geburtsdatum

200170

5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

5.1 Nachsorgekonzept

- neurologische Verlaufskontrolle
- Kontroll cMRT im Verlauf, wie im Vorbrief empfohlen
- internistische Verlaufskontrolle, insb. mit Risikoprofilmanagement
- Durchführung des hier erlernten Hausübungsprogrammes in Eigenregie
- Regelmäßige Laborkontrolle
- Gewichtsreduktion
- Nachsorge (T-RENA) wurde zur Stabilisierung des Reha-Erfolges eingeleitet; der Rehabilitand ist hierfür sehr motiviert
- Zur Sicherung und Stabilisierung des Reha-Erfolges Anschluss an eine Selbsthilfegruppe empfohlen

5.2 Medikation bei Entlassung

Levothyroxin / Liothyronin 100/20 µg Tab. 1-0-0-0

Torasemid 5 mg Tab. 1-0-0-0

Metoprolol succinat 47,5 mg Tab. 1-0-0-0

Amlodipin besilat 5 mg Tab. 1-0-1-0

Candesartan 8 mg Tab. 1-0-0-0

Selbstverständlich können auch wirkstoffgleiche Präparate anderer Hersteller eingesetzt werden.

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

1. Anamnese

1.1 Jetzige Beschwerden:

Herr Perschke kam auf Initiative der vorbehandelnden Kollegen des Klinikum Itzehoe zur neurologischen Rehabilitation der Phase D.

An aktuellen Beschwerden gibt Herr Perschke eine leicht reduzierte körperliche Belastbarkeit an.

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen:

Herr Perschke wurde am 16.06.2021 aufgrund einer akut aufgetretenen Sehstörung mit Aphasie und Alexie auf die Stroke-unit des Klinikum Itzehoe aufgenommen. In der initial durchgeführten Bildgebung zeigte sich eine links okzipitale intrazerebrale Blutung, deren Ätiologie am ehesten auf dem Boden der ausgeprägt erhöhten Blutdruckwerte, die initial mit Urapidil Perfusor unter Maximaldosis und Diuretikakombination in den Griff zu kriegen waren, unter Einnahme von 2 x 500 mg Acetylsalicylsäure im Rahmen einer Migräneattacke gesehen worden. Im Aufnahmebefund war kein eindeutiges fingerperimetrisch objektivierbares Gesichtsfeldsdefizit eruierbar, aber eine Aphasie mit Wortfindungsstörung und insbesondere Schwierigkeiten beim Lesen komplexer Texte mit vereinzelten phonematischen Paraphasien. Eine Dysphagie oder Dysarthrie war nicht vorhanden, die Pupillen rund, isocor, direkt und konsensual reagibel, die Okulomotorik frei, Paresen in den oberen oder unteren Extremitäten bestanden nicht. Ein fokales sensibles Defizit ließ sich nicht feststellen. Internistisch zeigte sich eine leichtgradige Adipositas, Z.n. Thyreoidektomie, ansonsten kein Anhalt für eine kardiopulmonale und abdominelle Pathologie. Im EKG zeigte sich ein Sinusrhythmus mit Indifferenztyp und einer Herzfrequenz von 90/min mit inkomplettetem Rechtsschenkelblock in V1 ohne relevante ERBS. Die Verlaufsuntersuchung zeigt gut eingestellte Blutdruckwerte. Unter der neuen antihypertensiven Kombinationstherapie, bestehend aus Torasemid, Metoprolol, Amlodipin und Candesartan zeigte sich ein stabiler Befund, klinisch besserte sich über die ersten Tage bereits rasch die Alexie und Aphasie. Auch die Kopfschmerzsymptomatik war rasch rückläufig, allerdings zeigten sich unter der neuen antihypertensiven Therapie Orthostasebeschwerden, die im EEG und im Schellong-Test mit entsprechenden hypotonen Blutdruckwerten korreliert werden konnten. Darüber hinaus wurde laborserologisch bei grenzwertigen CRP Befunden und etwas erhöhten D-Dimern kein Anhalt für eine vaskuläre Pathologie gefunden. Die Werte wurden im Kontext mit der Resorption der vorhandenen ICB gewertet. Außerdem wurde aufgrund der anamnestischen nächtlichen Schlafstörung eine Polygrafie durchgeführt, die den Anhalt auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mit fraglich auch zentraler Komponente ergab. Im Verlauf wird eine entsprechende Schlafabordiagnostik zur Anpassung einer CPAP-Therapie empfohlen. Eine aufgrund der etwas atypischen Konstellation bei dem jungen Patienten geplante CMRT-Untersuchung wurde aufgrund einer vorhandenen Klaustrophobie, insbesondere unter Maske abgebrochen, es wird empfohlen dies in 4 Wochen zu wiederholen.

1.3 An weiteren reha-relevanten Erkrankungen / Operationen / Unfälle liegen vor:

An Vorerkrankungen sind bekannt: art. Hypertonie. Ansonsten keine weiteren Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Keine vorausgegangenen Thrombosen und Embolien. Keine Hepatitiden.

Vor-Operationen: Schilddrüsenresektion 2001

Unfälle: keine

Risikoprofil:

Alkohol-, Nikotin- oder Substanzmissbrauch wird verneint. Arterielle Hypertonie, seit 06/2021, medikamentös eingestellt, regelmäßige Selbstkontrolle findet statt. Regelmäßige hausärztliche Kontrolle findet statt. Kein Diabetes mellitus. Keine Fettstoffwechselstörung, keine bekannten Gerinnungsstörungen. Gewichtszunahme innerhalb der letzten 6 Monate um 10 kg.

Sport/Freizeitverhalten: keine sportlichen Aktivitäten.

1.4 Biographische Anamnese:

Nicht relevant.

Familienanamnese:

Vater: M. Parkinson

Mutter: Diabetes

1.5 Vegetative Anamnese:

Schlaf gut, Schlafapnoe. Appetit / Durst normal. Keine Stuhl- oder Miktionauffälligkeiten. Keine Nykturie. Es sind weder Allergien noch Unverträglichkeiten bekannt.

Covid-19-Impfung: Nein

1.6 Gegenwärtige Therapie / Behandelnde Ärzte:**Medikation:**

Levothyroxin / Liothyronin 100/20 µg Tab. 1-0-0-0

Torasemid 5 mg Tab. 1-0-0-0

Metoprolol succinat 47,5 mg Tab. 1-0-0-0

Amlodipin besilat 5 mg Tab. 1-0-1-0

Candesartan 8 mg Tab. 1-0-0-0

Behandelnde Ärzte:

Vorbehandelnde Klinik: Chefarzt Prof. Dr. med. G. Trendelenburg, Klinikum Itzehoe, Klinik für Neurologie, Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe

Neurologe:

Hausarzt: Dr. von Zeschwitz, Glückstadt

2. Sozialmedizinische Anamnese**2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren:**

Im Aufnahmefragebogen gibt der Rehabilitand an, er sei in Deutschland geboren. Er sei verheiratet und habe keine Kinder. Er lebe mit seiner Ehefrau in einer ländlichen Gegend. Dort bewohne er eine Wohnung im Erdgeschoss, zu der keine Stufen bewältigt werden müssen. Ein Fahrstuhl/ Treppenlift sei nicht vorhanden. Zum Aufnahmepunkt gibt Herr Perschke an, dass die häusliche Versorgung gewährleistet sei. Es bestehe eine Fahrerlaubnis der Gruppe I, es sei ein eigener PKW vorhanden, aktuell aktive Teilnahme am Straßenverkehr. Gefragt nach öffentlichen Verkehrsmitteln wird angegeben, dass in ca. 1 km eine Haltestelle sei. Einkaufsmöglichkeiten seien in ca. 12 km vorhanden.

Soziale Situation:

Es sei ein positiv unterstützendes Umfeld vorhanden (zusätzliche Personen im Haushalt, weiterhin Unterstützung durch bzw. Kontakt mit Familie, Freundeskreis, Nachbarn und Kollegen). Keine Belastungssituation durch Pflege von Angehörigen, keine familiären Belastungssituationen, keine kritischen Lebensereignisse, keine finanziellen Sorgen. Gefragt nach Hobbys wird berichtet, dass er gerne am PC arbeite.

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Derzeitiger Erwerbsstatus: Erwerbstätig.

Letzte versicherungspflichtige Tätigkeit als Informatiker seit 2020 in ungekündiger Stellung.

Betriebsgröße: ca. 15 Mitarbeiter.

Aktuell bestehe Arbeitsunfähigkeit seit dem 16.06.2021.

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme: Keine weiteren Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Kein GdB, keine gesetzliche Betreuung, kein Pflegegrad, keine MdE. 1. Heilverfahren.

Keine laufenden Sozialleistungsanträge; keine Rechtsstreitigkeiten; kein Bezug von Renten.

Ärztlicher**Entlassungsbericht****Ausfertigung für den RV-Träger**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Peschke, Oliver

**Deutsche
Rentenversicherung****Bereich EDV BI. 2 3**

Geburtsdatum

200170

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren:**Beruflicher Werdegang:**

Schulabschluss: Fachhochschulabschluss, erlernter Beruf mit Abschluss als technischer Informatiker im Fachbereich Maschinenbau und Chemielaborant.

Im Anschluss an die Berufsausbildung wurden folgende Berufe ausgeübt: Chemielaborant, Informatiker. Kein krankheitsbedingter Arbeitsplatzwechsel/ keine Arbeitszeitverkürzungen/ keine Umschulungen.

Jetzige berufliche Stellung: Erwerbstätig als Informatiker. In diesem Beruf arbeite er ständig im Sitzen. Körperzwangshaltung wie in Armvorhalte verrichtet werden. Es müssen keine Lasten getragen werden. Er verneint Gefahren am Arbeitsplatz. Gefragt nach belastenden Faktoren bei der Arbeit benennt er "prima". Gefragt nach dem Arbeitsklima wird berichtet, dass dieses "gut" sei. Die wöchentliche Arbeitszeit betrage 40 Stunden, kein Schichtdienst, keine Akkordarbeit. Hauptsächliche Tätigkeit im Home office, zeitweise Kundenbesuche in Deutschland, Österreich und Schweiz. Herr Perschke sei bei der Arbeit dem Wetter nicht ausgesetzt. Ein Betriebsarzt sei nicht vorhanden. Zum Aufnahmezeitpunkt empfindet Herr Perschke sein Leistungsvermögen als nicht eingeschränkt. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz könne er sich zum Aufnahmezeitpunkt vorstellen.

Hieraus resultieren folgende rehabilitationsrelevante Kontextfaktoren:

An Umweltfaktoren besteht fördernd ein gutes soziales Umfeld.

An personenbezogenen Kontextfaktoren besteht fördernd eine hohe Motivation.

2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe:

Auf Aktivitäts- und Partizipationsebene besteht eine Einschränkung der beruflichen und sozialen Teilhabe aufgrund der reduzierten körperlichen Belastbarkeit.

3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation**3.1 Allgemeiner körperlicher Befund:**

51-jähriger Rehabilitand, Größe 187 cm, Gewicht 107 kg. Keine Struma, keine Lymphome. Vesikuläratmen, keine RG. Herztöne rein, Herzaktion rhythmisch, Frequenz 90/min, RR 130/70 mmHg. Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Hepatosplenomegalie, keine Resistenzen. Kein Strömungsgeräusch über den Carotiden und der A. femoralis beidseits, Fußpulse beidseits palpabel. Keine ausgeprägten Varizen, keine peripheren Ödeme. Reizlose Thyreoidektomie Narbe.

3.2 Allgemeiner psychischer Befund**Psychopathologischer Befund:**

Ausgeglichene Stimmungslage, gute Kontaktfähigkeit, gute emotionale Schwingungsfähigkeit, keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen.

3.3 Fachspezifischer Befund**Neurologischer Befund:**

Hirnnerven: Eine relevante Riech- oder Geschmacksstörung besteht nicht. Eine Visusstörung wird nicht angegeben, Pupillen isocor mit prompter direkter und indirekter Licht- und Konvergenzreaktion, freie Bulbusbeweglichkeit ohne Angabe von Doppelbildern. Keine Störung der Oberflächensensibilität im Gesichtsbereich. Fazialis seitengleich innerviert. Keine Hörstörung. Kein Nystagmus. Das Gaumensegel wird beidseits vollständig gehoben, die Zunge gerade herausgestreckt.

Motorik: Keine umschriebenen Hypotrophien, regelrechter Muskeltonus, keine Paresen im Bereich der Arme und Beine, kein Faszikulieren.

Reflexe: Bizeps-Reflex, Brachioradialis-Reflex, Quadriceps-Reflex, Trizeps surae-Reflex beidseits schwach auslösbar, Babinski-Phänomen beidseits negativ, Bauchhautreflexe in sämtlichen Dermatomen beidseits erhältlich.

Koordination: Eine Dysarthrie besteht nicht. Eudiadochokinese bei funktioneller Rechtshändigkeit. Keine Absinktendenz, keine Pronationstendenz. Das Gangbild ist zügig, raumausgreifend, die Arme schwingen

dabei beidseits frei mit. Finger-Nase-Versuch und Knie-Hacke-Versuch sicher und koordiniert. Romberg Stehversuch sicher durchführbar. Differenzierte Gangarten können problemlos absolviert werden.

Sensibilität: Eine Hypästhesie / Hypalgesie besteht nicht, regelrechte Pallästhesie im Malleolus medialis Bereich um 8/8 beidseits, Lasègue und Bragard beidseits negativ.

Neuropsychologischer Befund:

Orientierung für Situation, Ort, Zeit, Person regelrecht, Gedächtnis und Konzentration unauffällig, regelrechtes psychomotorisches Tempo, keine Dysphasie, keine Dyslexie, keine Dysgraphie, kein Neglect. Gesichtsfeld fingerperimetrisch unauffällig.

3.4 Diagnostik**Labor:**

Pathologische Werte vom 13.07.2021: GGT: 112 U/l; Glucose: 144 mg/dl; Cholesterin: 248 mg/dl; HDL: 50 mg/dl; LDL: 183 mg/dl; CRP: 0.64 mg/dl

Pathologische Werte vom 13.07.2021: PSA: 5.46 ng/ml; D-Dimere-Test: 4.039 µg/ml

Normale Werte vom 09.07.2021: Covid-19 AG Schnelltest: neg.

Normale Werte vom 12.07.2021: Covid-19 AG Schnelltest: neg.

Normale Werte vom 13.07.2021: Natrium: 140 mmol/l; Kalium: 3.6 mmol/l; Creatinin: 1.02 mg/dl; GFR: 81.84 ml/min; Harnsäure: 6.0 mg/dl; Triglyceride: 103 mg/dl; Leukozyten: 7.0 G/l; Erythrozyten: 5.5 T/l; Hämoglobin: 15.7 g/dl; Hämatokrit: 47 %; MCH: 29 pg; MCV: 85 fl; MCHC: 34 g/dl; Thrombocyten: 250 G/l

Normale Werte vom 16.07.2021: Covid-19 AG Schnelltest: neg.

4. Reha-Prozess und -Ergebnis**4.1 Individuelle Rehabilitationsziele**

Der Rehabilitand hat ein somatisches Krankheitsverständnis, mit dem Rehabilitanden wurden gemeinsam folgende Ziele vereinbart:

1. Erlernen eines Risikoprofilmanagements / Transfer in den Alltag

4.2 Besonderheiten des Rehabilitationsverlaufes

Entsprechend der oben genannten Rehabilitationsziele erhielt Herr Perschke eine interdisziplinäre multimodale leitliniengerechte Therapie. Schwerpunkt war das Erlernen eines Risikoprofilmanagements und Verbesserung der allgemeinen körperlichen Belastbarkeit, des Weiteren Beratung und Schulung zum Risikoprofil und Transfer von gesundheitsförderndem Verhalten in den Alltag. Der Verlauf der Rehabilitation wurde regelmäßig in unseren interdisziplinären Teamsitzungen besprochen und entsprechend weiter entwickelt.

Therapeutische Pflege:

Der Rehabilitand war von Beginn an selbstständig. Er erhielt begleitende Unterstützung zum Selbstmanagement z.B. in Form von Gesprächen zur Krankheitsbewältigung, Gesundheitsberatung bzw. Hilfestellung bei der Strukturierung von Tagesabläufen.

Der Rehabilitand erhielt Unterweisung in die Blutdruckmessung, er war selbstständig in der Messung und Dokumentation der Werte. Die Medikamenteneinnahme erfolgte selbstständig.

Barthel: bei Aufnahme: 100/100 Punkte, bei Entlassung: 100/100 Punkte.

Physiotherapie:

Ein Übungsprogramm/Sportprogramm wurde für Herrn Perschke erarbeitet und geübt. Zu Hause sollte dieses von dem Rehabilitand eigenverantwortlich weitergeführt werden. Ein Ausdauertraining (Nordic Walking) zur Rekonditionierung wurde begonnen und kann zu Hause fortgesetzt werden.

In Anbetracht des Normalbefundes konnte die Einzel-Physiotherapie reduziert werden.

Im Rahmen der Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Risikomanagement
- Die Wiederherstellung des muskulären Gleichgewichts.

Aus physiotherapeutischer Sicht ist eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit vorstellbar. Weitere Physiotherapie ist aktuell nicht erforderlich.

Timed-up-and-go-Test: Erstbefund 4 sec., Abschlussbefund 4 sec.

6 Minuten Gehtest: Erstbefund 655 m, Abschlussbefund 655 m.

Berg Balance Scale: Erstbefund 56 Punkte, Abschlussbefund 56 Punkte.

Eine physiotherapeutische Behandlung erfolgte in Einzeltherapie sowie in der Kleingruppe.

MTT:

Es erfolgte eine medizinische Trainingstherapie mit folgenden Zielen:

Steigerung der Kraft, Ausdauer und Koordination zur Verbesserung der allgemeinen Belastbarkeit

Stabilisierung der Wirbelsäule

Ausgleich von muskulären Dysbalancen

Ergotherapie:

Eine ergotherapeutische Therapie war nicht erforderlich.

Psychologie:

Zur Krankheitsbewältigung wurde unsere psychologische Gesprächsgruppe für neurologische Rehabilitationspatienten regelmäßig besucht. Auch erlernte der Rehabilitand ein Entspannungsverfahren.

Logopädie:

Eine logopädische Therapie war nicht erforderlich.

Risikoprofil:

Es erfolgte eine tägliche Kontrolle der Blutdruck-Werte, diese lagen durchgehend im therapeutischen Bereich.

Bei Übergewicht und Fettstoffwechselstörung erfolgte eine intensive Beratung zur gesunden Ernährung als auch zu den Erfordernissen einer Gewichtsreduktion.

Ernährungsberatung:

Bei Herrn Perschke wurde eine Ernährungsberatung zum Thema Gewichtsreduktion und Cholesterinsenkung durchgeführt.

Herr Perschke hatte sich bereits mit dem Thema Ernährung auseinandergesetzt. Bisher war vor allem die Umsetzung schwierig.

Die Ernährungsanamnese ergab insgesamt eine fettreiche, zuckerreiche und kohlenhydratlastige Ernährung.

Folgende Maßnahmen wurden durchgeführt:

- Möglichkeiten zur Fettreduktion wurden besprochen.
- Die Bedeutung und Wirkung von Ballaststoffen wurde erläutert.
- Die unterschiedliche Wirkung von Kohlenhydraten wurde erklärt.
- Es wurden Empfehlungen nach der Logi-Pyramide ausgesprochen.
- Möglichkeiten für gesunde "Außer Haus Kost" wurden erläutert und gemeinsam erarbeitet.
- Mögliche Veränderungen ohne große Einschränkungen und Verzichte wurden besprochen.

Herr Perschke wurde über eine geeignete Lebensmittelauswahl in Kenntnis gesetzt.

Anhand der Ernährungsanamnese wurden Veränderungsmöglichkeiten für den Alltag besprochen.

Praxistaugliche Tipps wurden vermittelt.

Sonstiges: Herr Perschke war SEHR interessiert und selbstreflektierend. Er gab an motiviert zu sein und viel für sich mitnehmen zu können (Aus den Seminaren und auch aus der Beratung.) Fragen wurden

beantwortet.

Herr Perschke gab an, die vermittelten Inhalte verstanden zu haben.

Darüber hinaus erfolgte die Ernährungsberatung in der Gruppe sowie Vermittlung von Informationen am Schulungsbuffet.

Sozialberatung:

Der Rehabilitand wurde umfangreich zu folgenden Themen informiert: Schwerbehindertenrecht, berufliche Reintegration, Rentenfragen, häusliche Versorgung.

Medizinischer Verlauf:

Der Rehabilitand kam zur Aufnahme nach intrazerebraler Blutung mit initial bestehender Alexie, Aphasie und Sehstörungen, am ehesten bei Hypertonus und Acetylsalicylsäure-Einnahme bei Migräne am 16.6.2021. Bei Aufnahme bestand die Symptomatik nicht mehr, Herr Perschke klagte lediglich noch über eine leicht reduzierte körperliche Belastbarkeit.

Der Rehabilitand hat sehr motiviert und strukturiert an allen ihm angebotenen Therapien teilgenommen. Ergänzend erlernte er weitergehende gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Ein physiotherapeutisches Übungsprogramm/Sportprogramm wurde für Herrn Perschke erarbeitet und geübt. Zu Hause sollte dieses von dem Rehabilitanden eigenverantwortlich weitergeführt werden. Ein Ausdauertraining (Nordic Walking) zur Rekonditionierung wurde begonnen und kann zu Hause fortgesetzt werden. In Anbetracht des Normalbefundes konnte die Einzel-Physiotherapie rasch reduziert werden.

Es erfolgte eine von der Vorklinik empfohlene D-Dimer-Kontrolle. Die D-Dimere zeigten sich laborchemisch bei 4,03 µg/ml, daher etwas niedriger als zuvor. Herr P. gab keinerlei Thrombosezeichen an, sodass wir die D-Dimere Erhöhung ebenso wie die Kollegen der Vorklinik im Kontext der Resorption der ICB sehen. Des Weiteren erfolgte auch eine PSA-Kontrolle bei deutlich erhöhtem PSA in der Vorklinik. Der PSA-Wert lag hierbei 5,4 ng/ml. Dies entspricht einer deutlichen Abnahme des PSA-Wertes, welcher zuvor bei 13 ng/ml lag. Wir empfehlen jedoch im ambulanten Bereich weitere Kontrollen der D-Dimere und des PSA.

Herr Perschke erhielt eine ausführliche Aufklärung über ein Risikoprofilmanagement für einen gesünderen Lebensstil, insbesondere auch im Rahmen einer Ernährungsberatung.

Es traten keine Komplikationen auf.

4.3 Abschlussbefundung und Rehabilitationsergebnis

Herr Perschke nahm motiviert an der Rehabilitation teil. Die Funktionseinschränkung der reduzierten körperlichen Belastbarkeit ist erfreulicherweise nicht mehr alltagsrelevanten, auf Aktivitäts- und Partizipationsebene bestehen keine Einschränkungen.

Die körperliche Untersuchung ergibt keine Änderung zum Aufnahmebefund.

Herr Perschke selbst gibt an, dass er mit dem Verlauf der Rehabilitation zufrieden sei. Besonders profitiert habe er vom Ausdauertraining. Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den erhobenen Befunden bestanden nicht.

Gemeinsam sind wir der Ansicht, dass die Rehaziele erreicht werden konnten, Herr Perschke gut von der Rehabilitation profitieren konnte.

Herr Perschke wurde darüber informiert, dass er zurzeit kein Kfz lenken dürfe.

An **Hilfsmitteln** werden zum Entlassungszeitpunkt benutzt: keine

5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen**5.1 Nachsorgekonzept**

- neurologische Verlaufskontrolle
- Kontroll cMRT im Verlauf, wie im Vorbrief empfohlen
- internistische Verlaufskontrolle, insb. mit Risikoprofilmanagement
- Durchführung des hier erlernten Hausübungsprogrammes in Eigenregie
- Regelmäßige Laborkontrolle
- Gewichtsreduktion
- Nachsorge (T-RENA) wurde zur Stabilisierung des Reha-Erfolges eingeleitet; der Rehabilitand ist hierfür sehr motiviert
- Zur Sicherung und Stabilisierung des Reha-Erfolges Anschluss an eine Selbsthilfegruppe empfohlen

5.2 Medikation bei Entlassung

Levothyroxin / Liothyronin 100/20 µg Tab. 1-0-0-0

Torasemid 5 mg Tab. 1-0-0-0

Metoprolol succinat 47,5 mg Tab. 1-0-0-0

Amlodipin besilat 5 mg Tab. 1-0-1-0

Candesartan 8 mg Tab. 1-0-0-0

Selbstverständlich können auch wirkstoffgleiche Präparate anderer Hersteller eingesetzt werden.