



Klinik Bad Trissl · Bad-Trissl-Straße 73 · 83080 Oberaudorf



Datum/Zeichen 30.09.2019 Dr. Reil/ku    Ansprechpartner Herr CA Dr. Reibke    Telefon 08033/20-772    Telefax 08033/20-417    E-Mail station7@klinik-bad-trissl.de

Betr.: Herrn Rudolf S. [redacted], geb. [redacted]  
wohnhaft: [redacted]

Aufenthalt vom 19.09.2019 bis voraussichtlich 30.09.2019

Sehr geehrter Herr Kollege [redacted]  
wir berichten über unseren gemeinsamen o.g. Patienten.

**Verlauf und Therapiestand**

**ED 07/17    Metastasiertes Prostatakarzinom,  
pT3a N0 (0/18) cM1b R1, iPSA 59,64 ng/ml, GS9**

07/17    Prostatastanze  
Histologie 7/12 Stanzzyllindern sind tumorbefallen

08/17    Beginn Leuprone => PSA-Remission auf 1 ng/ml

10/17    Retropubische Prostatektomie und pelvine LAE bds.  
Histologie: Adenokarzinom linker Seitenlappen mit  
Perineuralscheideneinbrüchen und Kapseldurchbruch. Tumorfreie LK.  
Vesikal und peripher nicht in sano.

11/17    Metastase linke Beckenschaufel

12/17    Beginn mit Abiraterone

03/18    Radiatio Os ilium links mit 10x3 Gy bei Schmerzen

04/18    Zunehmende Schmerzen BWS und bildgebender Progress, trotz PSA  
<0,01 ng/ml.

06/18    Radiatio der BWS Th1-11 mit 20x2 Gy + Boost einzelner Metastasen bis  
GHD 46 Gy

08/18    Anhaltende PSA-Remission, bildgebend stabile Situation

10/18    Radiatio Samenblasenloge 54 Gy in Prostataloge

18.06. - 06.08.19 Radiatio zweier Knochenmetastasen auf Höhe der Rippe 5 und 7 links  
dorsolateral mit einer GHD von 40 Gy in einer einmal täglichen Fraktion  
von 2,0 Gy 5x/Woche.  
Onkologische Planung: bildgebendes Restaging mittels CT für 11/19  
geplant

**Aktuell:** Palliation bei onkologischer Grunderkrankung.



### **Aktuell behandelte Nebendiagnosen:**

Schmerzen in beiden Beckenkämmen, brennend  
Chronische Pankreatitis

### **Weitere Diagnosen:**

Psoriasis vulgaris  
Taubheit links  
HWS-Syndrom  
Gluten-Unverträglichkeit  
Rezidivierende Diarrhoen

### **Aufnahmegrund (Palliative Zielsetzung):**

Aufnahme auf die Palliativ-Station bei fortschreitender onkologischer Grunderkrankung ohne kurative Therapieansätze zur Umsetzung folgender Zielvorstellungen:

- Symptomlinderung ambulant nicht beherrschbarer Schmerzen
- Psychosoziale Betreuung des Pat.

Der Patient war über Aufnahme auf unsere Palliativstation aufgeklärt und damit einverstanden.

### **Palliativkategorie:**

- Palliativ-Therapie-Phase (Symptomlinderung und Rehabilitation)

### **Aufnahmebefund:**

57-jähriger Pat. in leicht red. AZ und gutem EZ. Karnofsky-Index bei Aufnahme 70% (schmerzbedingt eingeschränkt) (bei Entlassung %). RR 120/80 mmHg, Puls 64/min., Temperatur 36,8°C. SPO2 97% bei Raumluft.

An Beschwerden: ossäre Schmerzen, brennend in beiden Beckenschaufeln, rechtsbetont, insbesondere bei Ruhe mit nächtlicher Schlafstörung.

#### Status praesens:

Keine Dyspnoe, kein Ikterus, keine Zyanose.

**Caput / Collum:** o. B.

**Cor:** Herztöne rein, rhythmisch, kein patholog. Geräusch.

**Pulmo:** bds. sonorer Klopfeschall, bds. vesikuläres Atemgeräusch. Lungengrenzen 2 QF verschieblich.

**Abdomen:** BD weich, keine Resistenzen, keine Abwehrspannung, kein Druckschmerz, Leber und MCL, Milz nicht tastbar, Nierenlager bds. frei.

**WS:** unauffällig.

**Extremitäten:** keine Varikosis, keine Ödeme.

**ZNS:** keine sensomotorischen Ausfälle, Reflexe seitengleich und spontan auslösbar.

### **Labor:**

Kumulativ-Befund anbei.

### **Therapie und Verlauf:**

Herr S. ■■■■■ stellte sich mit Schmerzen – a.e. i.R. der Grunderkrankung – vor.

Vorausgegangen waren bereits ambulante Versuche der Schmerzkontrolle. Wir konnten durch mehrfache Anpassung der Medikation eine weitgehende Schmerzkontrolle bei – am Tag – weitgehender Schmerzfreiheit unter moderaten Nebenwirkungen erreichen. Die nächtlichen Schmerzepisoden waren unter der Bedarfsmedikation kontrolliert, eine Eskalation der Grundtherapie hatte hier weniger Erfolg. Zuletzt versuchten wir das sehr wirksame Dexamethason auszuschleichen und durch abendliche COX-Blockade zu ersetzen. Wir würden bitten diesen Weg fortzuführen. Wir besprachen die therapeutischen Optionen, der Pat. zeigte sich äußerst gut informiert und über die weiteren Schritte kognitiv abgeklärt. Physiotherapeutisch nutzte der Pat. die gebotenen Optionen und profitierte

Die emotionale Komponente der Erkrankung wurde zugunsten der rationalen unterdrückt.  
Wir empfehlen eine weitere Betreuung mit dieser Zielrichtung.

Die weitere Versorgung wird nun heimatnah erfolgen, der Pat. wird sich hierzu auch mit dem lokalen SAPV Team in Verbindung setzen. Wir bitten um Fortführung bzw. Anpassung der Medikation und stehen jederzeit wieder gerne zur Verfügung. Bis dahin dürfen wir dem Pat. alles Gute wünschen.

**Therapie bei Entlassung:**

Calcium 1g 1-0-0

Zytiga 500 mg 1-0-0.

Amitriptylin 10 mg 0-0-1

Prednisolon 5 mg 1-0-1

Novtriptylin 10 mg 1-0-0.

Diclofenac 75 mg 0-0-1.

Dexamethason 1 mg 1-0-0.

Pantoprazol 40 mg 1-0-0.

Pregabalin 50 mg 0-0-1.

Dekristol 10.000 I.E. 1-0-0 (1x/Woche Mi)

Hydromorphon 2 mg – 2 mg – 6 mg.

Movicol 1-1-0 Btl.

Die vorstehend genannten Medikamente sollten nach Abschluss der Krankenhausbehandlung durch preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung entsprechend § 115 c SGB V ersetzt werden, wenn dies medizinisch möglich erscheint.

Sollten Fragen bzgl. der Nachversorgung bestehen, steht Ihnen von Montag bis Freitag von 09.00 – 16.00 Uhr der Stationsarzt bzw. von 16.00 – 19.00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen von 10.00 – 14.00 Uhr der Dienstarzt unter o.g. Telefonnummer zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Chefarzt

Hämatologie - Onkologie - Palliativmedizin

Name: [REDACTED]  
 Vorname: [REDACTED]

Geburtsdatum: [REDACTED]

Fall-Nummer: 11911291  
 Patientennr./I-Zahl: 10754290

Station  
**Auftrag**  
 Auftragszeit:  
 Datum

07  
 87164656  
 15:48  
 19.09.2019

**REFERENZ-BEREICH**

alters- und  
 geschlechtsspezifisch

**Hämatologie**

Hämoglobin	12.2	-						g/dl	13.7 - 17.5
Erythrozyten	4.17	-						/pl	4.63 - 6.08
Leukozyten	4.73							G/l	4.23 - 9.07
MCH (=HbE)	29.3							pg	25.7 - 32.2
Hämatokrit	35.8	-						%	40.1 - 51.0
MCV	85.9							fl	79.0 - 92.2
MCHC	34.1							g/dl	32.3 - 36.5
Thrombozyten	197							G/l	163 - 337
RDW	13.5							%	11.6 - 14.4

**Gerinnung**

Quick	102							%	70 - 130
INR (Int.Norm.Ratio)	1.0							Ratio	
aPTT	29.8							s	25.1 - 36.5

**Klinische Chemie**

Natrium	140							mmol/l	136 - 145
Kalium	3.56							mmol/l	3.50 - 5.50
Calcium	2.00	-						mmol/l	2.15 - 2.50
CRP	1.16	+						mg/dl	0 - 0.50
Bilirubin gesamt	0.44							mg/dl	< 1.20
GOT (AST)	16.5							U/l	< 50.0
GPT (ALT)	17.2							U/l	< 50.0
gamma-GT	12.0							U/l	< 60.0
LDH	208							U/l	< 250
Kreatinin(Jaffe-Meth)	0.95							mg/dl	0.70 - 1.20
Harnsäure	3.80							mg/dl	3.40 - 7.00
Amylase	44.0							U/l	28.0 - 100
Glucose nüchtern	99.9							mg/dl	60.0 - 100
Albumin	3690							mg/dl	3500 - 5200
eGFR (CKD-EPI-Formel)	89							ml/min	> 60

**Schilddrüse**

TSH basal (CLIA)	0.22	-						µIU/ml	0.27 - 4.20
------------------	------	---	--	--	--	--	--	--------	-------------

**Bemerkungen**

- 19.09.2019/20:19 EGFRM2 = eGFR (CKD-EPI-Formel) bezogen auf eine Körperoberfläche von 1.73 m<sup>2</sup>
- 19.09.2019/20:19 G = Glucose nüchtern 100 - 126 mg/dl: abnorme Nüchtern-glucose
- 19.09.2019/20:19 G = Glucose nüchtern > 126 mg/dl: diabetisch
- 19.09.2019/20:19 G = Glucose nüchtern Referenzbereiche nur gültig für Nüchtern-glucose
- 19.09.2019/20:19 K+ = Kalium Referenzbereich im Plasma: 3.5 - 4.5 mmol/l
- 19.09.2019/20:19 QU = Quick Bei Cumarin-Therapie Zielbereich: 17-37 %