

HAUSARZTPRAXIS DR. MED. KLAUS REINHOLD

Facharzt für Allgemeinmedizin · Schlossstraße 47 · 70173 Stuttgart · Tel. 0711 / 22 84 91 20

PATIENTENAKTE

konsolidierte Dokumentation nach § 630f BGB · Stand: 15. April 2026

Stammdaten

Patienten-Nr.	PAT-2026-00731
Nachname	Weber
Vorname	Thomas Jürgen
Geburtsdatum	12.03.1983 (43 Jahre)
Geschlecht	männlich
Familienstand	verheiratet, 2 Kinder (geb. 2015 und 2018)
Beruf	IT-Projektleiter, tätig bei einem mittelständischen Software-Unternehmen
Straße / Hausnummer	Grünwiesenweg 18
PLZ / Ort	70195 Stuttgart-Botnang
Telefon (mobil)	+49 172 884 2201
E-Mail	t.weber@muster-testmail.de
Krankenkasse	Techniker Krankenkasse, Mitglieds-Nr. T84210288432
Hausarzt seit	08.01.2011
Notfallkontakt	Ehefrau Julia Weber, +49 172 884 2202
Körpergröße	180 cm
Körpergewicht	94 kg (Stand 02/2026) — BMI 29,0 (leichtes Übergewicht)
Blutgruppe	A Rh pos
Raucherstatus	Nichtraucher (nie geraucht)
Alkoholkonsum	gelegentlich, ca. 2–4 Einheiten pro Woche
Bekannte Allergien	Gräserpollen (saisonal), keine Medikamentenallergien dokumentiert

Übersicht dieser Akte

Die vorliegende konsolidierte Patientenakte umfasst 30 Seiten und dokumentiert den Behandlungsverlauf von Herrn Thomas Jürgen Weber von der Erstvorstellung im Januar 2011 bis zum aktuellen Stand im April 2026. Eingeschlossen sind sämtliche Arztbriefe kooperierender Fachärzte, Laborbefunde, bildgebende Untersuchungen, Operationsberichte sowie der Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung seit 2024.

Die Akte wurde für die Zwecke einer Risikovorabfrage bei einem Berufsunfähigkeitsversicherer zusammengestellt. Alle relevanten Diagnosen sind im Diagnosenverzeichnis auf Seite 5 und 6 tabellarisch aufgeführt.

TESTDOKUMENT — KEIN REALER PATIENT. Diese Akte wurde ausschließlich zu Testzwecken erstellt (Validierung der KI-gestützten Krankenaktenanalyse im System myFondament). Sämtliche Namen, Adressen, Geburtsdaten, Diagnosen und Befunde sind frei erfunden und weisen keinerlei Bezug zu realen Personen oder Vorgängen auf. Eine medizinische Verwendung ist ausgeschlossen.

PATIENTENAKTE WEBER, THOMAS JÜRGEN · PAT-2026-00731

Seite 2 — Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS

Seite	Abschnitt	Datum
1	Aktendeckel, Stammdaten, Aktenübersicht	15.04.2026
2	Inhaltsverzeichnis	15.04.2026
3	Eigenanamnese (Teil 1): Entwicklungsgeschichte, Kindheit, Jugend	08.01.2011
4	Eigenanamnese (Teil 2): Erwachsenenalter, Familienanamnese	08.01.2011 / 12.03.2022
5–6	Diagnosenverzeichnis ICD-10-GM (chronologisch)	fortlaufend
7–9	Arztbrief Diabetologie (Prof. Dr. Ulrich Böhme)	18.09.2024
10–12	Arztbrief Orthopädie + MRT-Befund Lendenwirbelsäule (Dr. Andrea Hellwig)	04.03.2023
13–15	Arztbrief Psychiatrie / Psychotherapie (Dr. Miriam Stollenwerk)	27.06.2024 / 14.02.2026
16–17	Arztbrief Endokrinologie (Dr. Franz Lehnhoff)	22.11.2015 / 10.01.2025
18–19	Laborbefund-Historie (Auswahl 2018–2026)	fortlaufend
20	Allergologischer Befund (Gräserpollen)	14.05.2014
21	Gastroskopie-Befund (chronische Gastritis)	03.11.2023
22–23	Operationsbericht Appendektomie	03.08.2019
24	Unfallbericht + Versorgung Radiusfraktur links	15.11.2018
25	Notaufnahme-Berichte Migräneattacken (3 Vorfälle)	2021–2024
26	Neurologischer Befund Verdacht Carpal-tunnelsyndrom	09.02.2026
27–28	Medikamentenplan, aktuelle und historische Verordnungen	fortlaufend
29	Vorsorgeuntersuchungen, Check-up, Impfstatus	zuletzt 04.02.2026
30	Hausärztliche Gesamtbeurteilung	15.04.2026

Hinweis zur Vollständigkeit: Die in dieser Akte dokumentierten Diagnosen und Befunde wurden aus den ursprünglich in verschiedenen Praxen geführten Teil-Akten zusammengeführt. Der Patient hat der Weiterleitung der Unterlagen an die hausärztliche Praxis Dr. Reinhold schriftlich zugestimmt (Einwilligung vom 02.04.2026).

PATIENTENAKTE WEBER, THOMAS JÜRGEN · PAT-2026-00731

Seite 3 — Eigenanamnese (Teil 1)

EIGENANAMNESE

erstellt am 08.01.2011 im Rahmen der Erstvorstellung; fortgeschrieben 12.03.2022 und 15.04.2026

Entwicklungsgeschichte

Herr Weber wurde am 12.03.1983 in Schwäbisch Hall als zweites von drei Kindern geboren. Die Schwangerschaft und Geburt verliefen unauffällig, Spontangeburt ohne Komplikationen, Geburtsgewicht 3.420 g, Länge 52 cm, APGAR 9/10/10. Keine frühkindlichen Erkrankungen von Belang, die üblichen Kinderkrankheiten (Masern, Röteln, Windpocken) wurden anamnestisch vor der jeweiligen Impfung durchgemacht. Motorische und sprachliche Entwicklung altersgerecht.

Kindheit (0–12 Jahre)

Aufwachsen in einem ländlichen Umfeld, elterlicher Haushalt mit älterer Schwester und jüngerem Bruder. Keine wesentlichen gesundheitlichen Probleme in der Kindheit. Im Alter von 6 Jahren Sturz vom Fahrrad mit Gesichtsprellung, ambulante Versorgung im KKH Schwäbisch Hall, keine weiterführende Behandlung erforderlich. Im Alter von 9 Jahren Mandelentzündung, einmalige Antibiotikatherapie, keine Tonsillektomie. Schuleintritt 1989 regulär, unauffällige Schullaufbahn, Grundschule und Gymnasium in Schwäbisch Hall, Abitur 2002 mit Durchschnitt 2,1.

Jugend (13–18 Jahre)

Beginn der allergischen Beschwerden (Heuschnupfen, wiederkehrend in den Frühjahrs- und Sommermonaten) etwa ab dem 14. Lebensjahr. Damals keine spezifische Diagnostik, symptomatische Behandlung mit handelsüblichen Antihistaminika (Cetirizin). Keine Hyposensibilisierung eingeleitet. Im Alter von 16 Jahren Appendizitis-Verdacht, stelliongärgig im KKH Schwäbisch Hall über 48 Stunden beobachtet, spontane Rückbildung der Symptomatik, keine Operation. Unfallfreie Führerscheinprüfung 2001. Keine nennenswerten gesundheitlichen Einschränkungen. Sportlich aktiv (Handball im Verein, 2× wöchentlich), keine nennenswerten Sportverletzungen.

Junges Erwachsenenalter (19–30 Jahre)

Ab 2002 Studium der Wirtschaftsinformatik an der Universität Stuttgart, Abschluss Diplom 2008. Während des Studiums zunehmend bewegungsärmer, Gewichtszunahme von 78 kg (Studienbeginn) auf 88 kg (Studienende). Keine Berufsausbildung vor dem Studium. Ab September 2008 Eintritt bei der jetzigen Arbeitgeberin als Junior-Consultant, 2012 Wechsel in die interne Projektleitung, seit 2018 Senior-Projektleiter mit Personalverantwortung für ein Team von 8 Mitarbeitenden.

Heirat 2013, Geburt des ersten Kindes 2015 (Junge, gesund), Geburt der zweiten Tochter 2018 (Mädchen, gesund). Patient beschreibt die Elternzeit als positive Zeit mit guter Work-Life-Balance. Nach der Rückkehr in Vollzeittätigkeit 2020 zunehmende berufliche Belastung im Rahmen eines mehrjährigen Großprojekts (IT-Transformation bei einem Automobilzulieferer), welches bis heute nicht vollständig abgeschlossen ist. Patient berichtet in diesem Zusammenhang über eine kontinuierliche Zunahme beruflicher Anforderungen und gelegentliche Wochenendarbeit.

PATIENTENAKTE WEBER, THOMAS JÜRGEN · PAT-2026-00731

Seite 4 — Eigenanamnese (Teil 2) & Familienanamnese

Aktuelle Lebenssituation (Stand 2026)

Herr Weber lebt mit seiner Ehefrau Julia (38 Jahre, Lehrerin) und den beiden Kindern in einer gemieteten Doppelhaushälfte in Stuttgart-Botnang. Die familiäre Situation wird als stabil und ressourcenreich beschrieben. Der Patient berichtet im Rahmen der Erstvorstellung beim Psychiater (Juni 2024) über anhaltenden beruflichen Druck, Schlafstörungen seit etwa März 2024, gedrückte Stimmung, Antriebsminderung und nachlassende Freude an früher geschätzten Aktivitäten. Keine suizidalen Gedanken angegeben, keine akute Gefährdung. Siehe ausführlichen psychiatrischen Arztbrief auf Seite 13–15.

Genussmittel- und Drogenanamnese

Nikotin: Nie geraucht, weder aktiv noch regelmäßig passiv exponiert.

Alkohol: Gelegentlich, etwa 2–4 Standardeinheiten pro Woche (Bier zum Abendessen, Wein bei gesellschaftlichen Anlässen). Kein Rauschtrinken, keine Hinweise auf abhängige Konsummuster. AUDIT-C bei Erhebung 2024 ergab 3 Punkte (unauffällig).

Koffein: Ca. 3–5 Tassen Kaffee pro Tag, abends zusätzlich gelegentlich Schwarztee.

Illegale Substanzen: Anamnestisch einmaliger Cannabiskonsum im Studienalter, seither keine weiteren illegalen Substanzen. Keine Opioidabhängigkeit, keine Stimulanzien, keine Halluzinogene.

Sport und körperliche Aktivität

Aktuell 1–2× wöchentlich moderate Bewegung (Radfahren zur Arbeit 6 km einfache Strecke, gelegentliche Wanderungen am Wochenende mit der Familie). Kein Leistungssport. Der Patient gibt an, dass er seit der Geburt der zweiten Tochter 2018 deutlich weniger Zeit für Sport findet.

Ernährung

Mischkost, Hauptmahlzeit mittags in der Kantine. Keine strikte Diät. Selbsteingeschätzter Konsum zuckerhaltiger Getränke vor der Diabetesdiagnose 2020 lag bei 1–2 Softdrinks pro Tag, seither auf Wasser und ungesüßten Tee umgestellt. Geringer Anteil von Obst und Gemüse in der täglichen Ernährung, anamnestisch deutliche Präferenz für kohlenhydratreiche Speisen (Pasta, Brot, Kartoffeln).

FAMILIENANAMNESE

Eltern

Vater (Jahrgang 1955, lebend, 71 J.): Essentielle Hypertonie seit etwa dem 50. Lebensjahr, medikamentös eingestellt. Typ-2-Diabetes mellitus, erstmals diagnostiziert 2007 im Alter von 52 Jahren, aktuell Metformin + Inkretin-Mimetikum. Keine kardiovaskulären Ereignisse bekannt. Grauer Star rechts 2022 operiert.

Mutter (Jahrgang 1958, lebend, 67 J.): Mammakarzinom links 2011, brusterhaltende Operation mit anschließender Bestrahlung und 5-jähriger antihormoneller Therapie. Seit 2016 in Remission, regelmäßige Nachsorge unauffällig. Zusätzlich Hypothyreose seit den 1990er Jahren, L-Thyroxin-Substitution.

Geschwister

Ältere Schwester (Jahrgang 1980, 46 J.): Gesund bis auf leichtes allergisches Asthma seit der Kindheit. Keine chronischen Erkrankungen.

Jüngerer Bruder (Jahrgang 1987, 39 J.): Ebenfalls Typ-2-Diabetes, erstmals diagnostiziert 2022 im Alter von 35 Jahren, aktuell unter diätetischer Behandlung und Metformin.

Großeltern

Väterlicherseits: Großvater verstorben 1998 an Myokardinfarkt (Alter 68), Großmutter verstorben 2012 an Altersschwäche (Alter 89). Mütterlicherseits: Großvater verstorben 2004 an Kolonkarzinom (Alter 77), Großmutter verstorben 2019 an Herzinsuffizienz (Alter 91).

Kinder

Beide Kinder aktuell gesund, keine chronischen Erkrankungen bekannt, altersgerechte Entwicklung, Impfstatus gemäß STIKO vollständig.

PATIENTENAKTE WEBER, THOMAS JÜRGEN · PAT-2026-00731

Seite 5 — Diagnosenverzeichnis ICD-10-GM (Teil 1)

DIAGNOSENVERZEICHNIS ICD-10-GM

Fortlaufend, chronologisch nach Erstdiagnose sortiert. Stand: 15.04.2026

ICD-10	Diagnose	Erstdiagnose	Status	Relevanz	Anmerkung
J30.1	Allergische Rhinopathie durch Pollen (Gräserpollen)	ca. 1997	chronisch (saisonal)	mittel	Selbstanamnestisch seit Jugend, spezifische Testung 14.05.2014 durch Dr. Bender (siehe S. 20). Keine Hyposensibilisierung durchgeführt. Saisonale Symptome Mai–Juli, symptomatisch behandelt mit Cetirizin 10 mg bei Bedarf, topisches Nasenspray Mometason.
E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	22.11.2015	chronisch	mittel	Zufallsbefund im Rahmen einer Routine-Laborkontrolle, TSH 6,8 mU/L (Norm 0,4–4,0). Substitutionstherapie mit L-Thyroxin 75 µg/Tag seit 01.12.2015. Aktuell stabil eingestellt unter 100 µg (Erhöhung 01/2025). Arztbrief Endokrinologie S. 16–17.
S52.5	Fraktur des distalen Endes des Radius, links (geschlossen)	15.11.2018	ausgeheilt	gering	Sturz beim Radfahren auf nasser Fahrbahn, geschlossene Fraktur links, konservative Versorgung mit Unterarmgips für 5 Wochen. Kontrolle Röntgen nach 8 Wochen: achsengerecht durchbaut. Nachkontrolle 02/2019 folgenlos ausgeheilt. Seither keine Einschränkungen. Siehe S. 24.
G43.0	Migräne ohne Aura	2018 (erstes dokumentiertes Ereignis 08/2018)	wiederkehrend	mittel	Erstmanifestation vermutlich früher (anamnestisch Kopfschmerzen seit Studienzeit), aber dokumentiert ab 2018. Etwa 3–6 Attacken pro Jahr, typischer einseitig pulsierender Kopfschmerz mit Übelkeit, Photophobie. Akuttherapie Sumatriptan 50 mg (Triptan), keine Prophylaxe erforderlich. 3

					Notaufnahmen dokumentiert, siehe S. 25.
K35.80	Akute Appendizitis mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen (Z.n. Appendektomie)	03.08.2019	ausgeheilt	gering	Notfallmäßige laparoskopische Appendektomie am 03.08.2019 im Marienhospital Stuttgart, Dr. Braun. Histologie: akute phlegmonöse Appendizitis, keine Perforation. Postoperativer Verlauf komplikationslos. Narbe reizlos verheilt. Siehe OP-Bericht S. 22–23.
I10.00	Essentielle (primäre) Hypertonie (ohne Angabe einer hypertensiven Krise)	14.06.2019	chronisch	hoch	Erstdiagnose bei Routinecheck-up im Alter von 36 Jahren. Blutdruckmessungen wiederholt > 145/92 mmHg. Zunächst Lifestyle-Maßnahmen, ab 11/2019 medikamentöse Therapie mit Ramipril 5 mg 1×täglich. Aktuell unter Therapie gut eingestellt, ABDM 02/2026 Tagesmittel 128/82 mmHg. Kardiologischer Check-up 2024 ohne Hinweise auf Folgeschäden (Echo, EKG unauffällig).

PATIENTENAKTE WEBER, THOMAS JÜRGEN · PAT-2026-00731

Seite 6 — Diagnosenverzeichnis ICD-10-GM (Teil 2)

ICD-10	Diagnose	Erstdiagnose	Status	Relevanz	Anmerkung
E11.9	Diabetes mellitus Typ 2, ohne Komplikationen	02.07.2020	chronisch	hoch	Erstdiagnose bei Nachkontrolle der Hypertonie-Einstellung. Nüchtern glukose 142 mg/dL, HbA1c initial 7,8 %. Positive Familienanamnese (Vater, jüngerer Bruder). Therapie: zunächst Metformin 500 mg, gesteigert auf 2000 mg/Tag. Letzte Werte HbA1c 6,9 % (02/2026). Diabetologischer Arztbrief S. 7–9.
M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	17.02.2023	chronisch	hoch	Akuter lumbaler Schmerz mit radikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein nach einem Umzug. MRT LWS vom 04.03.2023: Bandscheibenprotrusion L4/L5 rechtsbetont mit leichter Tangierung der Wurzel L5. Konservative Therapie (Physiotherapie, NSAR). Aktuell stabil, Restbeschwerden bei langem Sitzen. Kein Operationsbedarf. Arztbrief Orthopädie S. 10–12.
K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	03.11.2023	chronisch	mittel	Gastroskopie im November 2023 wegen wiederkehrender epigastrischer Beschwerden unter Einnahme von Ibuprofen bei Lumbalgie. Befund: Antrumgastritis, Helicobacter pylori negativ. Absetzen der NSAR, PPI-Therapie Pantoprazol 20 mg für 8 Wochen, anschließend bei Bedarf. Aktuell stabil. Siehe S. 21.
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	27.06.2024	aktuell in Behandlung	hoch	Erstvorstellung beim Psychiater im Juni 2024. Auslöser: anhaltende berufliche Belastung. Leitsymptome: gedrückte Stimmung, Antriebsminderung, Schlafstörung, Freudlosigkeit. Beck-Depressions-Inventar 22 Punkte (mittelschwer). Seit 07/2024 Sertralin 50 mg, gesteigert auf 100 mg. Ambulante Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie) seit 09/2024. Arztbrief S. 13–15.

G56.0	Karpaltunnel-Syndrom rechts (Verdacht)	09.02.2026	verdacht	mittel	Anamnestisch seit Ende 2025 nächtliche Dysästhesien und Kribbeln in Daumen, Zeige- und Mittelfinger rechts. Klinische Untersuchung: positives Phalen- und Tinel-Zeichen rechts. Neurologische Untersuchung mit Elektroneurographie geplant für März 2026, Termin 12.03.2026. Bis dahin symptomatische Behandlung mit Nachtschiene. Siehe S. 26.
-------	--	------------	----------	--------	---

Weitere dokumentierte, jedoch nicht mehr aktive oder bereits ausgeheilte Befunde

- Leichte Halswirbelsäulen-Prellung nach Kfz-Auffahrunfall (HWS-Distorsion Q-III) am 22.05.2017, folgenlos ausgeheilt binnen 3 Wochen unter physiotherapeutischer Begleitung. Keine Langzeitfolgen dokumentiert.
- Akute Bronchitis (J20.9) im März 2021 im Rahmen eines grippalen Infekts, Verlauf komplikationslos, einmalige Antibiotikagabe (Amoxicillin 1 g 3×/Tag für 7 Tage), keine Folgen.
- Leichte Sehschwierigkeiten beim Lesen (Presbyopie, Ferndistanz unauffällig) seit 2023, Korrektur mit Lesebrille +1,25 dpt beidseits. Augenarzt Dr. Müller, Stuttgart. Keine Augenerkrankung im engeren Sinne.

Beurteilung durch den Hausarzt (Dr. Reinhold, 15.04.2026): Herr Weber zeigt ein bei Männern seines Alters nicht untypisches metabolisch-kardiovaskuläres Risikoprofil (Hypertonie + Diabetes Typ 2) bei positiver Familienanamnese. Die depressive Episode wird derzeit gut behandelt. Der Bandscheibenbefund ist bekannt, derzeit stabil ohne Operationsbedarf. Für eine umfassende Beurteilung vor einer Risikovorabfrage sei auf die Detail-Arztbriefe im weiteren Verlauf dieser Akte verwiesen.

DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS PROF. DR. MED. ULRICH BÖHME

Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie · Königstraße 12 · 70173 Stuttgart

Prof. Dr. Böhme · Königstraße 12 · 70173 Stuttgart

An

Herrn Dr. med. Klaus Reinhold

Schlossstraße 47

70173 Stuttgart

Stuttgart, 18.09.2024

Arztbrief Diabetologie**Patient:** Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983**Anlass:** Halbjährliche Kontrolle Diabetes mellitus Typ 2, Einstellungsoptimierung**Zuweisung durch:** Dr. Reinhold, Hausarzt

Sehr geehrter Herr Kollege Reinhold,

wir berichten über die Vorstellung Ihres Patienten Herrn Thomas Weber in unserer diabetologischen Schwerpunktpraxis am 18.09.2024 zur halbjährlichen Verlaufskontrolle.

Anamnese

Bei dem 41-jährigen Patienten ist ein Diabetes mellitus Typ 2 erstmals im Juli 2020 diagnostiziert worden. Damals wurde im Rahmen der Einstellung der Hypertonie eine Nüchtern glukose von 142 mg/dL und ein HbA1c von 7,8 % festgestellt. Seitdem besteht eine orale antidiabetische Therapie mit Metformin, welche in zwei Schritten auf zuletzt 2000 mg/Tag (1000 mg morgens und abends zum Essen) gesteigert wurde.

Im Rahmen der heutigen Vorstellung berichtet Herr Weber über ein subjektiv gutes Befinden ohne akute diabetesassoziierte Beschwerden. Keine Hypoglykämien, keine Polyurie oder Polydipsie. Keine Infektionen der Haut oder der Harnwege. Keine Sehstörungen. Der Patient gibt an, die tägliche Medikation zuverlässig einzunehmen.

Erfreulich ist, dass der Patient seit etwa Anfang 2023 seinen Konsum zuckerhaltiger Getränke vollständig eingestellt hat und auf Wasser bzw. ungesüßten Tee umgestiegen ist. Eine weitergehende diätetische Umstellung (Reduktion schneller Kohlenhydrate, gesteigerte Ballaststoffaufnahme) erfolgt nach eigenen Angaben schrittweise, wenngleich der Patient einräumt, dass die berufliche Belastung eine konsistente Umsetzung erschwert. Eine ernährungsmedizinische Beratung durch unsere Diätassistentin Frau Schulte-Remmert wurde heute organisiert, Termin am 08.10.2024.

Körperliche Untersuchung

Größe 180 cm, Gewicht 94 kg (letzter Wert 03/2024: 96 kg — leichte Gewichtsreduktion, positiv zu werten). BMI 29,0 kg/m². Bauchumfang 102 cm (abdominelle Adipositas). Blutdruck 132/84 mmHg. Herzfrequenz 72/min, rhythmisch.

Haut und Schleimhäute unauffällig, keine Mykosen, keine Acanthosis nigricans. Herz- und Lungenbefund unauffällig. Abdomen weich, keine Resistenzen, keine Schmerzen, Darmgeräusche regelrecht. Periphere Durchblutung beider Beine intakt (Fußpulse beidseits tastbar, Haut trocken und rosig, keine Wunden oder Druckstellen).

DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS PROF. DR. MED. ULRICH BÖHME

Arztbrief Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983 · Seite 2/3

Neurologisch-orientierende Untersuchung

Monofilament-Test beidseits an allen Testpunkten positiv. Vibrationsempfinden bei 5/8 beidseits (Altersnorm). Stimmgabeltest zeigt keine pathologische Reduktion. Kein Hinweis auf diabetische Polyneuropathie.

Labor vom 16.09.2024 (Auszug)

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
HbA1c	6,9	%	< 5,7 (Nicht-Diabetiker)
Nüchternglukose	118	mg/dL	70–99
Gesamtcholesterin	214	mg/dL	< 200
LDL-Cholesterin	138	mg/dL	< 100 bei Diabetes
HDL-Cholesterin	42	mg/dL	> 40 (Männer)
Triglyceride	168	mg/dL	< 150
Kreatinin	0,96	mg/dL	0,7–1,2
eGFR (CKD-EPI)	92	mL/min/1,73m ²	> 90
Albumin/Kreatinin-Ratio (Urin)	18	mg/g	< 30
GOT (AST)	38	U/L	< 50
GPT (ALT)	42	U/L	< 50
Gamma-GT	48	U/L	< 60
TSH basal	2,4	mU/L	0,4–4,0

Augenärztlicher Befund vom 12.04.2024 (Dr. Müller)

Routinemäßige diabetologische Augenhintergrundkontrolle ohne Hinweise auf diabetische Retinopathie. Makula beidseits unauffällig. Wiedervorstellung empfohlen in 12 Monaten.

Beurteilung

Bei Herrn Weber zeigt sich ein insgesamt stabil eingestellter Typ-2-Diabetes unter Monotherapie mit Metformin 2000 mg/Tag. Der HbA1c ist mit 6,9 % im für den Patienten individuell definierten Zielkorridor von 6,5–7,5 %. Erfreulich ist die leichte Gewichtsreduktion um 2 kg in den letzten 6 Monaten sowie die erfolgreiche Umstellung der Getränkegewohnheiten.

Problematisch bleibt das Lipidprofil mit einem LDL-Cholesterin von 138 mg/dL, was oberhalb des für Diabetiker empfohlenen Zielwertes von < 100 mg/dL liegt. Gleichzeitig ist der Blutdruck mit 132/84 mmHg bei der heutigen Einzelmessung im gut eingestellten Bereich, was auf die bestehende Ramipril-Therapie zurückzuführen ist.

Die Nierenfunktion ist unauffällig mit einer normalen eGFR und unauffälliger Albumin/Kreatinin-Ratio im Urin. Es bestehen aktuell keine Hinweise auf mikro- oder makrovaskuläre Folgeschäden des Diabetes. Die jährliche Augenhintergrundkontrolle ist erfolgt und unauffällig.

DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS PROF. DR. MED. ULRICH BÖHMEArztbrief Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983 · Seite 3/3

Empfehlungen

- 1. Antidiabetische Therapie:** Fortführung der Metformin-Therapie 2000 mg/Tag unverändert. Eine Erweiterung um einen SGLT-2-Inhibitor (z.B. Empagliflozin 10 mg) wäre bei dem metabolisch-kardiovaskulären Risikoprofil prinzipiell vorteilhaft, soll aber erst nach einem erneuten Versuch einer konsequenten Lebensstilmodifikation (Ernährungsberatung + strukturiertes Bewegungsprogramm) für 3 Monate evaluiert werden.
- 2. Lipidtherapie:** Angesichts des LDL-Wertes von 138 mg/dL empfehle ich die Einleitung einer Statintherapie, z.B. Atorvastatin 20 mg 1× täglich abends. Kontrolle der Leberwerte und CK nach 6 Wochen. Zielwert LDL < 70 mg/dL bei Hochrisikopatienten.
- 3. Blutdruck:** Unter der aktuellen Therapie mit Ramipril 5 mg zeigt sich eine gute Einstellung. Ich empfehle die Fortführung der aktuellen Dosis, ggf. ambulantes 24h-Blutdruckmonitoring (ABDM) halbjährlich.
- 4. Gewichtsreduktion:** Zielvorgabe für die nächsten 6 Monate: minus 3–5 kg. Die heute vereinbarte Ernährungsberatung und eine Erhöhung der körperlichen Aktivität auf mindestens 150 Minuten moderate Aktivität pro Woche sollen dabei unterstützen.
- 5. Kontrolluntersuchungen:** HbA1c-Kontrolle in 3 Monaten (12/2024) in Ihrer hausärztlichen Praxis, diabetologische Wiedervorstellung bei mir in 6 Monaten (03/2025). Augenhintergrund jährlich. Fußinspektion halbjährlich in Ihrer Praxis.
- 6. Hinweis zur Komorbidität:** Die bei der heutigen Anamnese vom Patienten erwähnte depressive Symptomatik seit Anfang 2024 ist bei der Einstellung von Diabetes und Hypertonie von Bedeutung, da sie die Therapie-Compliance beeinträchtigen kann. Ich rate zur engen Kooperation mit dem psychiatrisch behandelnden Kollegen.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Ulrich Böhme

Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie

ORTHOPÄDIE ZENTRUM STUTTGART-MITTE · DR. MED. ANDREA HELLWIG

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie · Paulinenstraße 23 · 70178 Stuttgart

Dr. Hellwig · Paulinenstraße 23 · 70178 Stuttgart

An

Herrn Dr. med. Klaus Reinhold

Schlossstraße 47

70173 Stuttgart

Stuttgart, 04.03.2023

Arztbrief Orthopädie**Patient:** Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983**Diagnose:** Lumboischialgie rechts bei Bandscheibenprotrusion L4/L5 (M51.1)**Vorstellungsgrund:** Akuter Kreuzschmerz mit Ausstrahlung ins rechte Bein

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über die Vorstellung Ihres Patienten Herrn Thomas Weber in unserer orthopädischen Praxis am 17.02.2023 sowie die anschließende bildgebende Diagnostik.

Anamnese

Der Patient schildert, dass er beim Umzug am Wochenende des 11./12. Februar 2023 beim Tragen eines schweren Möbelstücks (Kommode, geschätzt 40 kg) einen plötzlich einschießenden, stechenden Schmerz im unteren Rücken verspürt habe. Unmittelbar danach sei er zwar noch gehfähig gewesen, habe aber bereits am Folgetag eine zunehmende Schmerzausstrahlung in das rechte Gesäß und die Rückseite des rechten Oberschenkels bemerkt. Am 14.02. habe die Schmerzsymptomatik das Laufen zunehmend beeinträchtigt, weshalb der Patient unter Selbstmedikation mit Ibuprofen 400 mg 3×täglich bis zur heutigen Vorstellung versucht habe, die Beschwerden zu kontrollieren.

Die Schmerzen werden auf einer numerischen Analogskala (NAS) von 0–10 mit aktuell 6/10 in Ruhe und 8/10 bei Belastung angegeben. Keine Taubheitsgefühle oder motorischen Ausfälle. Keine Blasen- oder Mastdarmstörungen. Kein Fieber, kein Gewichtsverlust, keine Nachtschmerzen.

Vorerkrankungen des Bewegungsapparates werden verneint, insbesondere keine vorangegangenen Bandscheibenbeschwerden. Der Patient ist beruflich überwiegend sitzend tätig (IT-Projektleiter), sportlich aktuell wenig aktiv.

ORTHOPÄDIE ZENTRUM STUTTGART-MITTE · DR. MED. ANDREA HELLWIGArztbrief Weber, Thomas Jürgen · Seite 2/3

Körperliche Untersuchung

Aufrechter Gang mit leichtem Schonhinken rechts. Beckenschiefstand unauffällig. Dornfortsatz-Klopfschmerz lumbal im Bereich L4/L5 rechtsbetont. Paravertebrale Muskulatur beidseits verhärtet, deutlicher Hartspann rechts mehr als links. Aktive Beweglichkeit der LWS deutlich eingeschränkt: Vorneigen bis Fingerboden-Abstand 35 cm (schmerzbedingt), Rückneigung endgradig schmerzhaft, Seitneigung seitengleich möglich.

Neurologische Untersuchung: Lasegue-Zeichen rechts positiv bei 40° mit Ausstrahlung bis in die Wade, links unauffällig. Bragard-Zeichen rechts ebenfalls positiv. Kein sensibles Defizit im Dermatome L5 oder S1 tastbar, Kraftgrade der Fußheber und Fußsenker beidseits 5/5. Patellarsehnenreflex beidseits seitengleich auslösbar, Achillessehnenreflex seitengleich. Babinski negativ. Keine Hinweise auf ein Konus- oder Kauda-Syndrom.

Erste Maßnahmen und Bildgebung

Aufgrund der klinisch wegweisenden Lumboischialgie mit positivem Lasegue-Zeichen wurde eine MRT-Untersuchung der LWS veranlasst. Termin am 04.03.2023. Bis dahin: Weiterführung der antiphlogistischen Therapie mit Ibuprofen 600 mg 3×täglich, zusätzlich Pantoprazol 20 mg als Magenschutz, Muskelrelaxans Metamizol 500 mg bei Bedarf, sowie Physiotherapie-Verordnung über 6 Einheiten Manuelle Therapie und Krankengymnastik.

MRT-Befund LWS vom 04.03.2023

Befundender: Dr. med. Sabine Vollmer, Radiologie Stuttgart-Mitte

Untersuchungstechnik: MRT der LWS in 1,5 Tesla-Scanner, sagittale T1- und T2-gewichtete Sequenzen, axiale T2-Sequenzen auf Höhe der Bandscheibenfächer L3 bis S1, STIR-Sequenz zur Ödemdarstellung.

Befund: Regelrechte Wirbelkörperhöhen, kein Hinweis auf einen Wirbelkörperbruch oder ein Knochenmarködem. Physiologische Lordosierung. Keine Signalminderung der Bandscheiben als Hinweis auf Degeneration im Segment L1/L2 bis L3/L4.

Im Segment **L4/L5** zeigt sich eine deutliche Signalminderung der Bandscheibe (Pfirrmann-Grad III) mit einer umschriebenen **breitbasigen Protrusion rechtsparamedian**, die im Axialschnitt den rechten Rezessus einengt und die abgehende Nervenwurzel L5 rechts tangiert. Kein Sequester, kein subligamentärer Austritt erkennbar. Der Duralsack ist leicht imprimiert, jedoch nicht relevant eingeengt.

Im Segment **L5/S1** zeigt sich eine leichte altersentsprechende Degeneration der Bandscheibe (Pfirrmann-Grad II) ohne relevante Protrusion oder Einengung der Neuroforamina. Facettengelenke beidseits unauffällig. Iliosakralgelenke beidseits regelrecht.

Beurteilung: Bandscheibenprotrusion L4/L5 rechtsparamedian mit Tangierung der Nervenwurzel L5 rechts, entsprechend der klinischen Symptomatik. Keine Hinweise auf einen freien Bandscheibenvorfall, kein Operationsbedarf zum jetzigen Zeitpunkt.

ORTHOPÄDIE ZENTRUM STUTTGART-MITTE · DR. MED. ANDREA HELLWIGArztbrief Weber, Thomas Jürgen · Seite 3/3

Beurteilung und Therapieplan

Bei Herrn Weber liegt eine akute Lumboischialgie rechts auf dem Boden einer Bandscheibenprotrusion L4/L5 mit Tangierung der Nervenwurzel L5 rechts vor. Es handelt sich um einen Protrusionsbefund, nicht um einen ausgetretenen Prolaps. Die klinische Situation ist stabil, keine motorischen Ausfälle, keine Blasen-Mastdarm-Störung. Eine Operationsindikation besteht zum jetzigen Zeitpunkt ausdrücklich nicht.

Das therapeutische Vorgehen ist konservativ und sollte folgende Elemente umfassen:

1. Medikamentöse Schmerztherapie mit NSAR (Ibuprofen 600 mg 3×täglich, Dauer maximal 2 Wochen) unter Magenschutz (Pantoprazol 20 mg). Eskalation bei unzureichender Wirkung auf retardiertes Tramadol 50 mg nach Bedarf.
2. Physiotherapie: Verordnung über 12 Einheiten Manuelle Therapie und Krankengymnastik zur Lockerung der verspannten paravertebralen Muskulatur, Lehre eines Rückenschonverhaltens, Wiederaufbau der Rumpfstabilität.
3. Empfehlung Rückenschule nach Abklingen der akuten Beschwerden, Teilnahme an einem ambulanten Rehabilitationsprogramm zur sekundären Prävention.
4. Lebensstilberatung: Hinweis auf die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität (insbesondere Schwimmen, Radfahren), Vermeidung langer Sitzphasen am Arbeitsplatz, ggf. ergonomische Anpassung des Büroarbeitsplatzes mit höhenverstellbarem Tisch.
5. Wiedervorstellung in 4 Wochen zur Verlaufskontrolle, früher bei Zunahme der Symptomatik oder Auftreten von motorischen Ausfällen.

Verlauf (Notizen aus Folgeterminen 2023–2025)

Wiedervorstellung 31.03.2023: Deutliche Besserung der Schmerzsymptomatik unter NSAR und Physiotherapie, Lasegue-Zeichen rechts noch bei 60° positiv (zuvor 40°). NAS 3/10 in Ruhe. Reduktion der NSAR-Dosis auf 400 mg 2×täglich empfohlen.

Wiedervorstellung 12.05.2023: Weitgehende Symptombefreiheit, Lasegue beidseits negativ, keine radikulären Beschwerden mehr. Beendigung der NSAR-Therapie. Empfehlung zur Weiterführung der Rückenschule und zum Aufbau der Rumpfmuskulatur.

Wiedervorstellung 18.11.2024: Im Rahmen einer Kontrolle nach einer erneuten kurzen Episode lumbaler Schmerzen ohne radikuläre Ausstrahlung. Kein Anhalt für eine Verschlechterung. Rein symptomatische Beratung. Keine erneute Bildgebung.

Aktueller Status (03/2025): Patient berichtet telefonisch über eine stabile Situation. Restbeschwerden nur bei langem Sitzen, gut beherrschbar durch regelmäßige Bewegungspausen und dorsale Dehnübungen. Keine akuten Episoden mehr seit März 2024.

Dr. med. Andrea Hellwig

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

PRAXIS FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE DR. MED. MIRIAM STOLLENWERK

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie · Rotebühlplatz 28 · 70173 Stuttgart

Dr. Stollenwerk · Rotebühlplatz 28 · 70173 Stuttgart

An

Herrn Dr. med. Klaus Reinhold

Schlossstraße 47

70173 Stuttgart

Stuttgart, 27.06.2024

Arztbrief Psychiatrie — Erstvorstellung**Patient:** Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983**Diagnose:** Mittelgradige depressive Episode (F32.1)**Vorstellungsgrund:** Auf Empfehlung des Hausarztes wegen seit mehreren Monaten bestehender depressiver Symptomatik

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über die Erstvorstellung Ihres Patienten Herrn Thomas Weber in unserer psychiatrischen Praxis am 27.06.2024.

Aktuelle Beschwerden

Herr Weber berichtet, dass er seit etwa März 2024 eine zunehmende gedrückte Stimmung, Antriebsminderung und Freudlosigkeit (Anhedonie) bemerke. Früher geschätzte Aktivitäten wie das Radfahren, gemeinsame Familienunternehmungen am Wochenende oder das Lesen von Romanen bereiteten ihm keine Freude mehr. Morgens falle ihm das Aufstehen zunehmend schwer, und über den Tag verteilt fühle er sich ausgezehrt und körperlich schwer, ohne dass eine somatische Ursache offensichtlich sei.

Schlafstörungen bestehen seit etwa gleichem Zeitpunkt. Der Patient berichtet über Einschlafstörungen (Einschlaflatenz regelmäßig über 60 Minuten) sowie frühmorgendliches Erwachen zwischen 4 und 5 Uhr mit Unmöglichkeit, wieder einzuschlafen. Die effektive Schlafzeit schätzt er auf 5–5,5 Stunden pro Nacht.

Der Appetit sei unverändert, eher tendenziell vermindert. Eine Gewichtsveränderung ist dem Patienten nicht aufgefallen. Die Libido sei deutlich reduziert seit etwa April 2024, was in der Partnerschaft zu Spannungen führe.

Der Patient verneint aktive Suizidgedanken, räumt jedoch ein, dass er gelegentlich Gedanken der Art habe, „wenn es so weitergeht, weiß ich nicht mehr, wofür ich das alles mache“. Keine konkreten Pläne, keine Vorbereitungen, keine früheren Suizidversuche.

PRAXIS FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE DR. MED. MIRIAM STOLLENWERKArztbrief Weber, Thomas Jürgen · Seite 2/3

Psychiatrische Befundbeschreibung

41-jähriger, wach, allseits orientierter Patient in altersentsprechendem allgemeinem und reduziertem Ernährungs- und Pflegezustand. Kleidung gepflegt, jedoch mit erkennbarem Mangel an Freude am äußeren Erscheinungsbild („ich tue, was ich muss, nichts mehr“). Kontaktaufnahme zuwendbar, Stimmung deutlich gedrückt, Affekt eingeschränkt auslenkbar, kein affektiver Rapport mit Vorderdrückung.

Antrieb vermindert, Konzentration nachlassend, er selbst berichtet über nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit im Beruf mit erhöhter Fehleranfälligkeit, was ihn zusätzlich belastet. Denken formal regelrecht ohne Anhalt für Denkstörung oder Wahn. Inhaltlich eingengt auf Themen wie Überforderung, Selbstzweifel, Sorge vor dem Versagen im Beruf. Keine Hinweise auf Halluzinationen oder inhaltliche Denkstörungen.

Testpsychologisch (Beck-Depressions-Inventar II) Gesamtscore 22 Punkte, was einer mittelgradigen depressiven Symptomatik entspricht. PHQ-9 Score 14 (mittelschwer).

Biographische Einordnung

Keine psychiatrischen Vorerkrankungen in der Eigenanamnese. Keine früheren stationären psychiatrischen Aufenthalte, keine ambulanten Vorbehandlungen. Keine bekannte familiäre Vorbelastung mit psychiatrischen Erkrankungen.

Auslosend steht nach der Einschätzung des Patienten die berufliche Belastung seit dem Amtsantritt als Senior-Projektleiter mit Personalverantwortung 2018, verstärkt durch das aktuelle Großprojekt (IT-Transformation bei einem Automobilzulieferer). Mehrere Projektphasen mit erheblichen Zeitdruck und Arbeitszeiten von über 50 Stunden pro Woche haben sich angesammelt. Der Patient erkennt selbst, dass er „Schlaf und Familie gegen Karriere eintauscht“, sieht aber aktuell keinen Ausweg aus der Situation.

Somatische Komorbidität

Aus den übersandten Unterlagen des Hausarztes ergibt sich ein metabolisch-kardiovaskuläres Risikoprofil mit Diabetes mellitus Typ 2, essentieller Hypertonie, Hypothyreose sowie ein vorbestehender Bandscheibenbefund L4/L5 aus 02/2023. Diese somatischen Komorbiditäten können als stressorische Verstärker einer depressiven Episode wirken, sind aber selbst nicht als Ursache im engeren Sinne zu werten.

Diagnose (nach ICD-10)

F32.1 — Mittelgradige depressive Episode. Die diagnostischen Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 sind erfüllt: Kernsymptome (gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Antriebsminderung) bestehen über mehr als zwei Wochen, zusätzlich Symptome wie Schlafstörung, verminderter Appetit, verminderte Konzentration, Gedanken an Wertlosigkeit und nachlassende Libido. Keine psychotischen Symptome. Keine manischen Episoden in der Vorgeschichte, kein Hinweis auf eine bipolare Störung.

PRAXIS FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE DR. MED. MIRIAM STOLLENWERKArztbrief Weber, Thomas Jürgen · Seite 3/3 & Verlaufsbericht

Therapieplan (Erstvorstellung 27.06.2024)

Medikamentöse Therapie: Einleitung einer antidepressiven Pharmakotherapie mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Wir empfehlen Sertralin 50 mg 1× täglich morgens für zunächst 7 Tage, anschließend Steigerung auf 100 mg bei guter Verträglichkeit. Aufklärung über mögliche Initialnebenwirkungen (Übelkeit, leichte Unruhe in den ersten 1–2 Wochen) erfolgt.

Ambulante Psychotherapie: Zuweisung zu einer ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie, Antrag bei der Krankenkasse wird durch unsere Praxis vorbereitet. Ziel ist die Bearbeitung der arbeitsbezogenen Stressoren, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und die Modifikation kognitiver Schemata in Bezug auf Leistung und Selbstwert.

Begleitende Maßnahmen: Empfehlung zur kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) für 2 Wochen zur Entlastung. Anregung zur Inanspruchnahme einer Supervision am Arbeitsplatz, Gespräch mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Verlaufsbericht vom 14.02.2026 (ergänzt)

Aktueller Stand nach 20 Monaten Therapie: Herr Weber stellt sich zur halbjährlichen psychiatrischen Verlaufskontrolle vor. Die Stimmung ist deutlich stabiler als zu Therapiebeginn, der Patient bewertet den eigenen Zustand auf einer Skala von 0 (schlechtester Zustand) bis 10 (bester Zustand) mit 7–8, gegenüber 3–4 zu Behandlungsbeginn.

Der Schlaf hat sich unter der Kombination aus Sertralin 100 mg und kognitiver Verhaltenstherapie weitgehend stabilisiert. Einschlafzeit nun bei 15–30 Minuten, keine morgendliche Frühaufwachen-Symptomatik mehr. Effektive Schlafzeit durchschnittlich 6,5–7 Stunden.

Die Psychotherapie wird 1× wöchentlich bei Frau Dipl.-Psych. Karin Henneberg seit September 2024 durchgeführt (aktuell 58 Sitzungen absolviert). Schwerpunkte waren: Bearbeitung der kognitiven Verzerrungen („Alles-oder-Nichts-Denken“, „Katastrophisieren“), Aufbau von Grenzsetzung am Arbeitsplatz, Revitalisierung positiver Aktivitäten in der Freizeit und mit der Familie.

Beruflich konnte der Patient durch Gespräche mit seinem Vorgesetzten eine Umverteilung von Projekten erreichen. Die wöchentliche Arbeitszeit liegt aktuell bei ca. 42 Stunden (zuvor > 50 Stunden). Der Patient berichtet über wiedergewonnene Freude an der Familie, regelmäßige Wochenendaktivitäten und eine Wiederaufnahme des Radfahrens.

Aktueller BDI-II: 8 Punkte (minimale Restsymptomatik). **PHQ-9:** 5 Punkte (leicht).

Fortführung der Therapie: Beibehaltung der Sertralin-Dosis bei 100 mg/Tag. Gemäß S3-Leitlinie wird die Pharmakotherapie noch für mindestens 6 bis 12 Monate nach vollständiger Remission fortgeführt, bevor ein Absetzversuch in Betracht gezogen wird. Psychotherapie wird weitergeführt, Reduktion der Frequenz auf 1× alle 14 Tage ist ab Mai 2026 geplant.

Dr. med. Miriam Stollenwerk

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

ENDOKRINOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS DR. MED. FRANZ LEHNHOFF

Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie · Olgastraße 31 · 70182 Stuttgart

Dr. Lehnhoff · Olgastraße 31 · 70182 Stuttgart

An

Herrn Dr. med. Klaus Reinhold

Schlossstraße 47

70173 Stuttgart

Stuttgart, 22.11.2015

Arztbrief Endokrinologie — Erstvorstellung**Patient:** Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983 (damals 32 Jahre)**Vorstellungsgrund:** Abklärung einer im Rahmen einer Routinekontrolle festgestellten Erhöhung des TSH-Wertes (6,8 mU/L)

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über die Erstvorstellung des damals 32-jährigen Patienten in unserer endokrinologischen Praxis am 22.11.2015.

Anamnese

Im Rahmen einer Routine-Laborkontrolle im Oktober 2015 durch Sie war bei ansonsten unauffälligem Status ein TSH-Wert von 6,8 mU/L (Norm 0,4–4,0) aufgefallen. Der Patient gibt bei gezieltem Nachfragen an, in den vorangegangenen Monaten vermehrte Müdigkeit, gelegentliche Kälteempfindlichkeit sowie eine leichte Gewichtszunahme ohne wesentliche Veränderung der Ernährungs- oder Bewegungsgewohnheiten bemerkt zu haben. Keine Konzentrationsstörungen, keine Stimmungsveränderungen. Keine Haarausfälle, keine Veränderungen der Haut oder der Muskulatur.

Familienanamnese: Mutter des Patienten leidet seit den 1990er Jahren an einer Hypothyreose, Substitution mit L-Thyroxin. Keine weiteren endokrinologischen Erkrankungen in der Familie bekannt.

Klinische Untersuchung

Unauffällige Schilddrüse in der Inspektion, Palpation einer weichen, unverschieblichen, nicht vergrößerten Schilddrüse. Keine Lymphknotenschwellungen cervical. Herz-Kreislauf- und Lungenbefund unauffällig. Augen ohne Anhalt für endokrine Orbitopathie.

Diagnostik

Labor vom 22.11.2015: TSH 6,9 mU/L (erhöht), fT3 2,8 pg/mL (normal, 2,3–4,2), fT4 0,92 ng/dL (niedrig-normal, 0,8–2,0). TPO-Antikörper negativ (< 34 IU/mL), Thyreoglobulin-Antikörper negativ (< 115 IU/mL). Kein Hinweis auf eine Hashimoto-Thyreoiditis.

Schilddrüsen-Sonographie: Orthotopes Schilddrüsen-Parenchym, Volumen rechts 9 mL, links 8 mL (insgesamt im Normbereich für Männer bis 25 mL). Echotextur homogen, keine fokalen Veränderungen, keine Knotenbildungen. Normale Perfusion in der Duplex-Sonographie.

Diagnose und Therapie

E03.9 — Hypothyreose, nicht näher bezeichnet. Angesichts der leichten klinischen Symptomatik und der laborchemischen Veränderungen ist die Einleitung einer Substitutionstherapie indiziert. Wir beginnen mit **L-Thyroxin 50 µg 1×täglich morgens nüchtern**. Steigerung nach 4 Wochen auf 75 µg erwägen, Laborkontrolle nach 6 Wochen zur Therapiebewertung.

ENDOKRINOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS DR. MED. FRANZ LEHNHOFF

Verlaufskontrolle Weber, Thomas Jürgen · 10.01.2025

Verlaufskontrolle Hypothyreose

Patient: Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983
Diagnose: E03.9 Hypothyreose seit 2015
Aktuelle Therapie: L-Thyroxin 75 µg/Tag (seit 01.03.2016)
Anlass der Vorstellung: Turnusgemäße Kontrolle alle 2 Jahre (letzte Kontrolle 11/2022)

Anamnese seit der letzten Kontrolle

Der Patient berichtet über ein insgesamt stabiles Befinden unter der L-Thyroxin-Substitution. Die Einnahme erfolgt zuverlässig täglich morgens nüchtern, die wichtigste Regel zur Nahrungskarenz von 30 Minuten wird eingehalten. Keine hypothyreoten Symptome, keine Hinweise auf eine Überdosierung (keine Unruhe, keine Herzrasen, kein Schwitzen).
Bemerkenswert ist, dass seit der letzten Kontrolle eine weitere somatische Diagnose hinzugekommen ist (Diabetes mellitus Typ 2, erstdiagnostiziert 07/2020) sowie eine psychische Erkrankung (mittelgradige depressive Episode, Erstdiagnose 06/2024). Beide Erkrankungen können mit einer Schilddrüsenunterfunktion interagieren — die heutige Kontrolle dient auch der Absicherung, dass die Substitutionstherapie weiterhin adäquat dosiert ist.

Labor vom 08.01.2025

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
TSH basal	4,8	mU/L	0,4–4,0 (leicht erhöht)
ft4	1,02	ng/dL	0,8–2,0
ft3	2,9	pg/mL	2,3–4,2
TPO-Ak	18	IU/mL	< 34

Beurteilung und Therapieanpassung

Der TSH-Wert liegt mit 4,8 mU/L knapp oberhalb der oberen Normgrenze, während die peripheren Hormone im Normbereich liegen. Es handelt sich um eine leichte subklinische Latenz der Substitution, die angesichts des komorbiden Diabetes und der depressiven Symptomatik durch eine Erhöhung der L-Thyroxin-Dosis korrigiert werden sollte.
Therapieanpassung: Erhöhung der L-Thyroxin-Dosis auf **100 µg/Tag** ab sofort (vorher 75 µg). Laborkontrolle TSH und ft4 in 8 Wochen (voraussichtlich März 2025) in der hausärztlichen Praxis, dann Anpassung je nach Befund.
Nächste endokrinologische Wiedervorstellung bei mir in 2 Jahren (01/2027), früher bei Auffälligkeiten der Kontrollwerte.

Dr. med. Franz Lehnhoff
Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie

LABORBEFUND-HISTORIE WEBER, THOMAS JÜRGEN · PAT-2026-00731

Seite 18 — Auswahl relevanter Werte, Jahre 2018–2022

LABORBEFUNDE (AUSWAHL CHRONOLOGISCH)**Routine-Check 06.03.2018 (vor den chronischen Diagnosen)**

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
Hämoglobin	15,2	g/dL	13,5–17,5
Leukozyten	7,1	10 ³ /μL	4,0–10,0
Thrombozyten	248	10 ³ /μL	150–400
Nüchternglukose	94	mg/dL	70–99
HbA1c	5,5	%	< 5,7
Gesamtcholesterin	196	mg/dL	< 200
Kreatinin	0,94	mg/dL	0,7–1,2
TSH	2,1	mU/L	0,4–4,0 (unter L-Thyroxin 50 μg)

Check vor Hypertonie-Diagnose 14.06.2019

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
Blutdruck (Einzelmessung Praxis)	148/94	mmHg	< 140/90
Nüchternglukose	102	mg/dL	70–99 (grenzwertig)
HbA1c	5,9	%	< 5,7 (grenzwertig)
Gesamtcholesterin	218	mg/dL	< 200 (erhöht)
Kreatinin	0,96	mg/dL	0,7–1,2
TSH	1,8	mU/L	0,4–4,0 (unter L-Thyroxin 75 μg)

Erstdiagnose Diabetes mellitus Typ 2 — 02.07.2020

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
Nüchternglukose	142	mg/dL	70–99 (pathologisch)
HbA1c	7,8	%	< 5,7 (diabetisch)
Oraler Glukose-Toleranztest 2h	215	mg/dL	< 140 (diabetisch)
C-Peptid nüchtern	3,2	ng/mL	0,9–7,1 (erhöht, passend zu Typ 2)
GAD-Antikörper	neg.	—	Ausschluss Typ 1

Verlauf 15.03.2022 (unter Metformin 1500 mg)

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
Nüchternglukose	128	mg/dL	70–99
HbA1c	7,2	%	< 7,5 (individuelles Ziel)
Gesamtcholesterin	224	mg/dL	< 200
LDL-Cholesterin	144	mg/dL	< 100
Blutdruck (Einzelmessung)	134/86	mmHg	< 140/90

LABORBEFUND-HISTORIE WEBER, THOMAS JÜRGEN · PAT-2026-00731

Seite 19 — Auswahl relevanter Werte, Jahre 2023–2026

Kontrolle 24.04.2023 (kurz nach Bandscheibenbefund)

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
HbA1c	7,1	%	< 7,5
CRP	3,8	mg/L	< 5 (unter NSAR-Therapie)
GOT (AST)	42	U/L	< 50
GPT (ALT)	54	U/L	< 50 (leicht erhöht, unter NSAR)
Kreatinin	0,98	mg/dL	0,7–1,2

Kontrolle 12.11.2023 (im Rahmen Gastroskopie)

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
Hämoglobin	14,8	g/dL	13,5–17,5
Helicobacter-Ak	neg.	—	Ausschluss HP
HbA1c	6,9	%	< 7,5
Eisen	82	µg/dL	65–175
Ferritin	108	µg/L	30–400

Kontrolle 02.07.2024 (vor Beginn Sertralin)

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
HbA1c	7,0	%	< 7,5
Natrium	140	mmol/L	135–145
Kalium	4,3	mmol/L	3,5–5,1
TSH	2,8	mU/L	0,4–4,0 (L-Thyroxin 75)
Leberwerte GOT/GPT/γ-GT	34 / 41 / 46	U/L	alle im Norm-Bereich

Aktuellste Kontrolle 02.02.2026

Parameter	Wert	Einheit	Referenz
HbA1c	6,9	%	< 7,5
Nüchternglukose	116	mg/dL	70–99
Blutdruck (Praxis)	128/82	mmHg	< 140/90
Gesamtcholesterin	192	mg/dL	< 200
LDL	112	mg/dL	< 100 (Statinwirkung zeigt sich)
HDL	44	mg/dL	> 40
Triglyceride	152	mg/dL	< 150
TSH	2,2	mU/L	0,4–4,0 (L-Thyroxin 100)
Natrium	141	mmol/L	135–145 (Sertralin)
Kreatinin	0,97	mg/dL	0,7–1,2
eGFR	91	mL/min/1,73m ²	> 90

Laborchemische Gesamtbewertung: Die aktuelle Laborkonstellation zeigt einen stabilen metabolischen Status mit gut eingestelltem Diabetes (HbA1c 6,9 %), erfolgreichem Start der Statintherapie (LDL von 138 auf 112

mg/dL) und einer stabilen Schilddrüsenlage unter L-Thyroxin 100 µg. Die Natriumwerte unter Sertralin sind unauffällig (kein Hinweis auf SIADH). Die Nierenfunktion ist trotz der Polymedikation stabil.

ALLERGOLOGISCHE PRAXIS DR. MED. INES BENDER

Fachärztin für Dermatologie und Allergologie · Charlottenstraße 9 · 70182 Stuttgart

Dr. Bender · Charlottenstraße 9 · 70182 Stuttgart

An

Herrn Dr. med. Klaus Reinhold

Schlossstraße 47

70173 Stuttgart

Stuttgart, 14.05.2014

Allergologischer Befund**Patient:** Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983 (damals 31 J.)**Vorstellungsgrund:** Abklärung saisonaler Rhinokonjunktivitis**Anamnese**

Der Patient berichtet seit dem 14./15. Lebensjahr über in den Frühjahrs- und Sommermonaten wiederkehrende Beschwerden im Sinne eines Heuschnupfens. Symptomatik: juckende Augen, wiederholtes Niesen („Niesattacken“), wasserklares nasales Sekret, z.T. Juckreiz am Gaumen und Rachen. Die Beschwerden treten regelmäßig Anfang Mai auf und dauern bis etwa Mitte Juli. Auslösend scheinen Aufenthalte in der Natur zu sein, insbesondere auf gemähten Wiesen. Keine perennierenden Beschwerden, Winter symptomfrei.

Keine asthmatische Symptomatik bekannt. Keine Hauterscheinungen wie Neurodermitis oder Urtikaria. Keine Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Keine Medikamentenallergien.

Haut-Prick-Test vom 14.05.2014

Allergen	Quaddel (mm)	Bewertung
Histamin-Positivkontrolle	6	Testreaktion vorhanden
NaCl-Negativkontrolle	0	unauffällig
Lieschgras (Phleum pratense)	8	positiv
Roggenpollen (Secale cereale)	6	positiv
Wegerich (Plantago)	4	grenzwertig positiv
Birke (Betula verrucosa)	2	negativ
Hasel (Corylus avellana)	0	negativ
Beifuß (Artemisia vulgaris)	1	negativ
Hausstaubmilbe (Dermatophagoides pteronyssinus)	0	negativ
Katzenepithel	0	negativ
Hundeepithel	0	negativ

Diagnose und Therapieempfehlung

J30.1 — Allergische Rhinopathie durch Pollen. Sensibilisierung gegen Gräser- und Getreidepollen (Lieschgras, Roggen, geringer Wegerich). Typische saisonale Symptomatik passend zur Pollenflugzeit in der Region.

Therapieempfehlung: Symptomatische Behandlung mit oralem Antihistaminikum (Cetirizin 10 mg oder Loratadin 10 mg 1× täglich) während der Saison. Topisches Nasenspray mit Mometasonfuroat 50 µg 1×täglich bei stärkerer nasaler Symptomatik. Augentropfen mit Ketotifen bei konjunktivaler Beteiligung.

Hyposensibilisierung (SCIT oder SLIT) wäre bei dokumentierter Sensibilisierung theoretisch eine Option und wurde mit dem Patienten besprochen. Der Patient möchte jedoch aktuell keine mehrjährige Immuntherapie einleiten und ist mit der symptomatischen Therapie zufrieden. Bei einer späteren Verschlechterung oder dem Auftreten von bronchialen Beschwerden (Etagenwechsel) wäre eine erneute Diskussion anzuraten.

Dr. med. Ines Bender
Fachärztin für Dermatologie und Allergologie

Seite 20 von 30

GASTROENTEROLOGIE DR. MED. WOLFGANG HOFFSTETTER

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie · Neckarstraße 144 · 70190 Stuttgart

Dr. Hoffstetter · Neckarstraße 144 · 70190 Stuttgart

An

Herrn Dr. med. Klaus Reinhold

Schlossstraße 47

70173 Stuttgart

Stuttgart, 03.11.2023

Gastroskopie-Befund (ÖGD)**Patient:** Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983**Untersuchung:** Ösophago-Gastro-Duodenoskopie am 03.11.2023, 10:30 Uhr**Untersucher:** Dr. med. W. Hoffstetter**Vorstellungsgrund:** Seit ca. 6 Wochen wiederkehrende epigastrische Schmerzen unter NSAR-Einnahme (Ibuprofen 600 mg zu Bandscheibenbeschwerden)**Prämedikation und Ablauf**

Nach entsprechender Aufklärung und schriftlicher Einwilligung wurde die ÖGD in Analgosedierung mit Midazolam 3 mg i.v. und Propofol-Perfusor durchgeführt. Rachenanästhesie mit Xylocain-Spray. Der Patient lag in linksseitiger Position. Untersuchungsdauer 14 Minuten, keine Komplikationen.

Befund**Ösophagus:** Regelrechtes Schleimhautrelief, keine Erosionen, keine Varizen. Z-Linie bei 40 cm ab Zahnreihe scharf begrenzt. Kein Hinweis auf Refluxerkrankung, keine Barrett-Schleimhaut.**Kardia und Fundus:** In Inversion Kardia glatt anschließend, Fundus unauffällig. Keine Fundusvarizen, keine Ulzera, keine Neoplasien.**Korpus:** Schleimhaut glatt, mäßige Rugafaltung, keine Rotung, keine Blutungsquelle erkennbar. Peristaltik regelrecht.**Antrum:** **Deutlich gerötete Schleimhaut** mit leichter Ödenisierung und vereinzelten Schleimhautdefekten oberflächlicher Art (keine tiefen Ulzerationen). Kein Hinweis auf eine akute Blutung. Biopsien zur histologischen Beurteilung und Helicobacter-Urease-Schnelltest wurden aus dem Antrum entnommen (3 Proben).**Pylorus und Duodenum:** Passierbar, Bulbus duodeni unauffällig, kein Ulkus duodeni. Pars descendens mit normaler Kerckring-Zeichnung, keine Erosionen.**Histologischer Befund (Eingang 08.11.2023)**

Antrum-Schleimhaut mit **chronischer Gastritis** mäßiger Aktivität. Keine intestinale Metaplasie, keine Atrophie. Kein Helicobacter pylori nachweisbar (Histologie und Schnelltest negativ). Keine Dysplasie, keine Neoplasie.

Diagnose und Empfehlung

K29.5 — Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet. Am ehesten medikamentenassoziiert (NSAR-Gastropathie) bei negativem Helicobacter-Nachweis. Die NSAR-Therapie sollte beendet werden, ggf. kann auf Paracetamol oder Metamizol zur Schmerzbehandlung umgestellt werden. Beginn einer Protonenpumpeninhibitor-Therapie mit Pantoprazol 20 mg 1×täglich morgens für 8 Wochen empfohlen. Anschließend Absetzversuch, bei Rezidiv Wiederaufnahme.

Keine Indikation für eine Kontrollgastroskopie, sofern keine neuen Beschwerden auftreten.

Dr. med. Wolfgang Hoffstetter

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

**MARIENHOSPITAL STUTTGART · ABTEILUNG FÜR ALLGEMEIN- UND
VISZERALCHIRURGIE**

Böheimstraße 37 · 70199 Stuttgart · Chefarzt: Prof. Dr. med. H. Thalheim

Operationsbericht — Laparoskopische Appendektomie

Patient	Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983
Fallnummer	MHS-2019-044892
Operationsdatum	03.08.2019, OP-Beginn 22:48 Uhr, OP-Ende 23:44 Uhr
Operateur	OA Dr. med. Peter Braun
1. Assistent	Assistenzarzt Dr. Martin Fischer
Instrumentierende	Gesundheits- und Krankenpflegerin Anna Schuster
Anästhesist	Dr. med. Sandra Kunzendorf
Anästhesie-Art	Intubationsnarkose (ITN), medikamentöse Einleitung mit Propofol, Rocuronium, Sufentanil
Diagnose präoperativ	Akute Appendizitis (K35.80)
Diagnose postoperativ	Akute phlegmonöse Appendizitis, histologisch gesichert
Durchgeführte Operation	Laparoskopische Appendektomie mit Kreis-Klippung und Durchtrennung der A. appendicularis sowie des Appendix an der Basis

Indikation

Der Patient stellte sich am 03.08.2019 um 18:42 Uhr über die Notaufnahme unseres Hauses vor, nachdem seit dem Mittag eine initial periumbilikale, im Verlauf in den rechten unteren Quadranten wandernde Schmerzsymptomatik mit Übelkeit und einmaligem Erbrechen bestand. Bei der klinischen Untersuchung im Aufnahmebefund fand sich ein positiver McBurney-Druckschmerz, positives Blumberg-Zeichen (Loslassschmerz kontralateral) und ein positives Rovsing-Zeichen. Körpertemperatur 38,2°C.

Laborchemisch zeigten sich deutlich erhöhte Entzündungsparameter (Leukozyten 14,8 / μ L, CRP 68 mg/L). Sonographisch ergab sich der Verdacht auf eine vergrößerte, druckschmerzhaft Appendix vermiformis mit 8 mm Durchmesser und begleitender freier Flüssigkeit.

Nach Aufklärung über die geplante laparoskopische Appendektomie (inklusive möglicher Komplikationen wie Blutung, Infektion, Adhäsionen, Umstieg auf offene Operation) und Einholung der schriftlichen Einwilligung wurde die Indikation zur sofortigen operativen Versorgung gestellt.

MARIENHOSPITAL STUTTGART · OP-BERICHT WEBER, THOMAS JÜRGENLaparoskopische Appendektomie vom 03.08.2019 · Seite 2/2

Operativer Verlauf

Nach Einleitung der Intubationsnarkose und Anlegen der Rückenlage mit leichter Linksneigung erfolgte die chirurgische Desinfektion und das sterile Abdecken des Operationsfeldes. Umbilikale Inzision 12 mm und Anlage des Pneumoperitoneums mittels Veress-Nadel auf 12 mmHg. Einführen des 10-mm-Optik-Trokars, orientierende Laparoskopie.

Situs: Im rechten Unterbauch zeigte sich eine deutlich entzündete, phlegmonös veränderte Appendix vermiformis mit fibrinauflagerungen und beginnender serositeirrer Reaktion. Keine freie Pusverteilung, keine Abszessbildung. Die übrigen intraabdominellen Organe waren unauffällig, insbesondere Dünndarm, Kolon, Leber, Gallenblase.

Einbringung des 5-mm-Arbeitstrokars links paraumbilikal und des 12-mm-Trokars im rechten Unterbauch. Mobilisation der Appendix mit atraumatischer Faszange. Darstellung des Mesoappendix mit der A. appendicularis, schrittweise Koagulation und Durchtrennung mit bipolarer Pinzette.

Klippung der Appendixbasis mit drei resorbierbaren Klips (Hem-o-lok). Durchtrennung der Appendix unmittelbar oberhalb der Klipps mit der monopolaren Schere. Bergung der Appendix in einem Endbeutel über den 12-mm-Trokar.

Abschließende Kontrolle des Operationssitus: Keine Blutungsquelle, saubere Abtrennung der Appendixbasis, kein Hinweis auf Leckage. Spülung mit 500 mL warmer Ringer-Lösung, Absaugung. Ablassen des Pneumoperitoneums.

Verschluss der Trokarinzisionen: 12-mm-Trokarstellen mit Vicryl 0 für die Faszie und intrakutaner Naht mit Monocryl 4-0, 5-mm-Trokarstellen nur mit intrakutaner Naht. Sterile Wundabdeckung.

Postoperativer Verlauf

Unauffälliger Aufwachraum-Aufenthalt. Verlegung auf die allgemeinchirurgische Normalstation. In der Nacht und am Folgetag stabile Vitalparameter, keine Auffälligkeiten. Frühmobilisation am Morgen des 1. postoperativen Tages. Kostaufbau ab 04.08.2019 mittags. Entlassung nach Hämodynamik-, Entzündungs- und Wundkontrolle am 05.08.2019 (2. postoperativer Tag) mit folgenden Entlassungswerten: Leukozyten 9,1, CRP 42 mg/L (abfallend), afebril, Wundverhältnisse reizlos, Patient mobil.

Histologischer Befund (Eingang 06.08.2019, Befund 09.08.2019)

Akute phlegmonöse Appendizitis mit transmural ausgedehnter neutrophiler Infiltration, fibrinöser Serositis, ohne Hinweis auf Perforation, Nekrose oder Tumorzellen. Resektionsrand tumorfrei.

Entlassungsbrief / Empfehlungen

Empfehlung zur körperlichen Schonung für 2 Wochen, Fadenzug erübrigt sich (resorbierbare Naht intrakutan). Wundkontrolle beim Hausarzt am 07.08.2019 und 14.08.2019. Kein Sport, kein schweres Heben für 4 Wochen. Bei Auffälligkeiten wie Fieber, zunehmender Schmerz oder Wundrotung unverzügliche Wiedervorstellung.

Follow-up 2 Wochen postoperativ beim Hausarzt: Komplikationslose Wundheilung, Patient wieder voll belastbar. Kein weiterer Kontrollbedarf.

OA Dr. med. Peter Braun

Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Marienhospital Stuttgart

DIAKONIE-KLINIKUM STUTTGART · ZENTRALE NOTAUFNAHME / UNFALLCHIRURGIE

Rosenbergstraße 38 · 70176 Stuttgart

Unfall- und Behandlungsbericht

Patient	Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983 (damals 35 J.)
Vorstellungsdatum	15.11.2018, 16:24 Uhr (Notaufnahme)
Diagnose	S52.51 — Geschlossene Fraktur des distalen Endes des linken Radius (Colles-Fraktur)
Zuweisung	Selbstvorstellung, Rettungsdienst

Unfallhergang

Der Patient berichtet, dass er am Nachmittag des 15.11.2018 gegen 15:55 Uhr auf dem Heimweg vom Büro mit dem Fahrrad auf einer regennassen Fahrbahn in der Königstraße, Stuttgart, ins Rutschen geraten und mit ausgestrecktem linkem Arm gestürzt sei. Der Sturz erfolgte vom Rad mit Abstützen auf die dorsalflektierte linke Hand (klassische Sturzbewegung mit Radius-Fraktur-Mechanismus).

Unmittelbar danach habe er einen stechenden Schmerz im linken Handgelenk verspürt sowie eine sichtbare Deformität bemerkt. Der Rettungsdienst wurde über einen Passanten informiert und transportierte den Patienten in die Zentrale Notaufnahme unseres Hauses. Kein Bewusstseinsverlust, kein Sturz auf den Kopf, keine weiteren Verletzungen.

Klinische Untersuchung bei Aufnahme

Wacher, allseits orientierter Patient in leicht reduziertem Allgemeinzustand aufgrund der Schmerzsymptomatik. Kreislaufstabil (RR 138/84, HF 88/min). Lokalfund linkes Handgelenk: Deutliche Schwellung, Druckschmerz dorsoradial, sichtbare Fehlstellung („Fourchette-Stellung“), Bewegung schmerzhaft eingeschränkt. Periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität intakt. Keine offene Wunde, keine Gefahrzeichen für ein Kompartment-Syndrom.

Bildgebung

Röntgen linkes Handgelenk in zwei Ebenen: Distale Radiusfraktur mit dorsaler Abkippung und leichter Verkürzung. Keine Beteiligung der Artikulationsfläche. Ulna unauffällig, Handwurzelknochen unauffällig. AO-Klassifikation 23-A3.

Therapie

Nach Analgesie mit Piritramid 7,5 mg s.c. erfolgte die Reposition der Fraktur in Leitungsanästhesie (Plexusblock axillaris) durch OA Dr. Westermann. Anlage eines dorsalen Unterarm-Longue-Gipses in leichter Palmarflexion und Ulnarabduktion. Röntgenkontrolle im Gips zeigte eine anatomisch zufriedenstellende Stellung (Radiuslage leicht dorsal verkantet, aber innerhalb der Toleranz). Keine Indikation zur operativen Versorgung.

Entlassung aus der Notaufnahme nach 3 Stunden Observation in stabilem Zustand. Wiedervorstellung zur Gipskontrolle am 18.11.2018, dann geplante Röntgenkontrolle nach 1 Woche.

Verlauf

Gipskontrolle 18.11.2018 unauffällig. Röntgenkontrolle 22.11.2018 (1 Woche) zeigte weiterhin achsengerechte Stellung. Zirkulärer Unterarm-Gips wurde am 06.12.2018 angelegt (nach Rückgang der Schwellung). Entfernung des Gipses am 20.12.2018 (5 Wochen postfracture). Abschluss-Röntgen 10.01.2019: achsengerechter Durchbau, keine Stufenbildung. Kraftprüfung und Beweglichkeitskontrolle 01.02.2019: seitengleiche Greifkraft, volle Beweglichkeit wiederhergestellt.

Endergebnis: Folgenlos ausgeheilte distale Radiusfraktur links, keine anhaltenden funktionellen Einschränkungen. Keine weitere Nachsorge erforderlich. Der Patient gibt bei späteren Routinekontrollen in der hausärztlichen Praxis keine Restbeschwerden im linken Handgelenk an.

NOTAUFNAHME-BERICHTE — WEBER, THOMAS JÜRGEN

Migräne-assoziierte Vorstellungen 2021–2024 (3 Ereignisse)

Bericht 1: Migräneattacke 17.09.2021

Notaufnahme Diakonie-Klinikum Stuttgart · Aufnahme 04:12 Uhr, Entlassung 09:47 Uhr

Aufnahme bei dem damals 38-jährigen Patienten wegen eines seit ca. 2:30 Uhr bestehenden, linksseitigen, pulsierenden Kopfschmerzes mit NAS 9/10, begleitet von Übelkeit und zweimaligem Erbrechen. Lichtscheu und Gehörempfindlichkeit. Keine Aurasymptome, keine neurologischen Ausfälle. Blutdruck 152/92 mmHg bei Aufnahme, vermutlich schmerzbedingt. Neurologische Untersuchung unauffällig, kein Meningismus. CCT nativ zum Ausschluss einer Subarachnoidalblutung unauffällig. Therapie mit Metoclopramid 10 mg i.v. und Sumatriptan 6 mg s.c. führte binnen 90 Minuten zu einer deutlichen Besserung. Entlassung nach vollständiger Remission. Empfehlung zur hausärztlichen Nachsorge und Diskussion einer neurologischen Vorstellung zur Einleitung einer Migräneprophylaxe, wenn weitere Attacken häufiger als 3×/Monat auftreten.

Bericht 2: Migräneattacke 03.04.2023

Notaufnahme Marienhospital Stuttgart · Aufnahme 22:35 Uhr, Entlassung 02:18 Uhr

Vorstellung wegen eines seit ca. 20:00 Uhr aufgetretenen, pulsierenden Kopfschmerzes links-temporal, progredient auf NAS 8/10. Begleitend Übelkeit. Der Patient berichtete, dass er seine Heimmedikation (Sumatriptan 50 mg p.o.) gegen 21:15 Uhr eingenommen hatte, jedoch wegen begleitenden Erbrechens eine unzureichende Resorption angenommen wurde. Neurologische Untersuchung unauffällig. Klinisch Diagnose einer Migräneattacke mit Erbrechen. Therapie mit Metoclopramid 10 mg i.v. und Sumatriptan 6 mg s.c. Innerhalb von 2 Stunden Schmerzfreiheit. Keine neurologischen Zusatzuntersuchungen bei typischer Anamnese und bekanntem Leiden. Entlassung in stabilem Zustand.

Bericht 3: Migräneattacke 12.02.2024

Notaufnahme Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart · Aufnahme 01:18 Uhr, Entlassung 05:42 Uhr

Vorstellung wegen schwerster Kopfschmerzattacke mit NAS 9/10, einseitig rechts-frontal, pulsierend, seit ca. 23:30 Uhr des Vortages. Begleitsymptome: Übelkeit, einmaliges Erbrechen, Photo- und Phonophobie. Keine Aurasymptome. Heimmedikation mit Sumatriptan 50 mg brachte bisher keine Linderung. Neurologisch unauffällig, kein Meningismus, kein Hinweis auf ein fokales neurologisches Defizit. Bei typischer Anamnese und inzwischen 3. dokumentierter Migräneattacke wurde wegen der Schwere erneut CCT durchgeführt, unauffällig. Therapie mit MCP 10 mg i.v., Ibuprofen 600 mg i.v., nach 30 Min. zusätzlich Sumatriptan 6 mg s.c., progrediente Schmerzreduktion, nach 3 Stunden NAS 2/10. Entlassung.

Zusammenfassung Migräne-Anamnese (Stand 2024): 3 dokumentierte schwere Attacken mit Notaufnahme-Vorstellung über den Zeitraum 2021–2024, zusätzlich ca. 2–4 weitere Attacken pro Jahr, die zuhause mit Sumatriptan 50 mg p.o. behandelt werden konnten. Gesamtzahl Attacken geschätzt 15–20 über 3 Jahre, d.h. ca. 5–7 pro Jahr, keine Indikation für eine medikamentöse Prophylaxe (Schwelle: > 3×/Monat). Diagnose G43.0 Migräne ohne Aura gesichert.

NEUROLOGISCHE PRAXIS DR. MED. ELENA KAMINSKI

Fachärztin für Neurologie · Böblinger Straße 72 · 70199 Stuttgart

Dr. Kaminski · Böblinger Straße 72 · 70199 Stuttgart

An

Herrn Dr. med. Klaus Reinhold

Schlossstraße 47

70173 Stuttgart

Stuttgart, 09.02.2026

Neurologischer Befund — Erstvorstellung**Patient:** Weber, Thomas Jürgen, geb. 12.03.1983**Vorstellungsgrund:** Seit ca. 3 Monaten nächtliche Dysästhesien und Kribbeln in der rechten Hand, Verdacht auf Carpal-tunnelsyndrom**Anamnese**

Der Patient berichtet, seit etwa November 2025 ein zunehmend störendes Kribbeln und Taubheitsgefühl in der rechten Hand zu bemerken. Betroffen seien v.a. Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger. Die Symptomatik trete vor allem nachts auf und führe mehrmals pro Woche zum Erwachen. Auch morgens sei die Hand teilweise „wie eingeschlafen“, was sich durch Ausschüttelnotwendigkeit binnen Minuten bessere.

Tagsüber bemerke er das Kribbeln vor allem bei Tätigkeiten mit angehobener Hand (z.B. Fahrradfahren, Halten eines Buches beim Lesen). Keine Taubheitsgefühle an anderen Körperstellen, keine Schmerzen im Nackenbereich, keine Änderung der Halshaltung auslösend.

Als berufliche Belastung ist zu berücksichtigen, dass der Patient als IT-Projektleiter täglich 6–8 Stunden am Computer arbeitet (Mausnutzung rechts). Keine früheren Hand-/Handgelenks-Verletzungen außer der ausgeheilten linken Radiusfraktur 2018.

Klinische Untersuchung

Orientierend neurologisch unauffällig, Hirnnerven intakt. Obere Extremität rechts: Kein Atrophie der Thenarmuskulatur. Kraftgrade Daumen-Opposition und Fingerbeugung beidseits 5/5. Sensibilität: subjektive Hypoästhesie in den Fingerbeeren D1–D3 rechts, Zweipunkt-Diskriminierung in D1 rechts auf 8 mm (links 4 mm). Flexionstest nach Phalen rechts **positiv** nach 30 Sek., links negativ. Tinel-Zeichen über dem Carpal-tunnel rechts **positiv**, links negativ. Keine sensiblen Ausfälle am Unterarm oder Oberarm, keine Ausstrahlung zum Nacken.

Differenzialdiagnose

Bei der klassischen Symptomatik mit positivem Phalen und Tinel-Zeichen rechts sowie einseitig-distalem sensiblen Defizit in den Fingern des N. medianus ist die Verdachtsdiagnose eines Carpal-tunnelsyndroms rechts (G56.0) hochwahrscheinlich. Differenzialdiagnostisch kommen zervikale Radikulopathie C6/C7 (unwahrscheinlich bei fehlenden Nackenbeschwerden und fehlenden Ausfällen proximal) oder eine Plexusläsion in Betracht.

Weiteres Vorgehen

Elektro-neurographische Untersuchung des rechten N. medianus zur Bestätigung der Diagnose empfohlen. Termin vereinbart für den 12.03.2026 in unserer Praxis.

Bis dahin symptomatische Behandlung mit einer nächtlichen Handgelenksschiene in Neutralstellung, die wir heute angepasst haben. Der Patient soll außerdem am Arbeitsplatz auf eine ergonomische Handgelenksposition achten, möglichst mit einer gepolsterten Handauflage vor der Tastatur.

Bei Bestätigung der Diagnose im ENG und bei Persistenz der Beschwerden wäre als nächster Schritt eine lokale Corticoidinfiltration zu diskutieren, ggf. operative Dekompression bei Therapieresistenz.

Dr. med. Elena Kaminski
Fachärztin für Neurologie

Seite 26 von 30

MEDIKATIONSPLAN NACH § 31a SGB V

Weber, Thomas Jürgen · PAT-2026-00731 · Stand: 15.04.2026

Aktuell verordnete Dauermedikation

Wirkstoff	Präparat	Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Indikation
L-Thyroxin	Euthyrox 100	100 µg	1	0	0	0	Hypothyreose (E03.9), nüchtern
Ramipril	Ramipril HEXAL	5 mg	1	0	0	0	Essentielle Hypertonie (I10.00)
Metformin	Metformin HEXAL	1000 mg	1	0	1	0	Diabetes mellitus Typ 2 (E11.9), zu den Mahlzeiten
Atorvastatin	Atorvastatin AL	20 mg	0	0	1	0	Hypercholesterinämie bei Diabetes (Z.n. LDL > 130)
Sertralin	Sertralin HEXAL	100 mg	1	0	0	0	Mittelgradige depressive Episode (F32.1)

Bedarfsmedikation

Wirkstoff	Präparat	Stärke	Einnahme	Indikation
Sumatriptan	Sumatriptan HEXAL	50 mg Tabl.	Bei Migräne, max. 2×/Tag	Migräne (G43.0)
Paracetamol	Paracetamol 500	500 mg	Bei Schmerzen, max. 4×/Tag	Schmerzen
Cetirizin	Cetirizin-CT	10 mg	Saisonal (Mai–Juli)	Pollenallergie (J30.1)
Mometason Nasenspray	Momegalen	50 µg/Sprühstos	Saisonal, 1×/Tag je Nasenloch	Allerg. Rhinitis

Hinweise zur Interaktionskontrolle

Die aktuelle Medikation wurde auf potenzielle Interaktionen durch die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft überprüft. Besonders relevant:

- **Sertralin und Sumatriptan:** Theoretisches Risiko eines serotonergen Syndroms. In der Praxis bei einmaligen Triptan-Einnahmen jedoch ausreichend sicher. Patient wurde aufgeklärt, keine Symptome bisher beobachtet.
- **Atorvastatin und Metformin:** Unproblematisch. Leichte Erhöhung des Risikos für myopathische Beschwerden, regelmäßige CK-Kontrollen zu Beginn der Therapie waren unauffällig.
- **Ramipril und L-Thyroxin:** Keine klinisch relevante Wechselwirkung.
- **NSAR-Verzicht:** Ibuprofen und andere NSAR sollten wegen der chronischen Gastritis und der Kombination mit ACE-Hemmer (Nierenfunktion) möglichst vermieden werden. Im Ausnahmefall mit Pantoprazol 20 mg als Magenschutz.

MEDIKATIONSHISTORIE — WEBER, THOMAS JÜRGEN

Seite 28 — Historische Verordnungen (2011–2025)

Chronologisch: Veränderungen der Dauermedikation

Zeitraum	Präparat / Dosierung	Grund	Beendet weil
01.12.2015 – 28.02.2016	L-Thyroxin 50 µg/d	Erstdiagnose Hypothyreose	Dosiserhöhung wegen TSH-Werten
01.03.2016 – 09.01.2025	L-Thyroxin 75 µg/d	Stabilisierung	Dosiserhöhung, TSH grenzwertig
10.01.2025 – heute	L-Thyroxin 100 µg/d	aktuelle Dosierung	—
01.11.2019 – heute	Ramipril 5 mg/d	Erstdiagnose Hypertonie	—
05.07.2020 – 14.09.2020	Metformin 500 mg 1×/d	Erstdiagnose Diabetes	Steigerung
15.09.2020 – 11.04.2021	Metformin 1000 mg 1×/d	Titration	Steigerung
12.04.2021 – 17.10.2024	Metformin 500 mg 1-0-1	Zieldosis für Phase 1	Steigerung HbA1c > 7,5
18.10.2024 – heute	Metformin 1000 mg 1-0-1	aktuelle Zieldosis	—
01.10.2024 – heute	Atorvastatin 20 mg 0-0-1	LDL > 130 mg/dL bei Diabetes	—
02.07.2024 – 15.07.2024	Sertralin 50 mg 1×/d	Erstverordnung (Titration)	Steigerung
16.07.2024 – heute	Sertralin 100 mg 1×/d	Zieldosis Depression	—
03.11.2023 – 28.12.2023	Pantoprazol 20 mg 1×/d	NSAR-Gastropathie / Gastritis	Reguläres Therapieende
17.02.2023 – 16.05.2023	Ibuprofen 600 mg 3×/d	Lumboischialgie	Beendigung wegen Gastritis

Dauerhaft nicht mehr verordnet — allgemeine Hinweise

Der Patient hat in der Vergangenheit gelegentlich rezeptfreie NSAR (Ibuprofen) zur Selbstmedikation bei Kopfschmerzen oder kleineren Beschwerden eingenommen. Seit der Gastritis-Diagnose 11/2023 und der aktuellen Polymedikation werden NSAR gemieden. Paracetamol 500–1000 mg ist die Alternative erster Wahl für milde Schmerzen.

Antibiotika in der Anamnese: Amoxicillin 1 g 3×/d über 7 Tage 03/2021 bei akuter Bronchitis. Keine Penicillin-Allergie bekannt. Keine weiteren Antibiotikabehandlungen in den letzten 5 Jahren.

Keine Opioidverschreibungen außer der einmaligen Piritramid-Gabe in der Notaufnahme 2018 (Radiusfraktur) und der einmaligen Metamizol-Anwendung perioperativ bei der Appendektomie 2019.

VORSORGE UND IMPFDOKUMENTATION — WEBER, THOMAS JÜRGEN

Seite 29 — Check-up-Untersuchungen und Impfpass

Gesundheits-Check-ups nach § 25 SGB V

Datum	Untersucher	Wesentliche Befunde
08.01.2011	Dr. Reinhold	Erstvorstellung, altersentsprechend unauffällig. BMI 24,8. BD 128/78.
06.03.2018	Dr. Reinhold	Nachfolgend Gewichtszunahme (BMI 27,5), Labor unauffällig außer grenzwertigem Cholesterin.
14.06.2019	Dr. Reinhold	Erstdiagnose Hypertonie, BD wiederholt 148/94. Start Lifestyle-Interventionen.
02.07.2020	Dr. Reinhold	Erstdiagnose Typ-2-Diabetes (HbA1c 7,8 %). Überweisung Diabetologe.
18.03.2022	Dr. Reinhold	Routine-Check-up, Diabetes und Hypertonie stabil eingestellt. Empfehlung erneuter Lifestyle-Anstrengungen.
04.02.2026	Dr. Reinhold	Aktuellster Check-up. Alle Parameter stabil, siehe Labor S. 19. Ergänzende Empfehlung zu CTS-Abklärung.

Hautkrebs-Screening

Zuletzt durchgeführt am 12.09.2023 durch Dr. Bender (Dermatologie). Ganzkörper-Inspektion, keine auffälligen Nävi, keine dermatoskopisch verdächtigen Läsionen. Nächste Kontrolle empfohlen in 2 Jahren (09/2025, noch nicht erfolgt).

Darmkrebs-Vorsorge

Alter 43 Jahre — noch nicht in der Leitlinien-gemäßen Vorsorgealtersgruppe (Koloskopie ab 50 Jahren). Aktuell keine Vorsorgekoloskopie durchgeführt. Empfehlung zur erstmaligen Vorsorgekoloskopie ab 2033 (50. Lebensjahr).

Impfpass (Auszug relevanter Impfungen)

Impfung	Letzte Impfung	Nächste fällig
Tetanus / Diphtherie / Pertussis (Tdap)	22.04.2018	2028
Polio (IPV)	22.04.2018	2028
Influenza (Grippe)	18.10.2025	jährlich
Masern-Mumps-Röteln (MMR)	08.06.1989 (2. Dosis)	vollständig
Hepatitis B	Grundimmunisierung 1996–1997	—
SARS-CoV-2 (COVID-19)	Grundimmunisierung 2021 + 1. Booster 12/2021 + 2. Booster 10/2023	individuell
Pneumokokken	nicht erfolgt	empfohlen ab 60 Jahren
Herpes Zoster	nicht erfolgt	empfohlen ab 60 Jahren
FSME (Zeckenenzephalitis)	Grundimmunisierung 05/2019 + Auffrischung 06/2024	06/2029

HAUSARZTPRAXIS DR. MED. KLAUS REINHOLD

Hausärztliche Gesamtbeurteilung · Weber, Thomas Jürgen · 15.04.2026

HAUSÄRZTLICHE GESAMTBEURTEILUNG

Erstellt für die Zwecke einer Risikovorabfrage Berufsunfähigkeitsversicherung

Patient

Herr Thomas Jürgen Weber, geboren 12.03.1983, 43 Jahre alt, verheiratet, zwei Kinder. Seit Januar 2011 in hausärztlicher Betreuung bei mir. IT-Projektleiter in einer leitenden Position mit Personalverantwortung.

Aktive und versicherungsrelevante Diagnosen

- 1. Diabetes mellitus Typ 2 (E11.9)** — erstdiagnostiziert 07/2020, aktuell unter Monotherapie mit Metformin 2000 mg/Tag gut eingestellt (HbA1c 6,9 %), keine Folgeschäden.
- 2. Essentielle Hypertonie (I10.00)** — erstdiagnostiziert 06/2019, unter Ramipril 5 mg/Tag normoton eingestellt. Kardiologie 2024: Echo/EKG unauffällig.
- 3. Hypothyreose (E03.9)** — erstdiagnostiziert 11/2015, L-Thyroxin 100 µg/Tag, stabil.
- 4. Bandscheibenprotrusion L4/L5 mit Radikulopathie (M51.1)** — erstdiagnostiziert 02/2023, konservativ behandelt, seit 05/2023 stabil. Kein Operationsbedarf, Restbeschwerden minimal.
- 5. Mittelgradige depressive Episode (F32.1)** — erstdiagnostiziert 06/2024, unter Sertralin 100 mg/Tag und kognitiver Verhaltenstherapie in deutlicher Remission (BDI-II 8 Punkte). Aktuell weiterhin behandelt, volle Arbeitsfähigkeit.
- 6. Chronische Gastritis (K29.5)** — erstdiagnostiziert 11/2023, HP-negativ, NSAR-assoziiert, unter PPI ausgeheilt, keine aktuellen Beschwerden.
- 7. Migräne ohne Aura (G43.0)** — seit ca. 2018, ca. 5–7 Attacken/Jahr, Triptan-Akuttherapie, keine Prophylaxe.
- 8. Allergische Rhinopathie (J30.1)** — seit Jugend, saisonal (Gräserpollen), symptomatische Therapie.
- 9. Verdacht auf Carpalunnelsyndrom rechts (G56.0)** — seit 02/2026, ENG-Untersuchung für 03/2026 geplant.

Nicht mehr aktive Diagnosen (ausgeheilt)

- Z.n. Appendektomie 08/2019 (K35.80) — folgenlos ausgeheilt.
- Z.n. distaler Radiusfraktur links 11/2018 (S52.5) — folgenlos ausgeheilt.
- HWS-Distorsion Q-III 05/2017 — folgenlos ausgeheilt.

Gesamtwürdigung

Herr Weber ist ein 43-jähriger, insgesamt belastbarer Patient mit einem metabolisch-kardiovaskulären Risikoprofil (Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie) bei positiver Familienanamnese (Vater: Diabetes und Hypertonie, Bruder: Diabetes). Die chronischen Erkrankungen sind unter der aktuellen Therapie gut eingestellt, es bestehen keine Endorganschäden (Nierenfunktion, Augen, periphere Nerven, Herz unauffällig).

Die depressive Episode seit Mitte 2024 befindet sich unter Sertralin und kognitiver Verhaltenstherapie in deutlicher Remission. Der Patient ist weiterhin voll arbeitsfähig und hat bereits Anpassungen an seiner beruflichen Belastungssituation vornehmen können. Die laufende Therapie soll gemäß S3-Leitlinie noch mindestens 6–12 Monate fortgeführt werden.

Der Bandscheibenbefund von 02/2023 ist seit 05/2023 klinisch stabil. Kein Operationsbedarf. Die Migräne ist niederfrequent und gut therapierbar. Der V.a. Carpalunnelsyndrom rechts ist derzeit in Abklärung, wird voraussichtlich konservativ zu behandeln sein.

Aus hausärztlicher Sicht ist Herr Weber aktuell in einem stabilen Gesundheitszustand unter der beschriebenen Therapie. Die Lebenserwartung ist nicht relevant verkürzt. Die Arbeitsfähigkeit ist uneingeschränkt. Eine Prognose über den weiteren Verlauf der metabolisch-kardiovaskulären Erkrankungen hängt wesentlich von der Lebensstilmodifikation und der Therapietreue ab, welche zum aktuellen Zeitpunkt als gut einzuschätzen sind.

Dr. med. Klaus Reinhold

Facharzt für Allgemeinmedizin · Stuttgart, 15.04.2026

ENDE DES TESTDOKUMENTS — KEIN REALER PATIENT. Diese Patientenakte wurde ausschließlich zu Testzwecken erstellt. Sämtliche Angaben zu Personen, Diagnosen, Befunden, Geräten, Dosierungen und Verläufen sind frei erfunden. Eine medizinische Verwendung ist ausgeschlossen. 30 Seiten gesamt.

Seite 30 von 30