

# DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN

STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

Deutsches Herzzentrum Berlin · Postfach 65 05 05 · 13305 Berlin

Frau  
Dr. med. Ursula Kühne  
Fachärztin für Innere Medizin  
Spandauer Damm 130  
14050 Berlin

Prof. Dr. med. V. Falk  
Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie  
E-Mail: falk@dhzb.de

Prof. Dr. med. B. Pieske  
Innere Medizin · Kardiologie  
E-Mail: pieske@dhzb.de

Prof. Dr. med. F. Berger  
Angeborene Herzfehler · Kinderkardiologie  
E-Mail: berger@dhzb.de

Prof. Dr. med. J. Photiadis  
Chirurgie Angeborener Herzfehler ·  
Kinderherzchirurgie  
E-Mail: photiadis@dhzb.de

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. Kuppe  
Anästhesiologie  
E-Mail: kuppe@dhzb.de

Berlin, den 27.06.2017

Gesch.Z.: DKRI / DKRI

Telefon: +49 30 4593- 1966

vorläufiger Brief

Sehr geehrte Frau Kollegin Kühne,

wir berichten Ihnen aus dem

Deutschen Herzzentrum Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin,

über die durchgeführte stationäre kardiologische Diagnostik und Therapie bei

**Herrn Dr. Christian Gizewski, geboren am 02.01.1941, wohnhaft in Tietzenweg 98, 12203 Berlin**

der sich vom 27.06.2017 bis 28.06.2017 in unserer stationären Behandlung befand.

#### Aktuell:

koronare Herzerkrankung mit 2- Gefäßbeteiligung

Herzkatheteruntersuchung vom 27.06.2017:

-Auf Wunsch des Patienten rein diagnostischer Herzkatheter ohne Intervention

-LAD Stenose distal 50-75%

-LAD Stenose (D2) 25-50 %

-koronare Wandveränderungen in proximaler RCX ohne Stenosierung

-LVEF 50%

Vorhofflimmern

CHA2DS2-VASc=4, HASBLED=2

#### Diagnosen:

koronare Herzerkrankung mit 2- Gefäßbeteiligung

LVEF 50%

Herzkatheteruntersuchung vom 27.06.2017:

-Auf Wunsch des Patienten rein diagnostischer Herzkatheter ohne Intervention

-LAD Stenose distal 50-75%

-LAD Stenose (D2) 25-50 %

-koronare Wandveränderungen in proximaler RCX ohne Stenosierung

Hypertensive Herzerkrankung

Deutsches Herzzentrum Berlin · Stiftung des bürgerlichen Rechts

Sitz des Geschäftsführenden Vorstands: Augustenburger Platz 1 · 13353 Berlin  
Telefon +49 30 4593-1000 · Telefax: +49 30 4593-1003 · www.dhzb.de  
Berliner Sparkasse · BIC: BELADEF3333 · IBAN: DE42 1005 0000 0310 0080 00

- konzentrische Linksherzhypertrophie  
- diastolische Dysfunktion  
Aneurysma der Aorta ascendens (45mm)  
Vorhofflimmern  
arterieller Hypertonus  
Z.n. hypertensiver Entgleisung  
Z.n. Rippenfraktur 9. und 10. Rippe rechts nach Sturz

1

Empfohlene medikamentöse Therapie:

Telmisartan 80 mg	1-0-0-0
Lercanidipin 20 mg	1-0-0-0
Nebivolol 5 mg	1-0-0-0
HCT 12,5 mg	1-0-0-0
Acetylsalicylsäure 100 mg (neu und lebenslang bei KHK)	1-0-0-0
Atorvastatin 20 mg (neu bei KHK)	0-0-0-1
Rivaroxaban 20 mg (neu bei bekanntem Vorhofflimmern)	1-0-0-0
Clonidin 150 µg (neu)	1-0-1-0
Nitroglycerin (bei Bedarf 2 Hub)	

Empfohlenes weiteres Vorgehen:

Wir empfehlen die medikamentöse Therapie wie oben angegeben.

Wir bitten um frühzeitige Vorstellung in der Praxis Westend zur Evaluation der weiteren Therapie inkl. erneutem Herzkatheter mit Stent- Implantation.

Ebenfalls empfehlen wir eine neurologische Vorstellung bei linksdominantem Zittern der Hand zur Diagnostik einer extrapyramidalen Störung.

Anamnese:

Die Aufnahme von Herrn Gizewski erfolgte zur elektiv geplanten invasiven kardiologischen Diagnostik. Der Patient war in der Praxis Westend vorstellig wobei in einer Stress- Echokardiographie vom 01.06. eine belastungsinduzierte Wandbewegungsstörung mit Hypokinesie inferior basal und medial sowie eine deutlich konzentrische Linksherzhypertrophie und ausgeprägte diastolische Dysfunktion gesehen werden konnten.

Der Patient berichtet Beschwerdefreiheit: Keine Dyspnoe, keine AP- Beschwerden.

Ein Vorhofflimmern bestehe seit 2006, eine Antikoagulation werde wie auch ASS aus Furcht vor Blutungskomplikationen bei einem Sturz vom Patienten abgelehnt. Der Patient war bisher einmalig im März 2017 gestürzt.

Körperliche Untersuchung:

Körpergröße: 178 cm, Körpergewicht: 78,5 kg, Blutdruck 180/ 108 mmHg li. Arm.

**Cor:** Herzaktion arhythmisch, keine pathologischen Geräusche.

**Pulmo:** vesikuläres Atemgeräusch, sonorer Klopfeschall, keine trockenen und feuchten Rasselgeräusche.

**Peripherer Pulsstatus:** regelrecht, keine Strömungsgeräusche über den Aa. femoralis com.,

keine Strömungsgeräusche über den Carotiden.

**Abdomen:** weich, keine Resistenzen, Darmgeräusche lebhaft in allen vier Quadranten.

Keine Lebervergrößerung palpabel.

**Neurologie:** grobneurologisch unauffällig.

Katheteruntersuchung vom 27.06.2017:

Siehe beiliegende Befundkopie.

Ruhe-EKG vom 27.06.2017:

Herzfrequenz 44/min, Lagetyp: überdrehter Linkstyp, QRS 130ms, QT/QTc 508 / 434ms,

**Beurteilung:** bradykard übergeleitetes Vorhofflimmern, deutliche Linksherzbelastungszeichen, präterminale T.- Negativierung in I-III/aVF/aVL/ V3-V6, S- Persistenz. linksanteriorer Hemiblock, unspezifische Intraventrikuläre Leitungsverzögerung

Laborwerte:

s.Anlage

Verlauf:

Die Aufnahme erfolgte bei Verdacht auf eine myocardiale Ischämie zur invasiven Diagnostik. In der bei uns durchgeführten Herzkatheteruntersuchung fanden sich relevante Stenosen in der LAD. Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten wurde keine Intervention sondern ein rein diagnostischer Herzkatheteruntersuchung durchgeführt.

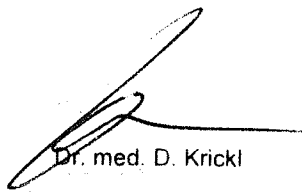
Es besteht die Indikation zur PTCA mit Stentimplantation, welche der Patient erst mit Dr. Götze in der Praxis Westend besprechen will. Bei gleichzeitig vorliegendem Vorhofflimmern besteht ebenfalls die Indikation zur Antikoagulation, welche vom Patienten abgelehnt wird. Der Patient wurde ausführlich über die Risiken bis hin zur Todesfolge aufgeklärt. Bei anhaltend arteriell hypertensiven Werten und bekannter hypertensiver Herzerkrankung wurde eine Therapie mit Clonidin begonnen. Wir empfehlen die Anpassung der Therapie mit o.g. Medikation. Der Patient konnte in gutem Allgemeinzustand in sein häusliches Umfeld entlassen werden.

Wir danken für die Zuweisung des Patienten und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. B. Pieske

PD Dr. med. S. Kelle

  
Dr. med. D. Krickl