

Medizinischer Befundbericht

- Leberwerte: Unauffällig
- hs-Troponin: Negativ (kein Herzinfarkt)
- CRP: Leicht erhöht (8.4 -> rückläufig)
- TSH: Normal
- Erythrozyten/Hämoglobin: Leicht erhöht (evtl. Dehydratation)
- GFR: Normal (ca. 80 ml/min)

Untersuchungen

- EKG: Sinusrhythmus, unauffällig
- Röntgen Thorax: Kein Infiltrat, keine Stauung
- Sonographie Abdomen: Organe unauffällig

Klinischer Verlauf

Aufnahme wegen retrosternaler Beschwerden und erhöhter CRP-Werte.

Kein Hinweis auf Herzinfarkt. Beschwerden durch chronische Gastritis und Reflux erklärbar.

Entlassung nach Stabilisierung. Empfehlung zur Fortführung der PPI-Therapie und Kontroll-Endoskopie.

Medizinischer Befundbericht

Patient: Thomas Krüger

Geburtsdatum: 11.07.1971

Berichtsdatum: 21.07.2025

Aufenthalt

Stationärer Aufenthalt bis zum 09.07.2025 in der Medizinischen Klinik.

Diagnosen

- Geringgradige chronische Gastritis (Antrumgastritis)
- Refluxösophagitis mit möglicher eosinophiler Komponente
- Kein Hinweis auf Helicobacter pylori
- Keine Dysplasien, keine bösartigen Veränderungen

Endoskopische Befunde

- Speiseröhre: 4 cm große Schleimhautläsion mit Refluxzeichen
- Magen: Entzündliche Schleimhaut im Corpus und Antrum
- Duodenum: Unauffällig

Histologischer Befund

- Keine Helicobacter pylori
- Geringgradige chronische Entzündung
- Hinweis auf mögliche eosinophile Ösophagitis (weiter beobachten)

Empfohlene Therapie

- Omeprazol 40 mg: Einnahme 1-0-1 (morgens und abends)
- Kontroll-Endoskopie in 3 Monaten
- NSAR (z. B. Ibuprofen) möglichst vermeiden

Laborwerte (Auszug)

Information zur Medikation

Omeprazol 40 mg 1-0-1:

- Im Arztbericht wird die Einnahme von Omeprazol 40 mg morgens und abends empfohlen.
- Eine konkrete Enddauer ist nicht genannt.
- Es soll bis zur Kontroll-Magenspiegelung in 3 Monaten unter dieser Therapie fortgesetzt werden.
- Danach entscheidet der Arzt über die Fortführung oder Anpassung der Medikation.

Arztbrief & Biopsie-Zusammenfassung

Kurzzusammenfassung des Befunds:

- Magen (Antrum): Leichte chronische, nicht aktive Gastritis, kein *Helicobacter pylori*.
- Magen (Corpus): Unauffällige Magenschleimhaut, kein *Helicobacter pylori*.
- Übergang Speiseröhre/Magen: Mittelgradige chronische und aktive, erosive Entzündung mit auffälliger Eosinophilie. Refluxösophagitis wahrscheinlich, eosinophile Ösophagitis nicht sicher ausgeschlossen. Keine Barrett-Schleimhaut, keine Dysplasie, kein Krebsnachweis.

Therapie & Empfehlungen:

- Umstellung auf Omeprazol 40 mg 1-0-1, Pantoprazol beendet.
- NSAR (Ibuprofen, Diclofenac) vermeiden.
- Kontroll-Magenspiegelung in 3 Monaten unter PPI, mit Stufenbiopsien der Speiseröhre.

Zeitraum:

- Aufenthalt: 08.07.2025–09.07.2025
- Histologiebericht: 15.07.2025
- Abschlussbericht: 21.07.2025

Auswertung der Probe:

Die Probe wurde bereits untersucht und das Ergebnis ist im Bericht enthalten.
Wesentliche Punkte: Keine bösartigen Zellen, keine Barrett-Schleimhaut, keine Dysplasien. Eosinophile Entzündung möglich, weitere Abklärung mit Kontrollendoskopie empfohlen.

Zusammenfassung Arztbrief

Was wurde gefunden?

- Magen (Antrum): Leichte chronische, nicht aktive Gastritis, kein *Helicobacter pylori*.
- Magen (Corpus): Unauffällige Magenschleimhaut, kein *Helicobacter pylori*.
- Übergang Speiseröhre/Magen (GE-Junction): Mittelgradige chronische und aktive, erosive Entzündung mit auffälliger Eosinophilie. Passt zu Refluxösophagitis, eosinophile Ösophagitis nicht sicher ausgeschlossen. Keine Barrett-Schleimhaut, keine Dysplasie, kein Krebs.

Was wurde im Aufenthalt noch geklärt?

- Herzinfarkt ausgeschlossen.
- Röntgen und Ultraschall ohne akute Auffälligkeiten.
- CRP nur leicht erhöht.

Therapieempfehlungen

- PPI umgestellt/erhöht: Omeprazol 40 mg 1-0-1 (morgens & abends).
- Pantoprazol beendet.
- NSAR (z. B. Ibuprofen, Diclofenac) vermeiden.

Nächste Schritte

- Kontroll-Magenspiegelung in 3 Monaten unter PPI-Therapie.
- Stufenbiopsien der Speiseröhre zur sicheren Abklärung.

Daten & Zeitraum

- Aufenthalt: 08.07.2025–09.07.2025
- Nachbericht Histologie: 15.07.2025
- Arztbrief gedruckt: 21.07.2025

Kurz gesagt

Kein Hinweis auf Krebs. Leichte Gastritis im Magen, entzündliche Reizung am Übergang Speiseröhre/Magen. Typisch für Reflux, eosinophile Ösophagitis nicht ausgeschlossen. Kontrollendoskopie empfohlen, Omeprazol 40 mg 2× täglich einnehmen, NSAR meiden.

Behandlung

1. Eliminationsdiät:

- Bestimmte allergene Lebensmittel werden weggelassen und später einzeln wieder eingeführt, um Auslöser zu identifizieren.

2. Medikamente:

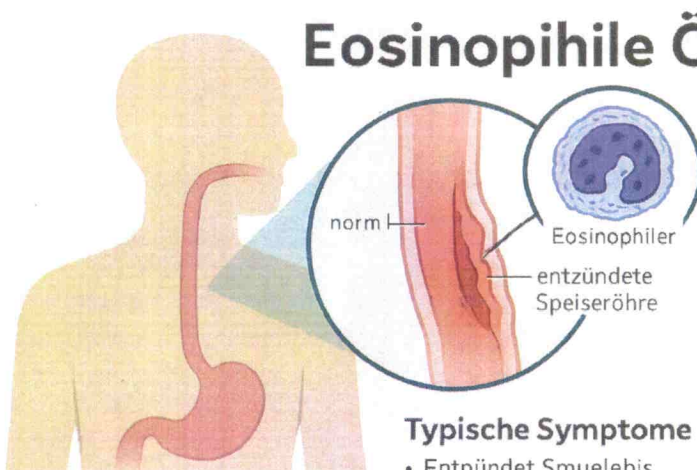
- **Protonenpumpenhemmer (PPI)** können helfen (z. B. Omeprazol).
- **Kortisonhaltige Sprays** (z. B. Budesonid oder Fluticason) werden **geschluckt**, um die Speiseröhre zu behandeln – nicht inhaliert wie bei Asthma!

3. Bei Verengungen:

- **Dehnung (Dilatation)** der Speiseröhre durch den Arzt bei ausgeprägten Engstellen.

Verlauf

- Die Krankheit ist **chronisch**, aber **gut behandelbar**.
- Ohne Behandlung kann sie zu **Narben und dauerhaften Engstellen** führen.
- Mit konsequenter Therapie lassen sich die Symptome meist vollständig kontrollieren.



Eosinophile Ösophagitis

Typische Symptome

- Genährt an dergeisch an Hause rit
- Ber Schlungg. Schwellung und Sargung
- Mit Verengungen baf andbar bei Sazierüren

Typische Symptome

- Entpündet Smuelebis (Dysphagie)
- Steckenbeiben von Nahrung in der Speiseröhre

Ursache / Aulöser

- Meist allergisch bedingt: Reaktion auf Nahrungsmittel (z. B. Milch, Weizen, Soja, Nüsse) oder Nero

Was passiert im Körper

- Erwalitte Eosinophills in Esosphaus geschwellen, Schwellung, narrbarn
- Bi durchllagen. Schwellungen daueram narrber oder Fernernung

Diagnose

- Aussehausi mit Endoskopie mit Gewesbe-samben (Typigesahlen)
- Längsrillen oder weiße Flocke (z. B. MPI)
- Mikroskopie an lasum

Behandlung

- Eliminationsdiät: b bestriebe allergene Lebensmittel wenden
- Medikamente. (z. B. Büdetons gachluften Öespa-s) ageshuldt

Verlauf

- Chronisch, aber kommlebe sicherbar soil Symptomen meist kontrollien

Die **eosinophile Ösophagitis (EoE)** ist eine **chronisch-entzündliche Erkrankung der Speiseröhre** (Ösophagus). Sie wird durch eine **vermehrte Ansammlung von eosinophilen Granulozyten** (das sind spezielle weiße Blutkörperchen, die bei allergischen Reaktionen und Entzündungen beteiligt sind) in der Schleimhaut der Speiseröhre verursacht.

Hier eine verständliche Übersicht 📌

Was passiert im Körper

- Normalerweise kommen in der Speiseröhre keine oder nur sehr wenige **Eosinophile** vor.
- Bei der EoE wandern sie jedoch in großer Zahl in die Schleimhaut ein.
- Dadurch entstehen **Entzündungen, Schwellungen** und im Verlauf **Narben oder Verengungen** (Strikturen).

Typische Symptome

- **Schluckbeschwerden (Dysphagie)** – häufig bei festen Speisen
- **Steckenbleiben von Nahrung** in der Speiseröhre („Bolusimpaktion“)
- **Brustschmerzen** (ähnlich wie Sodbrennen)
- **Sodbrennen**, das nicht gut auf Protonenpumpenhemmer (z. B. Omeprazol) anspricht
- Bei **Kindern** auch: Erbrechen, Gedeihstörungen, Essverweigerung

Diagnose

- Durch eine **Magenspiegelung (Endoskopie)** mit **Gewebeproben** (Biopsien) aus der Speiseröhre.
- Typisch sind:
 - Längsrillen oder weiße Flecken auf der Schleimhaut
 - Nachweis von **≥ 15 Eosinophilen pro Gesichtsfeld** im Mikroskop

Ursache / Auslöser

- Meist **allergisch bedingt**: Reaktion auf **Nahrungsmittel** (z. B. Milch, Weizen, Soja, Eier, Nüsse) oder **Inhalationsallergene** (z. B. Pollen).
 - Familiäre Häufung möglich.
 - Häufig bei Menschen mit **Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis**.
-

Herrn
Thomas Krüger
Gneisenastr. 14 A
31275 Lehrte

Unser Zeichen

Kontakt / Information

Telefon

Datum

0511 9501407

09.07.2025

Sehr geehrte Frau Dr. med. Voigt,
wir berichten über Ihren Patienten Herrn **Thomas Krüger** *11.07.1971,
Gneisenastr. 14 A, 31275 Lehrte, der sich in nachfolgend genanntem Zeitraum in
unserer stationären Behandlung befand:
08.07.2025 bis **09.07.2025**

Diagnosen:

Chronische , nicht aktive Antrumgastritis
Mittelschwere chronische und aktive Ösophagitis, a.e. Refluxoesophagitis mit
auffallender Eosinophilie DD eosinophile Oesophagitis
Ausschluss akuter Myokardinfarkt

Anamnese: Die notfallmäßige Vorstellung des Patienten erfolgte mit Ihrer Einweisung
als vertretende Hausärztin mit retrosternalen Brennen und V. a. Refluxösophagitis.
Vom Hausarzt seit 1 Woche Pantoprazol 40 verschrieben bekommen. Die
Beschwerdesymptomatik besteht seit ca. 2 Wochen mit zunehmendem Schmerzen.
Letzte Gastroskopie 2019, laut Patient unauffällig. Koloskopie ebenfalls 2019,
einzelne Polypen abgetragen. Ansonsten unauffällig. 3 kg Gewichtsabnahme in den
letzten Wochen bei Inappetenz. Stuhlgang unauffällig. Viel Stress in den letzten
Wochen gehabt. Keine Übelkeit, kein Erbrechen.

Sozialanamnese: selbstversorgend mit Ehefrau

Allergien: Cotrimoxazol

Vormedikation: Pantoprazol 40 mg 1-0-0 (seit ca. 1 Woche)

Aufnahmebefund: Fußläufig mobiler, wacher Patient in gutem Allgemeinzustand.
Vollständig orientiert. Schleimhäute feucht. Lunge: Vesikuläres Atemgeräusch bds.,
bds. seitengleich ventiliert, keine Rassel- oder Nebengeräusche. Herz: Reine und
rhythmische Herztöne, keine Vitien, keine Ödeme. Arteria radialis bds. tastbar.

Medizinische Klinik

Dr. med. Christian Zellerhoff
Klinikdirektor / Chefarzt
Innere Medizin / Kardiologie
Intensivmedizin

Dr. med. Thorben König
Leiter Abteilung Elektrophysiologie

Dr. med. Frank Diepenbrock
Leiter Pneumologie

Sekretariat

Telefon 0511 950 2104
Telefax 0511 950 2105
medizinische-klinik@
vinzenzkrankenhaus.de

Dr. med. Armin Meister

Chefarzt
Gastroenterologie / Proktologie
Diabetologie

Sekretariat

Telefon 0511 950 2109
Telefax 0511 950 2108
gastroenterologie@
vinzenzkrankenhaus.de



Wirbelsäule ohne Klopfschmerz. Abdomen: Weich palpabel mit Druckdolenz im Epigastrium, keine Abwehrspannung, Darmgeräusche physiologisch ubiquitär. Kein Hinweis auf ein frisches fokales neurologisches Defizit.

Vitalparameter: Blutdruck: 135/90 mmHg, Herzfrequenz: 85/Min., Sauerstoffsättigung: 96% unter Raumluft, Körpertemperatur: 36,3°C

EKG bei Aufnahme: Sinusrhythmus, Frequenz: 67/min, Indifferenztyp, Zeiten in der Norm, keine signifikanten Erregungsrückbildungsstörungen

Röntgen-Thorax, 2 Ebenen vom 8.7.2025: Kein Infiltrat, Stau oder Pleuraerguss. Kein Pneumothorax. Oberes Mediastinum schlank. Trachea nicht eingengt. Aorta nicht aufgeweitet. Hili gefäßtypisch. Cor nicht vergrößert.
Alterspassende Skelettstrukturen.

Sonografie des Abdomens vom 9.7.2025:

Leber: Glatte Kontur, regelrechte Größe. Homogenes Binnenecho. Spitzer Leberwinkel. Vena portae regelrecht. Lebervenen regelrecht. Keine Raumforderung. Unauffälliger Befund.

Gallenblase: Gefüllt, regelrechte Wand, keine Konkrement. Extra- und intrahepatische Gallenwege normal weit. Unauffälliger Befund.

Pankreas: Regelrechte Organgröße, homogenes Echo, unauffälliger Befund.

Gefäße: Aorta regelrecht. Vena cava regelrecht.

Lymphknoten: Nicht nachweisbar.

Milz: Regelrechte Größe, schlankes Organ, unauffälliger Befund.

Nieren: Bds. unauffälliger Befund, bds. kein Harnstau.

Keine freie Flüssigkeit. Keine Pleuraergüsse bds. Harnblase gefüllt. Keine pathologische Kokarde. Meteorismus.

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie vom 9.7.2025:

Einsicht: Eingesehen bis: Pars descendens duodeni. CO2 wurde verwendet. Geräteaufsatz wurde nicht verwendet.

Ösophagus: 4 ca. 3mm große kleine Schleimhautinseln ca. 1cm oberhalb des gastroösophagealen Übergangs > PEs 3.

Magen: Diffus gerötete Schleimhaut im Corpus und Antrum.

Duodenum: Unauffällige Verhältnisse im eingesehenen Bereich des Duodenums.

Probenentnahme:

1. Zangen- PE (2x) im Antrum. Entzündung? HP?
2. Zangen- PE (2x) im Corpus. Entzündung? HP?
3. Zangen- PE (4x) kardianah. Dysplasie? Barrett-Epithel?

Die histopathologischen Befunde sind zum Zeitpunkt der Entlassung noch ausstehend und werden nachberichtet.

Zusammenfassung und Verlauf: Die stationäre Aufnahme erfolgte mit retrosternalen bzw. Oberbauchbeschwerden. Laborchemisch und elektrokardiografisch konnte ein akuter Myokardinfarkt ausgeschlossen werden. Im Röntgen des Thorax und sonografisch im Abdomen ließ sich kein Anhalt für eine akute Pathologie feststellen. Auch im laborchemischen Verlauf bestanden bis auf eine minimale erhöhte CRP keine relevanten Auffälligkeiten. Anschließend führten wir eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie durch. In dieser sahen wir einzelne Schleimhautinseln im Ösophagus und eine diffus gerötete Schleimhaut im Magen, am ehesten im Sinne einer Gastritis. Von den genannten Arealen entnahmen wir Proben zur histopathologischen Untersuchung. Wir empfehlen einen Wechsel des Präparates des Protonenpumpeninhibitors zu Omeprazol. Außerdem sollte die Einnahme von NSAR vermieden werden. Nach ausreichender Überwachung konnte Herr Krüger das Krankenhaus in Begleitung seiner Ehefrau stand- und gangsicher verlassen.

Die histopathologischen Befunde sind zum Zeitpunkt der Entlassung noch ausstehend und werden

nachberichtet.

Medikation bei Entlassung:

Omeprazol 40mg 1-0-1 (s. Nachtrag)
Pantoprazol 40mg beendet

Die genannten Medikamente können selbstverständlich durch andere Präparate mit gleichem Wirkstoff ersetzt werden.

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	8.7.25 19:13	8.7.25 19:29	9.7.25 10:46
GPT/ALT	bis 49	U/l		24	24
GOT/AST	bis 34	U/l		17	18
Gamma-GT	bis 73	U/l		28	26
CK	bis 171	U/l		117	86
Alk. Phosphatase	bis 116	U/l			97
Bilirubin gesamt	bis 1.2	mg/dl			1.02
Lipase	16 - 77	U/l			43
Harnstoff	bis 23	mg/dl			27↑
Kreatinin	0.7-1.3	mg/dl		1.05	1.03
GFR / CKD-EPI	bis 90	ml/min*1.7 3		80.65	82.54
Glucose	74 - 106	mg/dl		96	
Natrium	136 - 145	mmol/l		140	141
Kalium	3.5-4.5	mmol/l		3.85	4.22
CRP	bis 3.3	mg/l		4.1↑	8.8↑
hsTroponin I, quant.	< 60.4	ng/l		* < 2.50	
TSH	0.55 - 4.78	mIU/l		2.00	
Leukozyten	4.4-11.3	10 ³ /μl		5.63	4.57
Erythrozyten	4.1-6	10 ⁶ /μl		4.96	4.88
Hämoglobin	14-18	g/dl		14.9	14.9
Hämatokrit	42-50	%		43.4	43.5
MCV	83-103	fl		87.5	89.1
MCH	27-34	pg		30.0	30.5
MCHC	33-36	g/dl		34.3	34.3
RDW (EVB)	11-14.5			13.4	13.6
Thrombozyten	150-450	10 ³ /μl		221	230
MPV	7.8-11.0			9.1	9.6
Quick	70-130	%		100	
INR-Quotient				1.010	
aPTT	26-40	sec		27.8	
pH-POC	7.35-7.45		7.422		
PCO2-POC	35-45	mmHg	39.2		
pO2-POC	75-100	mmHg	40.9↓		
BE-POC	-3 bis 3	mmol/l	1.1		
O2-Sättigung-POC	92-98.5 (kapillär)	%	78.4↓		
Kalium-POC		mmol/l	3.9		
Natrium-POC		mmol/l	143.0		
Calcium-POC		mmol/l	1.1		
Glucose-POC		mg/dl	94.0		
Lactat-POC		mmol/l	0.6		
Hämoglobin-POC		g/dl	15.7		
Hämatokrit-POC		%	48.0		
Temperatur-POC		°C	37.0		

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	8.7.25 19:13	8.7.25 19:29	9.7.25 10:46
-------------	--------------	---------	-----------------	-----------------	-----------------

Probentyp-POC

Venous

Bemerkung:

Nachbericht vom 15.07.25:

Befund der Histopathologie

Beurteilung:

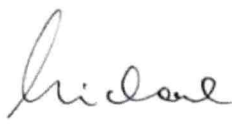
I: Geringgradige chronische Entzündung, nicht aktive Antrumgastritis mit mäßiger Fibrose und foveolärer Hyperplasie kommt. Kein Nachweis von *Helicobacter pylori*
 II. Entzündungsfreie Magenschleimhaut vom Korpustyp. Kein Nachweis von *Helicobacter pylori*.
 III. Schleimhaut des gastroösophagealen Übergangs mit mittelschwerer chronischer sowie aktiver erosiver Entzündung und auffallender Eosinophilie. Der Befund ist vereinbar mit einer Refluxösophagitis, eine eosinophile Ösophagitis aber auch nicht auszuschließen. Keine Barrett-Mucosa und keine Dysplasie. Kein Anhalt für Malignität

Ergänzung von Zusammenfassung und Verlauf: Im Magen kommt eine geringe chronische, nicht aktive Antrumgastritis festgestellt werden ohne Nachweis von *Helicobacter pylori*. Im Ösophagus wiesen wir eine mittelschwere chronische auch aktive erosive Entzündung nach mit auffallender Eosinophilie. Eine Refluxösophagitis wäre weiterhin möglich, eine eosinophile Ösophagitis lässt sich jedoch nicht eindeutig ausschließen. Wir empfehlen eine ambulante Kontrollendoskopie in 3 Monaten mit erneuter Probenentnahme (Stufenbiopsoe des Ösophagus + gezielt aus den oben beschriebenen Befunden) unter laufender PPI-Therapie. Das Omeprazol sollte in dieser Indikation auf 40mg 1-0-1 erhöht werden

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. A. Meister
Chefarzt



B. Michael
Oberärztin



P. Schott
Arzt in Weiterbildung

Empfänger:

Dr. med. Tanja Voigt, Praxis für Allgemeinmedizin, Iltener Straße 49, 31275 Lehrte

Nachrichtlich an:

Dr. med. Britta Langkopf, FÄ f. Allgemeinmedizin, Burgdorfer Str. 11, 31275 Lehrte
 Thomas Krüger, Gneisenastr. 14 A, 31275 Lehrte