

Marienhospital Stuttgart . Postfach 10 31 63 .70027 Stuttgart

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Tübingen

Frau  
Dr. Renate Steyskal-Lang  
Allgemeinmedizin  
Friedrichshafener Str. 2  
70329 Stuttgart

**Klinik für  
Innere Medizin 1**

Ärztliche Direktorin  
Prof. Dr. med. M. Kellerer  
Tel. 0711/6489-2102  
Fax 0711/6489-2119  
Monika.Kellerer@vinzenz.de

**Schwerpunkt Diabetologie  
und Endokrinologie,  
Allgemeine Innere Medizin**  
Ltd. OA Dr. med. S. Hoeft  
Tel. 0711/6489-2102  
Sebastian.Hoeft@vinzenz.de

**Schwerpunkt Angiologie**  
Zertifiziertes Gefäßzentrum  
(DGG, DGA, DRG)  
OÄ H.J. Qiu  
Tel. 0711/6489-2102  
Hui.Jing.Qiu@vinzenz.de

**Internist. Intensivmedizin**  
OA Dr. med. M. Heinold  
Tel. 0711/6489-2102  
Michael.Heinold@vinzenz.de

**Schwerpunkt Kardiologie**  
Leitender Arzt  
Dr. med. Thomas Güthe  
Kardiologie Sekretariat:  
Tel. 0711/6489-2127  
Fax 0711/6489-2147  
Thomas.gueth@vinzenz.de

Name, Vorname	<b>Wiegner, Gerhard Herbert</b>
Geburtsdatum, Geschlecht	05.11.1962, M
Straße, Ort	Uhlbacher Str. 205, 70329 Stuttgart
Fallnummer, Status	52105218, stationär
	Station M6A/B St. Maria

02.03.2022

diktiert am:

Hensingler / Hensingler

Sehr geehrte Frau Dr. Steyskal-Lang,

wir berichten über o.g. Patienten, der sich vom 18.02.2022 bis 02.03.2022 in unserer stationären Behandlung befand.

**Diagnose:**

**Dekompensierte Herzinsuffizienz, HFrEF, NYHA IV**

- leicht-mittelgradig reduzierte LV-Funktion (EF 41%)
- reduzierte RV-Funktion (TAPSE 14 mm)
- Mittelgradige, funktionelle Mitralklappeninsuffizienz
- Hochgradige, postkapilläre pulmonale Hypertonie
- LTOT 2l/min seit 2018

Arterielle Hypertonie

- **aktuell:** hypertensive Entgleisung

Diabetes mellitus Typ 2, HbA1c 6,8%, Beginn inkretinbasierte BOT

Adipositas permagna (BMI 49)



**Therapievorschlag:**

ASS 100mg	1-0-0
Entresto 24/26mg	1-0-1 neu
Bisoprolol 5mg	1-0-1
Pantoprazol 40 mg	1-0-0
Spirolacton 50mg	1-0-0
Torasemid 10mg	1-0-0
Forxiga 10mg	1-0-0
Ozempic 0,5mg	0-1-0 1x/Woche, montags
Atorvastatin 20mg	0-0-1
Toujeo 20IE	1-0-0

Diese Medikamente können gegen kostengünstigere Mittel ausgetauscht werden, die chemisch identisch und gleich wirksam sind.

**Anamnese:**

**Aktuelle Anamnese:**

Vorstellung durch den Rettungsdienst.

Seit einigen Tagen habe er immer wieder sowohl Herzrasen als auch pulsoxymetrisch Bradykardien bis 48/min. Darunter habe er jeweils thorakalen Druck. So sei es auch heute Morgen gewesen. Die Luftnot sei unverändert schlecht, Heimsauerstoff 2l habe er aufgrund der Herzinsuffizienz. Eine diuretische Therapie habe er vor 6 Monaten abgesetzt, da er so häufig auf die Toilette gemusst habe. Syncopiert sei er nicht. Kein Husten. Jetzt Dysurie beim Urinieren, zuvor nicht. Im Krankenhaus sei er zuletzt 2016 gewesen. Ein chron. Ulcus der Wade sei zuletzt mittels Antiinfektiva behandelt worden und jetzt besser. 3x gegen SARS-CoV-2 geimpft.

**Sozialanamnese:**

Zu Hause mit Ehefrau und Tochter sowie Sohn, würde sich noch selbst pflegen, der Sohn sei seelenpflegebedürftig, einen Kardiologen habe er nicht mehr, große Angst, als Pflegefall zu enden, Ehefrau hat Vollmacht: Tel. 01712860200, Hausärztin: Steiyskal-Lang

**Vegetative Anamnese:**

Stuhlgang unauffällig, jetzt Dysurie.

**Vormedikation:**

Actraphane 30 (Insulin Human) 60 Einheiten (1-0-1)  
Candesartan 16 mg (1-0-1)  
Digitoxin 0,07 mg (1-0-0)  
Pantoprazol 40 mg. 1-0-0  
Silymarin 1 Kapsel (0-0-1)  
Toujeo (Insulin glargin) 80 Einheiten (1-0-1)

**Körperliche Untersuchung:**

**Allgemeines:** reduzierter Allgemeinzustand, schwer adipöser Ernährungszustand, voll orientiert, kein Ikterus, keine Zyanose, enoral unauffällig.

**Herz:** Puls regelmässig, Herztöne rein, keine Herzgeräusche.

**Lunge:** seitengleich vesikuläres Atemgeräusch

**Abdomen:** weich, kein Druckschmerz, Darmgeräusche unauffällig, kein Flankenklopfeschmerz.

**U-Extremitäten:** frei beweglich, bds. Unterschenkelödeme, keine rel. CVI-Zeichen, Pulse tastbar, kein Wadendruckschmerz.

**Haut:** keine Effloreszenzen

**Orientierende Neuro:** keine fokale-neurologischen Ausfälle, Pupillomotorik unauffällig.

**DRU:** kein Teerstuhl, kein Frischblut.

**BGA vom 18.02.22 14:00**

pH 7.469 ; pCO<sub>2</sub> 42.0 mmHg; pO<sub>2</sub> 58.5 mmHg, tHb 15.5 g/dl; Ka<sup>+</sup> 4.1 mmol/l; Na<sup>+</sup> 140.0 mmol/l; AG 4.1 mmol/l, Glu 146.0 mg/dl; Lac 1.3 mmol/l; BE 6.8 mmol/l; cHCO<sub>3</sub> 29.7 mmol/l

**Ruhe-EKG vom 18.02.2022:**

Sinusrhythmus, 99/min, Steiltyp, Zeiten normwertig, R-Progresssstörung, S-Persistenz bis V6, keine Hypertrophiezeichen, vereinzelt VES.

Verlauf: während Tachykardie (wenige Minuten): AA, 123/min., QRS normal, wenige VES.

**EKG vom 28.02.2022:**

Sinusrhythmus, HF 68/min, AV-Block I°, SIQIII-Typ, Steiltyp, Q-Zacke aVR, regelrechte R-Progression mit R/S-Umschlag in V3/4, S-Persistenz, keine Erregungsrückbildungsstörungen.

**Labor:**

siehe beiliegender Kumulativbefund

**Mikrobiologie:**

Nasen-/Rachenabstrich: MRSA negativ.

Sars-CoV-2-Abstrich: negativ

Urinkultur vom 21.02.2022: Keimzahl nicht signifikant

**Orientierende Abdomen- und Echokardiographie in der Notaufnahme:**

Bei Adipositas permagna deutlich eingeschränkte Untersuchungsbedingungen. Bds. große Pleuraergüsse, rechts führend, keine FF intraabdominell, bds. kein Harnstau.

Echo: fraglich noch normale LVEF, geringe TI, nicht ableitbar, sonst keine relevanten Klappeninsuffizienzen, Atrien normal groß.

**Röntgen Thorax bei Aufnahme:**

V.a. pulmonalvenöse Stauung bei kleinen Pleuraergüssen bds. sowie etwas betonten Lungengefäßen. Soweit beurteilbar kein Nachweis umschriebener Infiltrate.

**Echokardiographie vom 21.02.2022:**

Eingeschränkte Beurteilbarkeit bei Adipositas.

Leicht bis mittelgradig reduzierte systolische LV-Funktion (EF biplan 41%), Hypokinesie septal. Grenzwertige RV-Funktion (TAPSE 18 mm). Mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz (VC 5 x 4 cm). Leichte Trikuspidalklappeninsuffizienz. Mittelgradige pulmonale Hypertonie (sPAP 45 + 10 mmHg). Bilaterale Pleuraergüsse (rechts 4 cm, links 2 cm)

**Echokardiographie vom 01.03.2022:**

Eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bei Adipositas.

Schwergradig reduzierte systolische LV-Funktion (EF um 30%), reduzierte RV-Funktion (TAPSE 14 mm).

Dilatierter und leicht hypertrophierter LV. Leichtgradige Mitralklappeninsuffizienz. Bilaterale Pleuraergüsse 1-2 cm.

**Diabetesberatung vom 21.02.2022:**

Ausführlich die Diabetestherapie mit Herr Wiegert besprochen. Die jetzige Insulintherapie ist für sein Gewicht ungeeignet, aufgrund des hohen Anteils an Basalinsulines;

Herr Wiegner ist gut informiert. Information und Anleitung zu Ozempic ist erfolgt. Er hat sich dies unter Anleitung selbst verabreicht.

Zunächst pausieren der bisherigen Insulintherapie, ggf. zusätzlich noch Basalinsulin erforderlich.

**Ernährungsberatung vom 22.02.2022:**

Größe: 185 cm

Gewicht: 144 kg

BMI: 42 kg/m<sup>2</sup>

HbA1c: 6,8 % (Ozempic, Novorapid)

Anamnese: Herr Wiegner ernährt sich KH- reduziert, gesüßte Getränke werden nicht konsumiert. Er verzehrt allerdings hohe Mengen an Fett (Butter, Olivenöl, Fleisch,...) woraus die erhöhte Energiezufuhr resultiert. Die Möglichkeiten der Reduzierung der Fettmenge sowie Alternativen zur Lebensmittelauswahl nimmt er aktuell eher verhalten an.

**Koronarangiographie vom 28.02.2022:**

Linksherzinsuffizienz NYHA III

Leicht- bis mittelgr. red. LVF

Hochgradige, postkapilläre pulmonale Hypertonie

Procedere:

ASS 100mg/Tag dauerhaft, Statin

Herzinsuffizienztherapie

TEE zur Beurteilung der MI

**Transösophageale Echokardiographie vom 01.03.2022:**

Mittelgradige funktionelle Insuffizienz (3D Vc-Fläche: 0,22 cm<sup>2</sup>, 2D Vc 4x3 mm), leichte Trikuspidalklappeninsuffizienz. Reduzierte systolische LV-Funktion.

**Duplexsonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße vom 01.03.2022:**

Geringe weiche Plaquebildungen im Bulbus und im Bereich der ACC rechts. Kein Hinweis auf eine hämodynamisch relevante Stenose der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße. Kein Hinweis auf eine Vertebralishypoplasie.

**Epikrise:**

Die stationäre Aufnahme von Herrn Wiegner erfolgte bei kardialer Dekompensation.

Bei Aufnahme bestand eine ausgeprägte Symptomatik mit Unterschenkelödemen sowie beidseitigen Pleuraergüssen. Echokardiographisch zeigte sich eine leicht-mittelgradig reduzierte LV-Funktion sowie eine septale Hypokinesie. Zusätzlich bestand eine mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz. Wir leiteten eine intravenöse diuretische Therapie mit Furosemid ein. Darunter konnte letztlich eine Gewichtsabnahme von 8 kg erreicht werden. Das Entlassgewicht betrug 137 kg.

Koronarangiographisch konnte eine stenosierende koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden. Bei Wandveränderungen der Koronarien begannen wir ASS sowie eine Statintherapie. Zudem konnte eine hochgradige, postkapilläre pulmonale Hypertonie nachgewiesen werden. Zur weiteren Abklärung der Mitralklappeninsuffizienz erfolgte daher eine transösophageale Echokardiographie. Hier zeigte sich eine mittelgradige funktionelle Insuffizienz. Wir empfehlen diesbezüglich kardiologische Verlaufskontrollen. Bei Verschlechterung der Klappeninsuffizienz wäre eine minimalinvasive Mitraclip-Implantation möglich. Wir erweiterten die Herzinsuffizienztherapie um Entresto, Spironolacton sowie Forxiga. Hinsichtlich des Diabetes mellitus Typ 2 wurde die Diabetesberatung involviert. Die bestehende Therapie mit hohen Insulindosen wurde auf eine inkretinbasierte Therapie mit Ozempic und lediglich basaler Insulintherapie geändert. Hierunter fanden sich zufriedenstellende Blutzuckerwerte.

Während des stationären Aufenthaltes klagte Herr Wiegner rezidivierend über Dyspnoe. Seit 2018 besteht eine Dauersauerstofftherapie mit 2l/min. In den Blutgasanalysen zeigte sich unter der aktuellen Sauerstofftherapie eine Hyperoxygenierung, sodass wir ggf. eine schrittweise Abgewöhnung der Sauerstofftherapie mit dem Patienten besprachen.

Wir bitten um optimale Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie insbesondere Gewichtsverlust. Zudem sollten regelmäßige Gewichtskontrollen und ggf. eine Anpassung der diuretischen Therapie unter Beachtung der Nieren- und Elektrolytwerte erfolgen.

Wir können Herrn Wiegner am 02.03.2022 in Ihre ambulante Weiterbetreuung entlassen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

---

Dr. T. Güthe  
Leitender Arzt Kardiologie

---

M. Planas Laplana  
Assistenzärztin

---

T. Hensinger  
Assistenzarzt/-ärztin

**Nachrichtlich an:**

Gerhard Herbert Wiegner, Uhlbacher Str. 205, 70329 Stuttgart

# Marienhospital Stuttgart

Pat.: **Wiegner, Gerhard Herbert**

Geb.Dat.: **05.11.1962, M**

## kumulative Wertedarstellung

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	2-191121	3-199133	4-198718	5-201164	8-203159	1-208916	2-209330
Auftrag eingelesen:			22.02.2022	23.02.2022	24.02.2022	25.02.2022	28.02.2022	01.03.2022	02.03.2022
Uhrzeit:			13:49	15:41	08:42	09:53	08:28	19:43	09:37

### Hämatologie

Leukozyten	3.5 - 9.8	Tsd/ $\mu$ l			16.4 $\uparrow$	14.9 $\uparrow$	13.3 $\uparrow$		16.1 $\uparrow$
Erythrozyten	4.5 - 5.9	Mio/ $\mu$ l			6.0 $\uparrow$	6.0 $\uparrow$	5.7		6.5 $\uparrow$
Hämoglobin	13,5 - 17,5	g/dl			15.0	15.1	14.5		16.4
Hämatokrit	40.0 - 53.0	%			48.2	47.0	45.6		52.2
MCV	80.0 - 96.0	fl			81.0	78.2 $\downarrow$	80.3		79.8 $\downarrow$
MCH	28,0 - 33,0	pg			25.2 $\downarrow$	25.1 $\downarrow$	25.5 $\downarrow$		25.1 $\downarrow$
MCHC	33.0 - 36.0	g/dl			31.1 $\downarrow$	32.1 $\downarrow$	31.8 $\downarrow$		31.4 $\downarrow$
Thrombozyten	130 - 400	Tsd/ $\mu$ l			314	197	322		344
Retikulozyten	0.7 - 2.5	%				* 3.0 $\uparrow$			
Retikuloocyte Production Index (RPI)	siehe Kommentar					* 3.80			
RET-He/CHr	> 28	pg				* 28			

### Klinische Chemie

CRP	< 5	mg/l			16.8 $\uparrow$	14.9 $\uparrow$	8.15 $\uparrow$		19.1 $\uparrow$
Bilirubin gesamt	<1.2	mg/dl					0.6		
GOT/ASAT (IFCC)	< 50	U/l		23			16	25	
GPT/ALAT (IFCC)	< 50	U/l					15		
gamma GT	< 66	U/l					97 $\uparrow$		
Alk. Phosphatase (IFCC)	40 - 130	U/l					68		
LDH	135 - 225	U/l		237 $\uparrow$		256 $\uparrow$	129 $\downarrow$	175	
CK	< 174	U/l		29		24	15	23	23
CK-MB Masse	< 5.2	ng/ml		1.3		1.4	1.1	1.6	1.7
Myoglobin	18.0 - 78.0	$\mu$ g/l		78.2 $\uparrow$				87.5 $\uparrow$	81.3 $\uparrow$
Troponin I (high sensitive)	< 34.2	pg/ml		* 58.2 $\uparrow$		* 61.6 $\uparrow$		* 226.2 $\uparrow$	* 174.7 $\uparrow$
NT-proBNP	< 125	pg/ml				* 2471 $\uparrow$			
Cholesterin	< 190	mg/dl					187		
Triglyceride	< 175	mg/dl					184 $\uparrow$		
HDL-Cholesterin	> 39	mg/dl					23 $\downarrow$		
LDL-Cholesterin	< 160	mg/dl					* 150		
Lipase (Sentinel)	< 60	U/l					79 $\uparrow$		
VLDL-Cholesterin	< 30.0	mg/dl					14.0		
Harnstoff	16.8 - 51.4	mg/dl			35.0	37.3	48.2		47.6
Creatinin (Jaffé)	0.70 - 1.30	mg/dl			1.29	1.42 $\uparrow$	1.23		1.39 $\uparrow$
eGFR (berechnet nach MDRD)	> 60.0	mL/min/			* 52.2 $\downarrow$	* 46.6 $\downarrow$	* 49.7 $\downarrow$		* 46.0 $\downarrow$
Natrium	135 - 147	mmol/l			143	140	141		138
Kalium	3.5 - 5.1	mmol/l			3.62	3.79	3.54		3.98
Chlorid	95 - 109	mmol/l			98	98	102		94 $\downarrow$
Albumin	2.9 - 4.8	g/dl			4.1	4.0	3.6		4.1

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	2-191121	3-199133	4-198718	5-201164	8-203159	1-208916	2-209330
Auftrag eingelesen:			22.02.2022	23.02.2022	24.02.2022	25.02.2022	28.02.2022	01.03.2022	02.03.2022
Uhrzeit:			13:49	15:41	08:42	09:53	08:28	19:43	09:37

lös. Transferrin-Rezeptor (Dxl)	12.16 - 27.25	nmol/l				* 44.71↑			
Ferritin	21.8 - 274.6	ng/ml				107			

### Störfaktoren

Mat. hämolytisch						* +			
------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--

### Gerinnung

Quick (TPZ)	70 - 110	%					k. Mat.		
INR		Ratio					k. Mat.		
aPTT	20.0 - 36.0	sec					k. Mat.		

### Urinstatus

spez. Gewicht (Urin)	1,015 - 1,030		1.014↓						
pH (Urin)	4.8 - 7.4		6.0						
Leukozyten (Urin)	negativ	/µl	* negativ						
Erythrozyten (Urin)	negativ		+++						
Bilirubin (Urin)	negativ	mg/dl	negativ						
Eiweiß (Urin)	negativ	mg/dl	* 100↑						
Ketonkörper	negativ	mg/dl	negativ						
Nitrit (Urin)	negativ		* negativ						
Urobilinogen (Urin)	negativ	mg/dl	negativ						
Glucose (Urin)	negativ	mg/dl	2000↑						

### Bemerkungen

**5-201164 Retikulozyten** 25.02.2022, 09:53  
bei einer ausgeprägten Retikulozytose wird das MCV falsch hoch gemessen. Pro 10% Retikulozyten sollte das MCV um 10 fl vermindert werden.

**5-201164 Retikocyte Production Index (RPI)** 25.02.2022, 09:53  
Der RPI ist ein Indikator, ob das Knochenmark adäquat auf die Anämie reagiert  
RPI>3 : Gute Markantwort (hyperproliferativ)  
RPI<2: Indäquate Antwort (hypoproliferativ)  
RPI zwischen 2 und 3: Bei leichter Anämie (Hb >11 g/dl) noch adäquat, bei schwerer Anämie verminderte Markantwort

**5-201164 RET-He/CHr** 25.02.2022, 09:53  
Eisenbedarf und Eisenversorgung der Erythropoese ausgeglichen

**3-199133 Troponin I (high sensitive)** 23.02.2022, 15:41  
Bei Klinik und einem hs-TropI-Wert im Referenzbereich (=URL) Wiederholung der Testung nach 3 h und ggf. nach 6 h. Für die Diagnose der Ischämie wird ein Wert >URL und ein 50% Anstieg ggü. der Erstmessung erwartet. Bei einem initialen Wert >URL wird bei der Kontrolle nach 3 h ein Anstieg um 20% erwartet, ggf. auch nach 6 h, um die Diagnose einer Ischämie zu stellen.  
Der 6 h Wert ist notwendig in Patienten, in denen der 3 h Wert unverändert ist aber ein hoher klinischer Verdacht besteht.  
hs-TropI ist ein Marker der Myokardnekrose und kann auch bei Myokarditis oder akutem Herzversagen erhöht sein.

**5-201164 Troponin I (high sensitive)** 25.02.2022, 09:53  
Bei Klinik und einem hs-TropI-Wert im Referenzbereich (=URL) Wiederholung der Testung nach 3 h und ggf. nach 6 h. Für die Diagnose der Ischämie wird ein Wert >URL und ein 50% Anstieg ggü. der Erstmessung erwartet. Bei einem initialen Wert >URL wird bei der Kontrolle nach 3 h ein Anstieg um 20% erwartet, ggf. auch nach 6 h, um die Diagnose einer Ischämie zu stellen.  
Der 6 h Wert ist notwendig in Patienten, in denen der 3 h Wert unverändert ist aber ein hoher klinischer Verdacht besteht.  
hs-TropI ist ein Marker der Myokardnekrose und kann auch bei Myokarditis oder akutem Herzversagen erhöht sein.

**1-208916 Troponin I (high sensitive)** 01.03.2022, 19:43  
Bei Klinik und einem hs-TropI-Wert im Referenzbereich (=URL) Wiederholung der Testung nach 3 h und ggf. nach 6 h. Für die Diagnose der Ischämie wird ein Wert >URL und ein 50% Anstieg ggü. der Erstmessung erwartet. Bei einem initialen Wert >URL wird bei der Kontrolle nach 3 h ein Anstieg um 20% erwartet, ggf. auch nach 6 h, um die Diagnose einer Ischämie zu stellen.  
Der 6 h Wert ist notwendig in Patienten, in denen der 3 h Wert unverändert ist aber ein hoher klinischer Verdacht besteht.  
hs-TropI ist ein Marker der Myokardnekrose und kann auch bei Myokarditis oder akutem Herzversagen erhöht sein.

**2-209330 Troponin I (high sensitive)** 02.03.2022, 09:37  
Bei Klinik und einem hs-TropI-Wert im Referenzbereich (=URL) Wiederholung der Testung nach 3 h und ggf. nach 6 h. Für die Diagnose der Ischämie wird ein Wert >URL und ein 50% Anstieg ggü. der Erstmessung erwartet. Bei einem initialen Wert >URL wird bei der Kontrolle nach 3 h ein Anstieg um 20% erwartet, ggf. auch nach 6 h, um die Diagnose einer Ischämie zu stellen.  
Der 6 h Wert ist notwendig in Patienten, in denen der 3 h Wert unverändert ist aber ein hoher klinischer Verdacht besteht.

**Bemerkungen**

hs-TropI ist ein Marker der Myokardnekrose und kann auch bei Myokarditis oder akutem Herzversagen erhöht sein.

**5-201164 NT-proBNP 25.02.2022, 09:53**  
Herzinsuffizienz möglich bei ambulanten asymptomatischen Praxispatienten: >125 pg/ml  
bei akuter Dyspnoe

Alter	akute Herzinsuffizienz unwahrscheinlich	akute Herzinsuffizienz wahrscheinlich
<50 Jahre	<300 pg/ml	>450 pg/ml
>50 Jahre	<300 pg/ml	>900 pg/ml
>75 Jahre	<300 pg/ml	>1800 pg/ml

**8-203159 LDL-Cholesterin 28.02.2022, 08:28**  
Bewertung von nicht-nüchtern Abnahmen (EAS/EFLM 2016):  
abnormale Werte bei Triglyceriden >174 mg/dl (bzw. nüchtern>150 mg/dl), Cholesterin >189 mg/dl, LDL >114 mg/dl, HDL <41 mg/dl oder Lp(a) >49 mg/dl  
Ein LDL Cholesterin >500 mg/dL weist auf eine homozygote bzw. ein LDL Cholesterin >190 mg/dL auf eine heterozygote familiäre Hypercholesterinämie hin  
LDL Therapiezielwerte (ESC/EAS 2019):  
bei Hochstrisiko: < 55 mg/dl, bei hohem Risiko: <70 mg/dl, bei moderatem Risiko: <100 mg/dl, bei niedrigem Risiko: <116 mg/dl

**4-198718 eGFR (berechnet nach MDRD) 24.02.2022, 08:42**  
Bitte beachten Sie die altersabhängige Abnahme der GFR bei der Dosierung nephrotoxischer und renal eliminerter Medikamente (Ann Int Med 1999: 130; 461)

**5-201164 eGFR (berechnet nach MDRD) 25.02.2022, 09:53**  
Bitte beachten Sie die altersabhängige Abnahme der GFR bei der Dosierung nephrotoxischer und renal eliminerter Medikamente (Ann Int Med 1999: 130; 461)

**8-203159 eGFR (berechnet nach MDRD) 28.02.2022, 08:28**  
Bitte beachten Sie die altersabhängige Abnahme der GFR bei der Dosierung nephrotoxischer und renal eliminerter Medikamente (Ann Int Med 1999: 130; 461)

**2-209330 eGFR (berechnet nach MDRD) 02.03.2022, 09:37**  
Bitte beachten Sie die altersabhängige Abnahme der GFR bei der Dosierung nephrotoxischer und renal eliminerter Medikamente (Ann Int Med 1999: 130; 461)

**5-201164 lösl. Transferrin-Rezeptor (DxI) 25.02.2022, 09:53**  
Keine Speichereisenreserve, Funktionseisen- Mangel, Hypochrome Erythrozyten, z.B. klassischer Eisenmangel  
Eine Eisentherapie (i.v., oral) ist indiziert

**5-201164 Mat. hämolytisch 25.02.2022, 09:53**  
Material hämolytisch, Befund daher nur eingeschränkt bewertbar!  
bei ausgeprägter Hämolyse wird die LDH- und Kalium-Bestimmung automatisch storniert!

**2-191121 Leukozyten (Urin) 22.02.2022, 13:49**  
Falsch negativ durch: Hohe Proteinkonzentrationen >500 mg/dl, Cefalexin, Gentamicin, Borsäure  
Falsch positiv durch: Formalin

**2-191121 Eiweiß (Urin) 22.02.2022, 13:49**  
bei Verdacht auf einen Harnwegsinfekt wird die Kultur ("Uricult") empfohlen, bei Verdacht auf eine Nierenkrankheit die Proteinuriediagnostik.  
Das Urinsediment wird nur noch in Einzelfällen und nur aus frischem Urin durchgeführt.

**2-191121 Nitrit (Urin) 22.02.2022, 13:49**  
Falsch negativ durch: Hohe Vitamin C-Konzentration

Marienhospital Stuttgart . Postfach 10 31 63 .70027 Stuttgart

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Tübingen

Gerhard Herbert Wiegner  
Uhlbacher Str., 205  
70329 Stuttgart

## Aufenthaltsbescheinigung

Name, Vorname	<b>Wiegner, Gerhard Herbert</b>
Geburtsdatum, Geschlecht	05.11.1962, M
Straße, Ort	Uhlbacher Str. 205, 70329 Stuttgart
Fallnummer, Status	52105218, stationär Station M6A/B St. Maria

war vom 18.02.2022 bis 02.03.2022 im Marienhospital in stationärer Behandlung.

Stuttgart, den 02.03.2022

VINZENZ  
VON PAUL  
KLINIKEN  
gGmbH



MARIENHOSPITAL  
STUTTGART

F. Haug, Internistische Klinik  
Böheimstr. 37, 70199 Stuttgart

