



BEGAZ BEGUTACHTUNGSZENTRUM BL



IV-Stelle
SVA des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17
Postfach
8087 Zürich

Versicherter: Herr Pascal Schmid, *01.04.1969
Oberlandstrasse 68, 8610 Uster
Versicherten-Nr. 756.4369.6607.92

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Beilage lassen wir Ihnen das Gutachten des obgenannten Versicherten zukommen.

BEGAZ und sein ärztlicher Leiter, Dr. med. Beat Zaslowski, verbürgen sich dafür, dass alle elektronischen Signaturen in personam von den beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern vorgenommen worden sind. Dieses Begleitschreiben ist handschriftlich unterzeichnet.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Beat Zaslowski
Allgemeine Innere Medizin FMH



PLD

trbe Tonband-
aufnahme in -
Formid
6.3.19
PLD

Medikamenteneinnahme

Pascal Schmid 01.04.1969

04.03.2019

morgens:

Dosierung	Medikament
40 mg	Inderal
50µg	Seretide 250
100 mg	Pregabalin
40 mg	Pantoprazol
15 ml	Paragol N
200 mg	Palexia Retard
0.5/0.4 mg	Duodart
200mg	Riboflavin

abends:

Dosierung	Medikament
15 ml	Paragol N
100 mg	Pregabalin
200 mg	Palexia Retard
1 mg	Sirdalud
50µg	Seretide 250
200mg	Riboflavin

2 Stunden vor Bett gehen

Dosierung	Medikament
0.50 mg	Pramipexol

Bei Bedarf

Kopfschmerzen täglich 2-3x

Asthma

Dosierung	Medikament
100 µg	Ventolin
10mg	Maxalt
6mg/0.5 ml	Imigran
2.5mg	Zomig oro

Behandelnde Ärzte

1x / Woche

Hausarzt:

Dr.med CH. Hildenbrand , Rapperswilerstrasse 24, 8620 Wetzikon
Tel. 044 932 23 33

Psychiatrie:

dipl. Arzt Daniel Busch, Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich, ZADZ
Tel. 044 386 66 00

Psychologin

Lic. phil. Cornelia Zink, SPZ Nootwil, Guido A. Zäch Strasse 1,
6207 Nottwil Tel. 041 939 54 54

Traumabehandlung:

Frau V. Nölle, Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich, ZADZ
Tel. 044 386 66 00

Chiropraktiker:

Dr. Jochen Brenner, Praxis Prodorso, Walchestrasse 15, 8006 Zürich
Tel. 044 269 96 00

Physiotherapie:

Frau Barbara Walss, eidg. dipl. Physiotherapeutin
Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich, ZADZ, Tel. 044 386 66 00

Balgrist:

Neuro-Urologie, Prof. Thomas M. Kessler ,Forchstrasse 340
8008 Zürich , Tel: 044 386 11 11



Schweizer
Paraplegiker
Zentrum

Centre
suisse des
paraplégiques

Centro
svizzero per
paraplegici

Swiss
Paraplegie
Centre

Kopie

(Vorschluss)

Akutmedizin
Dr. med. André Ljutow
Leiter Zentrum für Schmerzmedizin

Kontaktperson
Dr. med. Sven Brockmüller
Leiter Psychiatrie, OA Neurologie ZSM
Telefon +41 41 939 49 00
Fax +41 41 939 49 30
E-Mail zsm@paraplegie.ch

Herr
Dr. med. Hildenbrand Christian
Rapperswilerstrasse 19
8620 Wetzikon ZH

Nottwil, 04. Dezember 2018
BROS/GEST

Schmid Pascal, 01.04.1969, Oberlandstrasse 68, 8610 Uster
Versicherungsnummer: 00061410833

Sehr geehrter Herr Kollege

In Ergänzung zum provisorischen Austrittsbericht vom 04.12.2018 berichten wir Ihnen nun ausführlich über die stationäre multimodal-interdisziplinäre Behandlung vom 13.11.2018 bis 04.12.2018 im Schweizer Paraplegiker Zentrum.

Aktuelle Diagnosen (ICD 10)

- M53.0 Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schulter und den Kopf holocephal
- am ehesten aufgrund myofaszieller und facetogener Faktoren
- M47.22 Armschmerz li.
- DD radikuläre Reizung C6 und / oder C7 li.
- M54.4 Lumboischialgie bds.
- bei ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung der segmental tief stabilisierenden Muskulatur
- DD facetogen im Bereich der Anschluss-Segmente
- St. n. Dekompression L5/S1 2000
- St. n. Arthrodesis L5/S1 2011
- G43.0 Migräne ohne Aura (IHS 3-beta1.1)
- R10.1 Schmerzen im Bereich des Oberbauches re. unklarer Ursache
- externe Diagnostik gemäss Pat. erfolgt (gastroenterologisch, sonographisch)
- F11.2 Ärztlich induziertes Abhängigkeitssyndrom von Opioiden, St. n. Entzug 11/2018
- F43.1 komplexe Posttraumatische Belastungsstörung durch schwere Traumatisierungen in der Kindheit
- F32.1 Mittelgradige depressive Episode
- F45.41 V.a. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- F51.0 Nichtorganische Insomnie
- F51.5 Alpträume [Angsträume]
- F41.1 Generalisierte Angststörung
- N31.81 Blasenfunktionsstörung unklarer Ätiologie (Abklärung Balgrist 2017)
- DD medikamentös, prostagen, neurogen
- G25.81 Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]
- G62.9 motorische axonale und proximal demyelinisierende Polyneuropathie
- N 31.88 Harnblasenfunktionsstörung unklarer Ätiologie (DD medikamentös, prostatogen, neurogen) externe Diagnose Der Balgrist 20.04.2018

- Z61 Kontakianlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse
- M79.07 Fersenschmerzen unklarer Ursache

Medikation

Medikament	Bemerkung	Zeit				
		morgens	mittags	abends	nachts	nach Bedarf
Paragol N Saft		0	0	0	0	x
Inderal 40 mg		1/2	0	0	0	
Pregabalin 100 mg		1	1	0	0	
Pantoprazol 40 mg		1	0	0	0	
Maxalt lingual 10 mg		0	0	0	0	b. B. max 2x Abstand 2 Std
Imigran Nasenspray 20 mg / 0.1ml		0	0	0	0	b. B.
Duodart 0.5/ 0.4		1	0	0	0	
Solum uligenosum oleum		0	0	0	0	
NEUPRO Matrixpfl 1 mg/24h	Pflaster-Wechsel alle 24h	1	0	0	0	
Pregabalin 150 mg		0	0	1	0	
Ondansetron 4 mg		0	0	0	0	x

Standardisiertes Assessment bei Eintritt:

Schmerzanamnese:

Es bestehen langjährig Schmerzen im Bereich der Lumbalregion, die zunächst konservativ und schliesslich im Jahre 2000 aufgrund einer Diskushernie operativ therapiert wurden. 2011 wurde der Patient erneut operiert (Arthrodesis L5/S1). Darüber hinaus bestehen ebenfalls seit mehreren Jahren Nackenschmerzen, die bisher lediglich konservativ therapiert wurden. Blasenentleerungsstörungen bestehen ca. seit Oktober 2017, seitdem katheterisiert sich der Patient selbst.

Zum Zeitpunkt der Erstkonsultation bestanden folgende Schmerzbilder, die sich bis dato leider nicht wesentlich beeinflussen liessen.

1. Es bestehen ständig vorhandenen Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern und die Oberarme sowie subjektiv auch in die Hände in den Bereich der Finger I und II beidseits. Darüber hinaus kommt es zu einer Ausstrahlung in den Hinterkopf beidseits bis zur Stirn mit Auslösung von holozephalen Kopfschmerzen die dann in eine bekannte Migränesymptomatik übergehen. Zum Teil komme es auch zum Einschlafen beider Hände. Die Schmerzqualität wird als krampfartig und verspannend beschrieben. Die maximale Schmerzstärke betrage NRS 8, die durchschnittliche Schmerzstärke betrage NRS 4 und die minimale Schmerzstärke NRS 2. Insgesamt seien die Schmerzen tagsüber stärker als nachts. Schmerzverstärkend sei insbesondere Sitzen, Stehen, statische Haltung, Kälte, Wetterwechsel aber auch seelische Belastung. Schmerzreduzierend sei Wärme, Liegen, moderate Bewegung und die Einnahme von Opioiden, die allerdings den Patienten lediglich betäuben und nicht in der Funktion verbessern. Hilfreich sei die Chiropraktik Behandlung, allerdings nur kurzfristig.

2. Der Patient beschreibt Schmerzen in der Lumbalregion, rechts mehr als links, von krampfartiger stechendem Schmerzcharakter. Die maximale Schmerzstärke betrage NRS 7, im Durchschnitt NRS 3 und minimal NRS 2. Die Schmerzen seien am Morgen nach dem Aufwachen am stärksten, nehmen dann tagsüber etwas ab und steigen dann am Abend erneut wieder an. Schmerzverstärkend sei eine statische Körperhaltung, körperlicher Belastung wie z.B. Heben von Lasten (etwa 7-10 kg), Sitzen. Schmerzreduzierend sei Wärme in Form eines Wärmekissen, warmes Klima und warmes Wasser, Bewegung (Laufen) und die Einnahme von Opioiden.

3. Der Patient beschreibt Kopfschmerzen und die durch ein hohes Schmerzniveau im Nackenbereich ausgelöst werden. Diese führen und dann auch zu einer Auslösung eines Migräneanfalls, typischerweise vergesellschaftet mit Übelkeit und Erbrechen, Lichtscheu und Lärmempfindlichkeit. Die Kopfschmerzen können durch die Einnahme von Maxalt und Immigran, sowie durch Liegen und Rückzu beeinflusst werden.
4. Der Patient beschreibt Fersenschmerzen beidseits, rechts mehr als links, die nicht ständig vorhanden seien und lediglich alle 2 Monate aus unklarer Ursache auftreten. Der Schmerz sei oberflächlich brennend. Nach 1 bis 2 Tagen vergehen diese Beschwerden wieder spontan.
5. Der Patient beschreibt eine gestörte Blasenfunktion. Seit etwa Oktober 2017 sei ein spontane Wasserlassen nicht mehr möglich und der Patient muss sich katheterisieren. Eine Abklärung im Balgriß konnte keine eindeutige Ursache festgestellt werden, am ehesten sei die Symptomatik medikamentös bedingt.

Hr. Schmid trat am 13.11.2018 zur stationären multimodalen Schmerztherapie im Schweizer Paraplegiker Zentrum unter Federführung des Zentrums für Schmerztherapie ein. Unter anderem war ein Hauptziel des Aufenthalts der vollständige Entzug von Opioiden. Es bestand eine langjährige hochdosierte Opioid-Therapie mit für den Patienten nicht mehr tolerierbaren Nebenwirkungen einerseits und bereits stattgehabten frustrierenden Reduktionsversuchen durch den Patienten selbst. Darüber hinaus war infrage gestellt, inwieweit die aktuell Opioidtherapie noch analgetisch wirkt. Somit waren die Voraussetzungen formal für einen Opioidentzug gegeben. Herr Schmid selbst hatte auch diesen Wunsch, sodass grundsätzlich von psychiatrischer Seite einen stationären Entzug zuzustimmen war. Von daher war der Wunsch des Patienten nach einem vollständigen assistierten Opioidentzug zu unterstützen.

Am 13.11.2018 erfolgten die anästhesiologisch-schmerztherapeutische, die physiotherapeutische sowie die psychiatrische Aufnahme.

Eintrittsuntersuchung:

Orientierende anästhesiologisch-schmerztherapeutische Untersuchung:

Diese zeigte sich im Vergleich zum Erstbefund weitgehend unverändert.

Orientierende physiotherapeutische Untersuchung:

Herr Schmid beschreibt eine Schmerzstärke NRS 4 von 10.

Im unkorrigierten Stand besteht eine gesamthaft abgeflachte Wirbelsäule, die Schultern sind abfallend und in Protraktion gehalten. Der Kopf befindet sich in einer Forward-Head-Position. Der gesamte Oberkörper ist in einer leichten Vorneigung.

Die aktive Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule präsentiert einen Fingerbodenabstand von 30 cm mit einem entspannenden Gefühl. Es wird eine Verkürzung der Hamstrings-Muskulatur deutlich, es bestand eine vermehrte Flexion lumbal wohingegen die Hüftgelenke kaum flektierten. Die Extension ist bis zur Aufrichtung schmerzfrei möglich. Die Lateralflexion links ist zu einem Drittel eingeschränkt mit Schmerzprovokation lumbal rechts. Die Lateralflexion nach rechts ist zu einem Drittel eingeschränkt ohne Schmerzprovokation. Die Rotation ist je zu 30° möglich ohne Provokation, jedoch wird die Bewegung der gesamten Wirbelsäule vermieden.

Während der aktiven Untersuchung fallen Bewegungskoordinationsschwierigkeiten auf.

Die aktive Beweglichkeit der HWS präsentiert eine Flexion von 20°, die Extension ist zu 10° möglich, die Lateralflexion ist je zu zwei Dritteln eingeschränkt, die Rotation je zu 40° ohne Schmerzprovokation in allen Bewegungsrichtungen.

Neurodynamisch konnte weder an der unteren noch an der oberen Extremität eine Auffälligkeit evaluiert werden.

In der passiv physiologischen Untersuchung der Hüftgelenke sind diese normal beweglich ebenso beide Schultergelenke.

Palpatorisch besteht ein erhöhter Muskeltonus der gesamten paravertebralen Muskulatur ohne Schmerzprovokation. Schmerzprovokationen konnten durch Druck von L3 bis S1 unilateral rechts ausgelöst werden, welche seinen Rückenschmerz widerspiegeln.

Muskulär besteht für die tiefsegmental stabilisierende lumbale Muskulatur ein Flexionsmuster. Generell ist der Muskeltonus gesamthaft im Körper zu hoch. Der M. iliopsoas ist beidseits verkürzt. Die Gesäßmuskulatur ist beidseits aktiv insuffizient, die Hamstrings-Muskulatur ist beidseits verkürzt. Zervikal besteht eine Schwäche der tiefsegmental stabilisierenden Muskulatur auch das Kopfhoben bereitete Schwierigkeiten. Der M. trapezius pars ascendens- und descendens präsentierte sich ebenfalls kraftgemindert. Bei allen Testdurchführungen sowohl bei den aktiven als auch bei den muskulären Tests fiel eine dysfunktionale Atmung auf. Weiter besteht eine hohe Bauchspannung und oberhalb des Bauchnabels wirkt es, als bestünde eine Rektusdiastase.

Herr Schmid beschreibt das Vertrauen in seinen Körper verloren zu haben, da trotz Training ein weiterer Bandscheibenvorfall 2011 geschehen ist.

Orientierender psychologisch/psychiatrischer Befund:

Wacher und bewussteinstarker Patient, zu allen Qualitäten (eigene Person, Situation, Ort, Zeit) orientiert. Gepflegtes äusseres Erscheinungsbild. Im interpersonellen Kontakt offen, freundlich und kooperativ. Psychomotorisch leicht unruhig. Er beschreibt eine vegetative Symptomatik mit Schwitzen und Erröten. Der Einschlaf und Durchschlaf sind gestört, da die Hände einschlafen und er dadurch aufwachen würde. Er beschreibt Alpträume und schreie jede Nacht. Die Alpträume führt er auf Gewalterfahrungen in der Kindheit zurück. Der formale Gedankengang ist geordnet und eingeengt auf die aktuellen Belastungen. Er neigt zur Gedankenkreisläufigkeit und Grübeln. Keine Hinweise auf produktiv-psychotische Symptome im Sinne von inhaltlichen Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Keine Hinweise auf Zwänge. Leicht gedrückter Affekt mit reduzierter affektiver Schwirgungsfähigkeit. Die Stimmung ist gedreht und depressiv. Herr Schmid beschreibt Zukunftsängste und diverse unspezifische Ängste mit panikartigem Charakter. Sozialer Rückzug. Klinisch orientierend keine höhergradigen kognitiv-mnestischen Defizite im Sinne von Konzentrationsstörungen, Auffassungsstörungen oder Merkfähigkeitsstörungen erkennbar. Distanzierung von Suizidalität. Bezüglich angestrebten Opioidentzugs hohe Motivationslage. Der Patient fühlt sich ausreichend aufgeklärt.

Therapieplan:

Der Patient wurde werktags täglich visitiert. Während dieser Visiten wurde der aktuelle Therapiestand erfasst und weitere therapeutische Massnahmen einschliesslich der medikamentösen Einstellung besprochen. Des Weiteren wurde gegen Ende des Aufenthaltes mit dem Patienten das weitere ambulante Setting thematisiert und geplant.

Insgesamt wurden bei Herrn Schmid im Rahmen des stationären Aufenthaltes 11 psychiatrische Einzelkonsultationen (einschliesslich Eintritts- und Austrittsassessment), 10 anästhesiologisch-schmerztherapeutische Konsultationen sowie 15 schmerzpsychotherapeutische Einzelsitzungen durchgeführt. Es wurden an verschiedenen Tagen Interventionen im Sinne diagnostischer Blockaden der Rr. medialis der Facettengelenke lumbal (L3, L4, L5 bds), diagnostische Blockaden der Nervenwurzel C6 und C7 links und therapeutisch eine funktionelle Denervation der Rr. medialis C3, C4, C5 und C6 durchgeführt. Unterstützend erfolgte Akupunktur entsprechend des NADA-Protokolls.

Seitens der aktivierenden Therapie wurden werktags physiotherapeutische Einzeltermine (à 30 min) durchgeführt, ausserdem nahm der Patient an der Therapiegruppe im Wasser teil sowie an der medizinischen Trainingstherapie (Gruppe), insgesamt 23 Einheiten. Leider war es Herrn Schmid nicht möglich an allen Therapieeinheiten, welche geplant waren, teilzunehmen. Er klagte über eine hohe Erschöpfung aufgrund des schlechten Schlafes.

Wöchentlich erfolgte mindestens eine teaminterne Fallkonferenz zur Koordination der Behandlungsmassnahmen sowie mindestens ein Assessment von mindestens 3 an der Behandlung des Patienten beteiligten Fachdisziplinen (einschliesslich des Hauptfederführenden der stationären Behandlung) gemeinsam mit dem Patienten zur aktuellen Standortbestimmung sowie Planung des weiteren Procederes.

Zusammenfassung des Therapieverlaufs in den einzelnen Fachdisziplinen:

Anästhesiologie

Aus anästhesiologisch-schmerztherapeutischer Sicht wurde der Verlauf des stationären Aufenthaltes massgeblich durch die Demaskierung des Restless-Leg-Syndrom im Rahmen des Opioid-Entzugs geprägt. Obwohl zunächst die anfänglich durchgeführte lumbale Facettengelenksdiagnostik zu einer mehr als 50%igen Reduktion der Schmerzen im Lumbalbereich führte, war der Patient als es um die Therapie der Facettengelenke ging nicht mehr bereit die Therapie lumbal im Sinne einer funktionellen Denervation der Rr. medialis beidseits (L3, L4, L5) durchführen zu lassen. Die Diagnostik der zervikalen Wurzeln C6 und C7 führte gemäss Patient zu keiner massgeblichen Schmerzreduktion, so dass sich daraus keine therapeutische Empfehlung respektive Intervention ableiten liess. Die funktionelle Denervation der Rami medialis zervikal (C3, C4, C5, C6) wurde am 30.11. durchgeführt. Da die maximale schmerzreduzierende Wirkung erst nach Ablauf von ca. 4 Wochen beurteilt werden kann, muss bis zur Beurteilung noch bis ca. Ende Dezember abgewartet werden.

Psychiatrie

Im Rahmen des stationären Aufenthalts wurde eine qualifizierte Entgiftung von Oxycodon (160mg TD) und Tapentadol (200mg TD) durchgeführt. Hierfür erfolgte initial eine Rotation auf Morphin-Tropfen mit anschließender schrittweiser Reduktion innerhalb 9 Tagen unter entzugsmindernder Begleitmedikation sowie supportiver Gesprächstherapie. Der Entzug selbst gestaltete sich weitgehend komplikationslos. Allerdings berichtete der Patient eine Schmerzverstärkung sowie erhebliche Verschlechterung des RLS (anamnestisch seit ca 2 Jahren, unter geringer Sifrol-Therapie bisher weitgehend remittiert). Auch psychisch zeigte sich eine deutliche Beeinträchtigung (siehe entsprechende Verläufe).

Psychotherapie

Von schmerzpsychologischer Seite fanden acht Termine zum Erlernen von Entspannungsverfahren (insbesondere der progressiven Muskelrelaxation) und sieben schmerzpsychotherapeutische Sitzungen statt. Während der Entzugsphase lag der Behandlungsfokus auf Ablenkung, Entspannung und psychische Stabilisierung u.a. auch mit Vermittlung von komplementärmedizinischen Methoden wie Bienenwachsauflage und Aromatherapie. Herr Schmid konnte mit den eigentlichen Entzugssymptomen gut umgehen, schilderte aber vermehrte Alpträume und Ängste.

In der Stabilisierungsphase wurden Schmerz copingstrategien als Alternative zu den Opiaten vermittelt und belastende Themen wie familiäre Situation, Tagesstruktur und Traumatisierungen besprochen. Bei Herrn Schmid zeigten sich zunehmend Folgen von Traumatisierungen in der Kindheit und Restless-Leg-Syndrom, die fehlende sinnstiftende Tagesstruktur und die familiäre Situation.

Herr Schmid konnte v.a. von den psychotherapeutischen Gesprächen zu den belastenden Lebensereignissen den Entspannungsmethoden sowie von den kreativen Tätigkeiten wie Malen profitieren.

Therapeutisch relevante Themen, die im ambulanten Setting weiter zu führen sind, sind familiäre Situation Erarbeiten einer sinngebenden Tagesstruktur sowie Aufarbeitung der Traumata der Kindheit sowie der wiederholte Verlust seines Zuhauses im Zusammenhang mit dem Unfall. Es ist eine telefonische Kontaktaufnahme durch uns geplant, um Herrn Schmid einen geeigneten Psychotherapieplatz zu vermitteln.

Physiotherapie

Von physiotherapeutischer Seite wurde, wie bereits im Erstbefund, das Angstvermeidungsverhalten deutlich. Herr Schmid verlässt im Winter nicht die Wohnung, da er Angst habe erneut zustürzen. Die Schmerzgeschichte wurde durch einen Sturz auf Glatteis ausgelöst. In den Einzelsitzungen wurden Schmerzmechanismen angesprochen sowie der Zusammenhang von Körper und Geist und die damit verbundene gegenseitige Beeinflussung. Es wurden in erster Linie entlastende Übungen für den zervicalen und lumbalen Bereich instruiert um Herrn Schmid Vertrauen in seinen Körper zu vermitteln.

Medizinische Trainingstherapie und Wassertherapie

Herr Schmid konnte nur sehr unregelmässig wegen seiner Erschöpfung wie auch seines restless legs Syndroms, welches die Schlafqualität enorm senkte, an den aktiven Gruppentherapien wie auch der medizinischen Trainingstherapie teilnehmen. Wenn er körperlich in der Lage war, zeigte er sich motiviert seinem Zustand entsprechend, ein sanftes herzfrequenzgesteuertes Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer durchzuführen. In der Wassertherapie konnte er seine Übungen mehrheitlich besser durchführen als im physiotherapeutischen Einzelsetting.

Akupunktur

Die Entzugssymptomatik konnte mit dem NADA-Protokoll gut reduziert werden. Leider traten während des Entzugs zunehmend die Beschwerden des Restless-Leg-Syndroms in den Vordergrund. Diese sprachen nur insuffizient auf Körperakupunktur an. Daher ist der effektive Effekt der Akupunktur nicht objektivierbar. Subjektiv hat er wohl ein wenig von der Behandlung profitiert. Im gesamten aber ungenügend um die Schlafsituation zu verbessern.

Herr Schmid hat während des Aufenthaltes alle Akupunkturtermine wahrgenommen, die 30 Minuten Wirkzeit mussten wegen der zunehmenden Rückenschmerzen und der Symptome des Restless leg wiederholt reduziert werden.

Standardisiertes Assessment bei Austritt:

Am Ende der stationären Therapie erfolgten Wiederholungen der psychiatrischen, der orientierenden anästhesiologischen sowie der Untersuchung des Bewegungsapparates. Psychisch zeigte sich ein deutlich stärker depressiv gefärbter Affekt, gepaart mit deutlichen Ängsten und Ambivalenzen bezüglich der weiteren Zukunft. Bezüglich Suizidalität bestand Distanzierung. Im psychologischen Abschlussgespräch wurde ein hoher

Leidensdruck durch die aktuellen körperlichen und emotionalen Symptome deutlich. Herr Schmid setzte sich offen und konstruktiv mit seiner Situation auseinander. Es gelang ihm gut, die Zusammenhänge zwischen psychologischen Aspekten und Körperreaktionen zu reflektieren, was für den weiteren psychotherapeutischen Prozess eine Ressource darstellt. Auch in den physiotherapeutischen Parts wurde der Leidensdruck deutlich und schränkte die Massnahmen ein. In der Physiotherapie schien eine somatische Beurteilung der Schmerzen seitens des Patienten im Vordergrund zu stehen.

Empfehlungen für das weitere ambulante Setting

Anästhesiologie

Aus anästhesiologischer Sicht ist davon auszugehen, dass der weitere Verlauf von einer adäquaten Einstellung des Restless-Leg-Syndroms und den damit verbundenen ausgeprägten Schlafstörungen geprägt sein wird. Es bleibt zu hoffen, dass hierfür nicht wieder erneut der Einsatz eines Opioids notwendig sein wird. Bezüglich der Medikation ist zu sagen, dass Medikamente der WHO Stufe I sich auch wie schon zuvor im ambulanten Setting als weit gehend wirkungslos erwiesen. Hinsichtlich weiterer interventioneller Therapiemassnahmen ist die Durchführung der funktionellen Denervation der Rami medialis lumbal zu empfehlen. Allerdings war der Patient zuletzt hinsichtlich der interventionellen Therapie nicht mehr offen.

Psychiatrie

Der Austritt erfolgte opiatfrei. Allerdings bestand der Patient darauf, die zwischenzeitlich aufbewahrte mitgebrachten Opioidanalgetika wieder mit nach Hause zu nehmen für den Fall einer sich im Verlauf ergebenden Notwendigkeit einer erneuten Einnahme. Er wollte sie hierfür in Zukunft hausärztlich deponieren. Die Sorgen und Ambivalenzen des Patienten resultieren zum einen aus einer während des Aufenthalts erfahrenen Schmerzverstärkung (siehe Anästhesiologie) sowie einer erheblichen Verstärkung der vorbestehenden RLS nach Opioidentzug. Bezüglich letzterem empfehlen wir dringend eine fachneurologische Anbindung. Therapieversuche mit Sifrol und Adartrel im Rahmen des stationären Aufenthalts scheiterten, zum Austritt war mit einer dopaminergen Therapie mit Neupro-Pflastern begonnen worden. Im Rahmen dieser Konstellation muss leider die Prognose bezüglich einer fortgesetzten Abstinenz von Opioiden als zumindest eingeschränkt angesehen werden.

Psychotherapie

Aus psychologischer Sicht ist eine wohnortnahe Psychotherapie im Einzelsetting mit Trauma-therapeutischen Schwerpunkt indiziert. Es ist eine telefonische Kontaktaufnahme durch uns geplant, um Herrn Schmid einen geeigneten Psychotherapieplatz zu vermitteln. Eine mögliche Adresse ist das ZADZ, Riesbachstr. 61, CH-8001 Zürich.

Physiotherapie

Einzelphysiotherapeutische Massnahmen stehen aus meiner Sicht derzeit im Hintergrund. Im Vordergrund stehen die psychotherapeutischen Massnahmen. Unterstützend könnte die Wassertherapie fortgeführt werden um einen Erhalt der derzeitigen Situation auf körperlicher Ebene zu gewährleisten. Eine erneute Beurteilung sollte nach Stabilisierung der psycho-sozialen Situation erfolgen.

Medizinische Trainingstherapie

Wegen Abwesenheit in der medizinischen Trainingstherapie während der letzten Tage aufgrund der Erschöpfung konnten dem Patienten aktuell keine spezifischen Trainingsempfehlungen gegeben werden.

Akupunktur

Wegen der zunehmenden Beschwerden des RLS und der zunehmenden psychologischen Themen kann Akupunktur nur als Unterstützend bewertet werden und nicht als weiterführende Einzeltherapie empfohlen werden.

Freundliche Grüsse
Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Dr. med. André Ljutow
Leiter Zentrum für Schmerzmedizin

Dr. med. Sven Brockmüller
Leiter Psychiatrie, OA Neurologie ZSM

Dr. med. Matthias
Oberarzt Anästhesiologie ZSM

Cornelia Zink
Psychologin ZSM

Julia Kaufmann
Psychologin ZSM

André Pirlet
Sport- und Physiotherapeut ZSM

Karina Böttger
Leiterin Schmerzphysiotherapie ZSM

Dr. med. Susanne Täuber
Oberärztin Anästhesiologie ZSM

Kopie

Helsana

Helsana Versicherungen AG

Kundenservice
Postfach
3048 Worblaufen

www.helsana.ch

Stefanie Von Arx
Telefon 058 340 43 18
Telefax 058 340 05 98
stefanie.vonarx@helsana.ch

Pascal Schmid
Oberlandstrasse 68
8610 Uster

Kostengutsprachegesuch – zu Ihrer Information

Sie erhalten eine Kopie unseres Entscheids.

Freundliche Grüsse
Ihre Helsana

Kopie

Helsana

Helsana Versicherungen AG

Kundenservice
Postfach
3048 Worblaufen

www.helsana.ch

Stefanie Von Arx
Telefon 058 340 43 18
Telefax 058 340 05 96
stefanie.vonarx@helsana.ch

RehaClinic Bad Zurzach
Quellenstr.
5330 Bad Zurzach

4. März 2019

Kostengutsprache Rehabilitation stationär / Gesuch vom 25.02.2019 / Ihre Referenz

Vorname, Nachname	Pascal Schmid
Adresse	Oberlandstrasse 68; 8610 Uster
Versicherten-Nr.	61410833
Geburtsdatum	01.04.1969
Sozialvers.-Nr.	756.4369.6607.92
Versichertenkarten-Nr.	80756015620136263009

Helsana Versicherungen AG übernimmt die Kosten für leistungspflichtige Behandlungen, welche medizinisch indiziert, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Gültig für:

Leistungserbringer	RehaClinic Bad Zurzach
Krankheit	Rehabehandlung stationär OKP Schmerzprogramm
Eintrittszeitraum	05.03.2019 – 05.05.2019
Befristete Dauer	21 Tage
Tarif/Taxe	Kopfschmerzprogramm / Neuro leicht

Wichtige Zusatzinformationen:

Bei einer medizinisch nicht indizierten Behandlung übernehmen wir die Kosten höchstens zum Referenztarif des Wohnkantones. Ist der Tarif des behandelnden Spitals höher, entstehen Kosten zu Lasten des Kunden. Bei einer medizinisch indizierten Behandlung oder im Notfall übernehmen wir den Tarif des behandelnden Spitals. Bitte stellen Sie uns die Kantonskostengutsprache zu.

Freundliche Grüsse

M. Berchten

Melanie Berchten
Fallberaterin
Leistungen Spital

Kopie an
Herrn Pascal Schmid, Uster

T. Riesen

Tamara Riesen
Kundenbetreuerin
Leistungen Spital

RehaClinic Bad Zurzach, 5330 Bad Zurzach

Herr
Schmid Pascal
Oberlandstrasse 68
8610 Uster

Rückfragen:
Bettendisposition
Telefon direkt: 056 269 54 20
bd@rehaclinic.ch

Bad Zurzach, 25. Februar 2019

Empfangsbestätigung

Sehr geehrter Herr Schmid

Wir bestätigen Ihnen den Empfang des ärztlichen Einweisungszeugnisses zur stationären Behandlung in der RehaClinic Bad Zurzach. Wir stellen Ihnen gerne unsere Broschüre zu.
Wenn Sie Wünsche oder Fragen haben können Sie uns gerne telefonisch kontaktieren.

Bitte bringen Sie bei Eintritt folgendes mit:

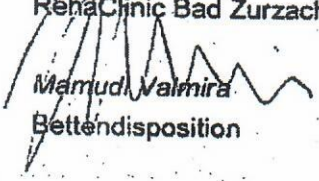
- **Versicherungskarte**
- **Bitte beachten Sie die Checkliste in der Broschüre**

Hinweis:

Wir haben bei Ihrer Versicherung die Kostengutsprache beantragt, sobald wir einen Entscheid der Versicherung haben, werden wir uns mit Ihnen oder mit dem Einweisenden Arzt in Verbindung setzen.
Sollte Ihre Versicherung für Ihren Aufenthalt nicht die volle Kostendeckung übernehmen, werden wir vor dem Eintritt mit Ihnen Kontakt aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen.

Wir freuen uns, dass Sie sich für RehaClinic entschieden haben und stehen Ihnen jeder Zeit gerne zur Verfügung. Bei Rückfragen geben Sie bitte folgende Nummer an: 364700

Freundliche Grüsse
RehaClinic Bad Zurzach


Mamudi Valmira
Bettendisposition

Herr
Dr. med. Christian Hildenbrand
FMH für Innere Medizin
Böschacherstrasse 62
8624 Grüt ZH

MRI-Befund

Schmid Pascal, geb. 01.04.1969
Im Grünenhof 25, 8625 Gossau ZH

Fall-Nr.: 2002793 / Ambulant
16.07.2015 / liebe

MRI der LWS nativ vom 16.07.2015

Indikation:

Kontrolluntersuchung vor einer geplanten erneuten chirurgischen Intervention (Vertebroplastie lumbal L5/S1). Anamnestisch Hernie LWK4/5.

Status nach Spondylodese LWK5/S1. Keine Höhenminderung einzelner Wirbelkörper. Mässige Bandscheibendegeneration mit Höhen- und Wasserverlust bei LWK3/4 und LWK4/5. Subtotaler Höhenverlust im verblockten Segment LWK5/S1. Normale Weite des Spinalkanals. In den untersuchten lumbalen Bandscheibenfächern sind keine protrudierenden Diskopathien erkennbar.

Beurteilung:

Bei Status nach Spondylodese LWK5/S1 kein Hinweis auf aktiven Knochenprozess in diesem Bereich. Normale Weite des Spinalkanals. Im unteren Abschnitt der LWS sind keine protrudierenden Diskopathien erkennbar.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Bernhard Lienemann
Kaderarzt Radiologie

Elektronisch visiert

Radiologie
GZO Spital Wetzikon
Spitalstrasse 66
8620 Wetzikon

Anmeldung
Tel. 044 934 26 25
Fax 044 934 26 26
radiologie@gzo.ch

Chefarzt Radiologie
Dr. Guido Verhoek

Leitung Nuklearmedizin
Dr. Sjunne Duhnsen

Leitende Ärzte / Ärztinnen
Dr. Ulrike Brehmer
Dr. Hendrik Lohr
Dr. Marianne Sigg

Kaderärzte/innen
Dr. Eva Geisler
Dr. Bernhard Lienemann
med. prakt. Fatemeh Dan.

Schwerpunkte
Digitales Röntgen
Ultraschall
Mammografie
MIBB (minimal invasive
Brustbiopsie)
Mikro-Eingriffe
Computertomografie
Magnetresonanztomografie
Nuklearmedizin

Herr
Dr. med. Christian Hildenbrand
FMH für Innere Medizin
Böschacherstrasse 62
8624 Grüt ZH

Radiologie
GZO Spital Wetzikon
Spitalstrasse 66
8620 Wetzikon

Anmeldung
Tel. 044 934 26 25
Fax 044 934 26 26
radiologie@gzo.ch

Chefarzt Radiologie
Dr. Guido Verhoek

Leitung Nuklearmedizin
Dr. Sjunne Duhnsen

Leitende Ärzte / Ärztinnen
Dr. Ulrike Brehmer
Dr. Hendrik Lohr
Dr. Marianne Sigg

Kaderärzte/innen
Dr. Eva Geisler
Dr. Bernhard Lienemann
med. prakt. Fatemeh Dani

MRI-Befund

Schmid Pascal, geb. 01.04.1969
Im Grünenhof 25, 8625 Gossau ZH

Fall-Nr.: 2002793 / Ambulant
16.07.2015 / Illebe

MRI der HWS nativ vom 16.07.2015

Indikation:
Chronisches zerviko-radikuläres Syndrom rechtsbetont.

Befund:
Keine Höhenminderung einzelner Wirbelkörper. Leichtgradig degenerativ bedingte Zwischenwirbelraumverschmälerung der zervikalen Bandscheiben mit Wasser- und Höhenverlust. Multisegmentär in den Segmenten HWK 4/5, HWK 5/6 und HWK 6/7, finden sich sehr schmale subligamentäre Protrusion insbesondere im Segment HWK 5/6 und verstärkt bei HWK 6/7, daslebst mit einer Breite von 3-4 mm und einer zusätzlichen paraligamentärer Komponente nach links, mit Kontakt zumindest zum anterioren Zügel der Nervenwurzel C7 links. Keine signifikante Einengung des Spinalkanals. Reguläre Darstellung des Myelons ohne Hinweise auf Myelopathie. Zusätzlich besteht in den Segmenten HWK 5/6 und HWK 6/7 bilateral eine leichtgradige ossäre Einengung der Neuroforamina.

Beurteilung:
Breitbasige Protrusion im unteren Abschnitt der HWS mit Schwerpunkt HWK 6/HWK 7 mit kurzstreckiger Kontaktzone zur Nervenwurzel C7 und möglicherweise geringgradiger neuroforaminal ossärer Komponente.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Bernhard Lienemann
Kaderarzt Radiologie

Elektronisch visiert

Schwerpunkte
Digitales Röntgen
Ultraschall
Mammografie
MIBB (minimal invasive
Brustbiopsie)
Mikro-Eingriffe
Computertomografie
Magnetresonanztomograf
Nuklearmedizin

KOPIE

Herr
Dr. med. Christian Hildenbrand
FMH für Allgemeine Innere Medizin
Rapperswilerstr. 19
8620 Wetzikon

Zürich, 06.07.2016/sl

Schmid Pascal, Oberlandstrasse 68, 8610 Uster
Geburtsdatum: 01.04.1969

Sehr geehrter Herr Kollege Hildenbrand

Besten Dank für die Zuweisung des obgenannten Patienten, welchen wir seit dem 01.04.2016 in unserer ambulanten Schmerzprechstunde behandeln.

Schmerzrelevante Diagnosen

- Chronische Schmerzkrankheit:
 - Lumbales FBSS, St. n. zweimaliger Rückenoperation
 - Chronisches Cervicoradiculärsyndrom
 - Hinweise für somatoforme Schmerzstörung

MRI LWS 16.07.2015

Bei Status nach Spondylodese LWK5/SWK1 kein Hinweis auf aktiven Knochenprozess in diesem Bereich. Normale Weite des Spinalkanals. Im unteren Abschnitt der LWS sind keine protrudierenden Discopathien erkennbar.

MRI HWS 16.07.2015

Breitbasige Protrusion im unteren Abschnitt der HWS mit Schwerpunkt HWK6/HWK7 mit kurzstreckiger Kontaktzone zur Nervenwurzel C7 und möglicherweise geringgradiger, neuroforaminaler, ossärer Komponente.

Interventionen bei uns

- 20.04.2016: Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) Schultern bds. und cervical bds. mit 2 x 4000 Stössen, 10 Hz, 1,2 - 1,8 bar.
- 27.04.2016: 2. ESWT Schultern bds. und cervical links mit insgesamt 7000 Stössen, 12 Hz, 1 bar. Ergebnis neg. (Kontrolle 23.5.16).

15.06.2016: SCS-Teststimulation lumbal. Punktion BWK12/LWK1, Octrode Spitze Oberkante BWK8 median - leicht paramedian rechts.
Anmerkung: Punktion LWK1/2 nicht möglich wegen starken Vernarbungen.
Testergebnis neg. (Kontrolle vom 27.06.2016).

Anamnese und Befund

Seit 14 Jahren bestehende Nacken- sowie auch Kreuzbeschwerden. Nackenschmerzen vor allem bei Schreibtisctätigkeiten oder Heben von Gewicht. Im Kreuz vor allem bei Haushaltstätigkeiten. Wärme wirkt entspannend und schmerzlindernd. Die Schmerzqualität ist krampfartig im Nacken sowie stechend bis drückend im Kreuz. Schmerzausstrahlung in beide Arme: Oberarmaussenseite. Einschlafgefühl in der rechten Hand ulnarseitig. Schmerzausstrahlung auch in beide Beine: Oberschenkelrückseite auf beiden Seiten bis Kniehöhe (dort Aussenseite).

Der Patient nimmt Oxycontin ret. 80-0-80 mg, Oxynorm-Tropf. 5 mg 8 x tägl. und bei Migränebeschwerden Imigran-Spray. Ausserdem Olfen ret. 2 x 75 mg tägl. Pantoprazol 40mg 1-0-0, Movicol 1 Sachet morgens, abends 4 mg Sirdalud.

Herr Schmid hatte vor mehr als 10 Jahren cervicale Infiltrationen, er reagierte damals mit einer Schmerzexazerbation nach Angabe. Lumbale Infiltration (PDA?) blieben ebenfalls ohne Erfolg. Danach wurde er zweimal lumbal am Rücken operiert (2000 und 2011) mit anschliessend Besserung der neurologischen Ausfälle, aber keine Besserung der Beschwerden. Cervicale Botox-Infiltrationen ohne Erfolg. TENS-Behandlung war auch erfolglos.

Keine systemischen Vorerkrankungen bekannt. Allergien: keine gegen Medikamente. Keine Infektion / kein Fieber derzeit. Blutgerinnung anamnestisch normal.

Sozial: Seit 2003 keine Berufstätigkeit, vorher hat er als Informatiker gearbeitet. Hatte 100 % IV-Rente, Kürzung nach Revision, wird aktuell mit anwaltschaftlicher Hilfe angefochten. Verheiratet, 2 Kinder (18- und 17-jährig), leben im gleichen Haushalt wie Patient.

Keine Druckdolenz über Facettengelenken bds. lumbal. Vorwärtsbeugen der LWS nicht schmerzhaft, Finger-Boden-Abstand > 30 cm. Reklination und Seitwärtsneigen der LWS geht. Gluteale Valleix-Punkte bds. neg. Lasègue und Kernig-Zeichen bds. neg. Sensibilität in Unterschenkelinnenseite vermindert, ansonsten sensomotorisch cursorisch unauffällig. ISG bds. nicht dolent. Mennell bds. neg. Hüfte rechts mit schmerzhafter Innenrotation, links o. B. Nacken mit schmerzhafter Facettenregion rechts in der oberen HWS Hälfte. Kopfdrehen nach allen Seiten eingeschränkt, aber nicht schmerzhaft. Hartspann der paravertebralen Nacken- und angrenzenden Schultermuskulatur bds. Sensomotorisch dort unauffällig.

Beurteilung und Prozedere

Die Vorgeschichte ist Ihnen hinlänglich bekannt, wir konnten uns erfreulicherweise direkt telefonisch miteinander über den Fall austauschen.

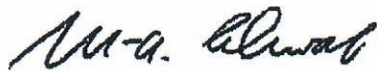
Die SCS-Teststimulation war leider negativ, somit wurde die Elektrode nach Lösen des Haltefadens wieder entfernt. Anlässlich der letzten Besprechung mit dem Patienten, haben wir entschieden, eine Opiatrotation mit Palexia 75mg 2 – 3 Tabl. tägl. je nach Verträglichkeit zu starten anstelle von Oxynorm. Oxycontin ret. 80mg 1-0-1 wird vorläufig belassen und erst später reduziert. Anmerkung: 120 mg Oxycontin entsprechen 600 mg Palexia, letztere Dosis entspricht gleichzeitig der empfohlenen Tageshöchstosis (wegen Noradrenalin-Rezeptor-Hemmung nebst My-Rezeptoragonismus von Palexia).

Mit anderen Worten: wahrscheinlich ist eine vollständige Opiatrotation auf Palexia nicht möglich, dies trifft umso mehr zu bei gleichzeitigem Arbeitsversuch. Gegebenenfalls wäre eine separate arbeitsmedizinische Untersuchung im Sinne einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sinnvoller, dies jedoch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn eine Stabilisierung der Schmerzsituation erreicht werden konnte.

Wir haben auch die Option eines Remifentaniltests besprochen: Voraussetzung für die Durchführung sind aber Beschwerden auch im Liegen weil dieser Test aus Sicherheitsgründen nur liegend durchgeführt werden kann: hochdosierte, intravenöse Opiatverabreichung über Perfusor mittels Remifentanil (= Opioid mit sehr kurzer Halbwertszeit).

In der Hoffnung Ihnen mit diesen Angaben gedient zu haben und mit nochmaligem Dank für die Zuweisung, verbleibe ich

mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Marc-André Schwab
Facharzt FMH für Anästhesiologie
FA Interventionelle Schmerztherapie

Kopie

Herr Pascal Schmid, Oberlandstr. 68, 8610 Uster (In Beantwortung seiner E-mail-Anfrage vom 05.07.2016)

Medikamenteneinnahme

Pascal Schmid 01.04.1969

23.04.2019

morgens:

Dosierung	Medikament
120 mg	Inderal
50 µg	Seretide 250
100 mg	Pregabalin
40 mg	Pantoprazol
15 ml	Paragol N
200 mg	Palexia Retard
0.5/0.4 mg	Duodart
200mg	Riboflavin
400mg	Brufen

abends:

Dosierung	Medikament
15 ml	Paragol N
100 mg	Pregabalin
200 mg	Palexia Retard
1 mg	Sirdalud
50 µg	Seretide 250
200mg	Riboflavin
400mg	Brufen

2 Stunden vor Bett gehen

Dosierung	Medikament
0.50 mg	Pramipexol

Bei Bedarf

Kopfschmerzen täglich 2-3x

Asthma

Dosierung	Medikament
100 µg	Ventolin
10mg	Maxalt
6mg/0.5 ml	Imigran
2.5mg	Zomig-oro

2-3/Tag

Katheter

VaProPlus Pocket

Coloplast SpeediCath Flex

Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

1x / Woche

Dr.med CH. Hildenbrand, Rapperswilerstrasse 24, 8620 Wetzikon
Tel. 044 932 23 33

Psychiatrie:

dipl. Arzt Daniel Busch, Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich, ZADZ
Tel. 044 386 66 00

Psychologin

Lic. phil. Cornelia Zink, SPZ Nottwil, Guido A. Zäch Strasse 1,
6207 Nottwil Tel. 041 939 54 54

Traumabehandlung:

Frau V. Nölle, Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich, ZADZ
Tel. 044 386 66 00 2x/Woche

Neurologin:

Frau Dr.med. Ines Zangger, Winterthurerstrasse 18A, 8610 Uster
Tel. 044 942 31 41

Chiropraktiker:

Dr. Jochen Brenner, Praxis Prodorso, Walchestrasse 15, 8006 Zürich
Tel. 044 269 96 00

Physiotherapie:

Frau Barbara Walss, eidg. dipl. Physiotherapeutin 2x/Woche
Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich, ZADZ, Tel. 044 386 66 00

Balgist:

Neuro-Urologie, Prof. Thomas M. Kessler, Forchstrasse 340
8008 Zürich, Tel. 044 386 11 11