

SEGEBERGER KLINIKEN GMBH · Postfach 1444 · 23784 Bad Segeberg

Dres. med. [REDACTED]  
Preetzer Chaussee 130  
24146 Kiel

**Neurologisches Zentrum**  
**Neurologische Rehabilitation**  
Chefarzt Prof. Dr. med. José M. Valero-Cabré  
Facharzt für Neurologie und Neurochirurgie  
Spezielle Neurochirurgische Interventionen  
Physikalische Therapie  
Tel. 04551/802-5801 · Fax 04551/802-5802

Bad Segeberg, 08.09.2011  
Kirc/ Kir

[REDACTED] geb.: [REDACTED] 1986  
Vorläufiger Bericht über den stat. Aufenthalt vom  
11.08.11 bis 08.09.11

**Diagnosen:** V.a. somatoformen Schwankschwindel  
Anpassungsstörung  
Multiple frontal beidseitig betonte Marklagergliosen, mikro-  
embolischer Ätiologie  
Tinnitus aurium

**Verlauf:**  
Herr B. befand sich in der Zeit vom 7.11. - 18.11.2010 in stationärer  
Behandlung in der Klinik für Neurologie des UKSH Campus Kiel. Die  
Vorstellung damals erfolgte aufgrund von seit 7 Tagen bestehendem  
Schwankschwindel. Klinisch-neurologisch war dieser nicht objektivierbar und  
es fanden sich keine Auffälligkeiten. Ein CCT zeigte eine Hypodensität parieto-  
occipital links. Zur Abklärung wurde der Pat. stationär aufgenommen. Ein c-  
MRT zeigte multiple frontale beidseitig betonte Marklagergliosen, vermutlich  
mikro-embolischer Ätiologie, auch die CT-morphologische Läsion wurde als  
postembolisch gewertet. Hinsichtlich einer möglichen Emboliequelle war der  
Ultraschall der craniellen und zervikalen Gefäße und ein Bubble-Test  
unauffällig, ebenso ein TTE war unauffällig, ein Langzeit-EKG wurde  
abgeleitet, der Befund folgt. In der laborchemischen Thrombophiliediagnostik  
ergaben sich Hinweise auf eine APC-Resistenz, sodass eine genetische  
Diagnostik hinsichtlich einer Faktor-V-Mutation und Pro-Thrombin-  
Polymorphismus angestrengt wurde. Des Weiteren zeigte sich ein leichtgradig  
erhöhtes Lipoid - A als zusätzlicher thrombogener Faktor. Die  
Liquordiagnostik zum Ausschluss einer zugrundeliegenden ZNS - Erkrankung  
war unauffällig. In der Elektrophysiologie zeigte sich ein unauffälliges EEG, die  
elektrophysiologischen Untersuchungen der cortico-spinalen und  
spinocorticalen Bahnen zeigten keine Auffälligkeiten, wobei die SEP vom li.  
Bein nicht sicher reproduzierbar waren. In einer konsiliarischen psychiatrischen  
Vorstellung hinsichtlich einer psychogenen Ätiologie des Schwindels im Sinne  
eines phobischen Schwankschwindels sah der Kollege keinen pathologischen  
Befund. Insgesamt konnte die Ätiologie des subjektiven Schwankschwindels  
nicht geklärt werden, Hinweise auf eine entzündliche Genese ergaben sich

**PATIENTENAUFNAHME**  
Tel. 04551/802-4920

**NOTFÄLLE/INTENSIV**  
Tel. 04551/802-4848  
SEGEBERGER KLINIKEN GMBH  
Am Kurpark 1 · 23795 Bad Segeberg  
Tel. 04551/802-0 · Fax 04551/802-5802  
info@segebergerkliniken.de  
www.segebergerkliniken.de

**HERZZENTRUM**  
Zertifiziertes Herzkloppenzentrum  
Zertifizierte Rehabilitation  
Kardiologie-Angiologie  
Prof. Dr. med. Gerd Borner  
Bad Segeberg  
Norderstedt - Praxisklinik

**HERZGEFÄßCHIRURGIE**  
PD Dr. med. habil. Ernst B. Sirtl  
KARDIOANÄSTHESIE  
Dr. med. Günther Möhrke

**INNERE MEDIZIN**  
Zertifizierte Gastroenterologie  
Prof. Dr. med. Dietmar Ludwig

**PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN**  
**PSYCHOTHERAPIE**  
Zertifizierte Rehabilitation  
PD Dr. med. habil. Axel Götz

**NEUROLOGISCHES ZENTRUM**  
Zertifizierte Stroke Unit  
Zertifizierte Rehabilitation  
Prof. Dr. med. José M. Valero Cabré

**RADIOLOGIE - NEURORADIOLOGIE**  
Dr. med. Christian Seibel

**GESCHÄFTSFÜHRUNG**  
Marlies Borchert, Margit Pöhl  
Amtsgericht Kiel HRB 616 99  
Steuer-Nr. 11 295 0295

**BANKVERBINDUNGEN**  
Sparkasse Südholstein  
BLZ 230 510 30 Konto 880  
Vereins- & Westbank Bad Segeberg  
BLZ 200 300 00 Konto 880

nicht. Die im Rahmen der Abklärung der auffälligen Marklagerläsionen sind Schwankschwindelempfindung topisch nicht zuzuordnen. Da diese für das junge Lebensalter aber sehr untypisch waren, und in der ätiologischen Abklärung Hinweise auf eine erhöhte Gerinnungsneigung gefunden wurden, wurde eine Thrombozytenfunktionshemmung mit [REDACTED] empfohlen, zusätzlich ein Kontroll-c-MRT und eine Wiedervorstellung im Verlauf. Bei Wiedervorstellung am 19.5.2011 im UKSH bestand nach wie vor Schwankschwindel, der tageweise sehr unterschiedlich ausgeprägt sei. Die MRT-Kontrolle zeigte einen weiterhin unveränderten Befund. Die Ursache der Schwindelsymptomatik blieb unklar, der Pat. plante eine Vorstellung in der Schwindel-Ambulanz der Uni Lübeck. Laut Pat. hätten sich auch in der Schwindelambulanz Lübeck keine wegweisenden Befunde ergeben. Ein umgeliefert angeforderter und später postalisch eingegangener schriftlicher Befund äußerte einen somatoforme Genese. Der Patient berichtete anamnestisch, dass ihm seit Beschwerde Beginn einzig Osteopathie und Cranio-Sakral-Therapie geholfen hätten. Die Krankenkasse habe eine Rehabilitation nun vorgeschlagen, um eine langfristige Besserung der Schwindelsymptomatik zu erreichen.

Am 11.8.2011 nahmen wir den Pat. aus der Häuslichkeit zur Phase D-Rehabilitation in das Neurologische Zentrum auf.

Bei Aufnahme bestand ein gelegentlicher Schwankschwindel, die Frequenz variiere sehr stark, zeitweise sei der Pat. beschwerdefrei, dann bestünde der Schwindel wiederum tagelang, so dass er kaum seinem Alltag nachgehen könne. Berufstätigkeit sei daher seit Monaten nicht möglich gewesen. Es bestehe das Gefühl 'in den Boden einzusinken'. Die Belastbarkeit sei insgesamt etwas vermindert.

Ergänzende Untersuchungsbefunde:

Langzeit-EKG vom 17.08.2011:  
SR. Mittlere HF 64/min. Einzelne SVES. Kein Hinweis auf AA.

MRSA Screening vom 11.08.2011:  
Nase/Rachen/Leiste: negativ

Psychosomatisches Konsil vom 24.08.2011:  
Anamnese: Im Rahmen einer plötzlichen Kündigung habe sich vor ca. 2 Jahren rechtsseitiger und in der Ausprägung wechselhafter Schwindel eingestellt. Zudem habe es sich um rechtsseitigen, temporalen, eng über dem Ohr begrenzten, ziehenden Kopfschmerz in einer Intensität von 3 (VAS) sowie Übelkeit ohne Erbrechen an ca. 10 Tagen/Monat gegeben. Im Oktober vergangenen Jahres habe sich plötzlich zusätzlich ein Schwankschwindel, der nur beim Gehen und Stehen aufträte entwickelt. Herr Bruhse verneinte zunächst jegliche auslösenden Belastungs- oder Stresssituationen. Später bestätigte er eine grundsätzliche Tendenz zur Selbstüberforderung und dass er sich, insbesondere am Morgen bei der Arbeit unter Druck gesetzt habe, um sein Pensum ordnungsgemäß zu erfüllen. Im Gespräch wurde deutlich, dass Herr B. grundsätzlich offen für eine psychosomatische Genese seiner Beschwerden war. In der Vorgeschichte und in der Biographie konnten keinerlei schwerwiegende oder außergewöhnlichen Belastungssituationen oder Traumata eruiert werden. Kein Hinweis auf Drogenkonsum oder übermäßigen Alkoholenuss. Bisher keinerlei ambulante oder stationäre Psychotherapien.

Befund: Der gepflegt erscheinende und schlicht gekleidete Patient ist wach, bewusstseinsklar und vollständig orientiert. Bei der Exploration wendet er sich umgehend freundlich zu und berichtet bemüht und ausführlich von der aktuellen Lebenssituation. Kein Hinweis auf Aggravation oder Dissimulation. Konzentration und Aufmerksamkeit ungestört. Die Stimmung

gedrückt, erschöpft bei leicht reduziertem Antrieb und adäquater affektiver Schwingungsfähigkeit. Das Denken ist geordnet und inhaltlich auf die körperliche Symptomatik und die seelische Not eingengt. Wahrnehmung, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind ungestört.

Diagnosen:

Anpassungsstörung

Störung der Vestibularfunktion

V.a. Migräne vom Basilaristyp

Tinnitus aurium

Procedere:

Herzecho zum Ausschluss eines Foramen ovale.

Zur Migräneprophylaxe Flunarizin.

Schmerztherapeutische Fachbehandlung, z.B. in der Ambulanz der Schmerzklinik  
Psychotherapeutische Gespräche im Rahmen der Reha. Ambulante Psychotherapie nach Entlassung.

Medikamentenempfehlung:

Flunarizin 10 mg 0-0-1-0

nach gutem Ansprechen schrittweise Reduktion bis auf 2,5 mg alle 48 h.

Herr [REDACTED] erhielt bei uns ein intensives Therapieprogramm bestehend aus Physiotherapie, Neuropsychologie, physikalische Therapie und initial Ergotherapie.

Physiotherapie:

In der Physiotherapie wurden allgemeine Krankengymnastik, Laufbandtraining und Ergometertraining angeboten. An funktionellem Zugewinn konnte ein Kraftzuwachs verzeichnet werden, subjektiv seien Schwindel und Kopfschmerzen zudem etwas reduziert - jedoch nicht vollständig. Weiteres Nahziel sind Kräftigung der Wirbelsäule und der Bauchmuskulatur. Fernziel eine Integration der Zugewinne in den Alltag und damit die Wiederherstellung der Belastbarkeit und Berufsfähigkeit. Vor Entlassung gab Herr B. an weniger Kopfschmerzen und Schwindel zu haben, obwohl die Beschwerden nicht vollständig sistiert hätten. Kraft- und Ausdauer waren deutlich verbessert, zudem verringerten sich morgendliche Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Empfohlen wurde die ambulante Fortsetzung der Physiotherapie in Kombination mit MTT.

Ergotherapie:

Die Ergotherapie wurde nach einer initialen Diagnostik nicht fortgesetzt, da die neurologischen Defizite eher im Bereich der Physiotherapie therapiert werden sollten.

Neuropsychologie:

Dieser Befundbericht wird nachgereicht.

Medizinisch:

Wir entschieden uns nach postalischem Eingang des Befundes aus der Schwindelambulanz UK-SH Campus Lübeck, in dem V.a. somatoformen Schwankschwindel geäußert wurde Patienten noch einmal konsiliarisch in der Psychosomatik unseres Hauses vorzustellen. In dem dortigen Gespräch bestätigte Herr B. eine Tendenz zur Selbstüberforderung und dass er am Morgen bei der Arbeit z.T. unter Druck gesetzt habe.

Seitens der Psychosomatik wurde zudem V.a. Basilarismigräne geäußert, der sich aus unserer Sicht jedoch anamnestisch nicht direkt bestätigte. In unserer Anamnese beschrieb Herr B. gelegentlichen Kopfschmerzen als vollkommen losgelöst von dem häufigen Schwindel. Er habe der Schwindel schon ca. 2010 eingesetzt, während er erst seit wenigen Monaten (02/2010) unter gelegentlichen Kopfschmerzen leide. Zum Teil erschienen die jeweiligen

Angaben auch etwas inkongruent (siehe zum Vgl. auch psychosomatisches Konsil).  
Selbiges galt für den grundsätzlichen Verlauf der Schwindelsymptomatik während der Rehabilitation. Nachdem Herr B. zunächst eine leichte Besserung geäußert hatte, berichtete er in der folgenden Visite, dass er den Eindruck habe, dass die Symptomatik sich insgesamt verschlechtert habe.

Letztlich gegen Ende der Rehabilitation beurteilte er den Gesamt-Aufenthalt positiv. Er fühle sich insgesamt "fitter" und besser, auch wenn die Schwindelsymptomatik nicht vollständig sistiert habe. Ein Therapieversuch mit Flunarizin, wie durch die Psychosomatik empfohlen, habe subjektiv keine Linderung der Symptomatik erbracht. Wir setzten daraufhin das Flunarizin wieder ab.

Ambulant empfehlen wir ggf. eine TEE wie 11/2010 durch die Kollegen des UK-SH Kiel, sowie nun durch unsere Psychosomatik mit der Frage nach offenem Foramen ovale empfohlen. Letzteres hat der Patient bisher nicht stattgefunden.  
Zudem empfehlen wir im Ergebnis des psychosomatischen Konsils eine ambulante Psychotherapie.

Ebenfalls zu empfehlen wäre die ambulante Fortsetzung der Physiotherapie.

Wir entlassen den Patienten derzeit noch arbeitsunfähig mit dem Vorschlag einer zeitnahe, stufenweise Wiedereingliederung. Verzichtet werden müsste dabei im Beruf des Patienten (Elektriker) auf Arbeiten in Höhen wegen der Sturzgefahr bei Schwindel. Er kann daher nicht an Leitern oder Gerüsten arbeiten.

Herr [REDACTED] zeigte sich diesem Vorschlag gegenüber offen und wolle eine stufenweise Wiedereingliederung beim Arbeitgeber ansprechen. Ein Einverständnis des Arbeitgebers ist zum Entlassungszeitpunkt noch nicht vor.  
Alternativ wolle Herr B. weiterhin den Kontakt mit der Arbeitsagentur suchen - eine Umschulung sei dort schon einmal thematisiert worden.

Am 08.09.2011 entließen wir Herrn B. in die ambulante Weiterbehandlung.

**Letzte Medikation:**

ASS 100 mg 1-0-0-0

Selbstverständlich können auch Präparate mit gleichen Wirkstoffen und gleicher Bioverfügbarkeit verwendet werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

[REDACTED]  
[REDACTED]  
Assistenzärztin

Nachrichtlich an:  
Herrn Dr. med. [REDACTED]

[REDACTED] 130, 24146 Kiel