

## Entlassungsbrief/ Entlassungsbericht

Frau Anna-Marie Michaela, 42 Jahre,  
geb. am 11.06. 1984  
Falkestraße 0  
00000 Nürnberg



Stationäre Behandlung vom 27.03.2026 bis 15.04.2026

### Fachleiter-Klinik für Innere Medizin

Falkestraße 0  
00000 Nürnberg

Telefon: 0000 00 00 00

#### Ärztlicher Direktor:

Prof. Dr. med. XXXX YYYYY  
Facharzt für Innere Medizin  
Nürnberg, den 15.04.2026

Sehr geehrte Frau Kollegin ...,  
Sehr geehrter Herr Kollege ...,

nachfolgend berichten wir über die stationäre Behandlung der oben genannten Patientin.

## Diagnosen

### Hauptdiagnose:

- Pulmonale Tuberkulose (mikrobiologisch gesichert) bei chronischem Husten, Hämoptysen und B-Symptomatik

### Nebendiagnosen:

- Hypothyreose bei Hashimoto-Thyreoiditis
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankung genauer gesagt Colitis ulcerosa (medikamentös eingestellt)

## Anamnese

Die 42-jährige Patientin stellte sich aufgrund eines seit etwa drei Monaten bestehenden, progredienten Hustens vor. Initial bestand ein trockener Husten, im Verlauf entwickelte sich ein produktiver Husten mit zähflüssigem, gelblich-grünlichem Auswurf. Seit wenigen Tagen berichtete die Patientin über streifige Hämoptysen.

Begleitend klagte sie über ausgeprägte Abgeschlagenheit, Leistungsabfall sowie Belastungsintoleranz. Zudem bestanden subfebrile Temperaturen insbesondere in den Abendstunden sowie ausgeprägter Nachtschweiß mit nächtlichem Kleidungswechsel.

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://youtube.com/@Fach.Leiter)  
[t.me/Fachleiter](https://t.me/Fachleiter)  
[t.me/Fachleiterinfo](https://t.me/Fachleiterinfo)  
[fachleiterinfo@gmail.com](mailto:fachleiterinfo@gmail.com)  
[instagram.com/fachleiterinfo](https://instagram.com/fachleiterinfo)  
[tiktok.com/@fachleiter](https://tiktok.com/@fachleiter)

Darüber hinaus berichtete die Patientin über einen ungewollten Gewichtsverlust von etwa 4 kg innerhalb von zwei Monaten bei bestehender Inappetenz.

Thorakale Schmerzen traten lediglich beim Husten auf. Dyspnoe in Ruhe, Palpitationen sowie gastrointestinale Beschwerden wurden verneint.

Ein relevanter Infektkontakt bestand anamnestisch im Rahmen eines Aufenthalts in Indien vor fünf Monaten mit Kontakt zu einer hustenden Person.

Im ambulanten Setting erfolgte bereits eine antibiotische Therapie, mutmaßlich mit Azithromycin, jedoch ohne klinische Besserung.

### Risikofaktoren:

- Auslandsaufenthalt in Endemiegebiet
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
- Nikotinabusus (3–4 Zigaretten täglich)

### Dauermedikation:

- Mesalazin 500 mg 1–0–1
- L-Thyroxin 75 µg 1–0–0
- Orale Kontrazeption
- Ibuprofen bei Bedarf

### Allergien:

- Penicillin: Urtikaria und Dyspnoe

### Körperliche Untersuchung

- Reduzierter Allgemeinzustand, wach und orientiert
- BMI im unteren Normbereich (Gewicht: 69 kg)
- Vitalparameter stabil
  - RR 120/75 mmHg
  - HF 88/min
  - SpO<sub>2</sub> 96 % unter Raumluft
  - Temp. 37,8 °C
- Haut blass, kein Ikterus
- Lunge: feinblasige Rasselgeräusche apikal rechts, sonst vesikuläres Atemgeräusch
- Herz: rhythmisch, keine pathologischen Geräusche
- Abdomen weich, kein Druckschmerz
- Keine peripheren Ödeme

- Keine neurologischen Defizite

Es ergaben sich keine Hinweise auf eine extrapulmonale Tuberkulose, insbesondere keine Lymphadenopathie, keine Rückenschmerzen, keine abdominalen Beschwerden oder neurologischen Auffälligkeiten.

Zusätzlich erfolgte eine augenärztliche Untersuchung ohne pathologischen Befund.

## Diagnostik

### Laborchemie vom 27.03.2026:

#### Blutbild

- Hämoglobin: 11,2 g/dl ↓
- Leukozyten: 9,8 /nl (grenzwertig erhöht)
- Thrombozyten: 410 /nl ↑

#### Entzündungsparameter

- CRP: 48 mg/l ↑
- BSG: 65 mm/h ↑

#### Elektrolyte

- Natrium: 137 mmol/l
- Kalium: 4,2 mmol/l
- Calcium: 2,25 mmol/l

#### Nierenwerte

- Kreatinin: 0,8 mg/dl
- Harnstoff: 28 mg/dl

#### Leberwerte

- GOT (AST): 32 U/l
- GPT (ALT): 35 U/l
- γ-GT: 42 U/l
- AP: 110 U/l
- Bilirubin gesamt: 0,9 mg/dl

#### Gerinnung

- INR: 1,0

- PTT: 32 s

#### Blutzucker

- Nüchtern glukose: 96 mg/dl

#### Weitere wichtige Basisdiagnostik

- HIV-Test: negativ
- Hepatitis-Serologie (HBV, HCV): negativ

#### Mikrobiologie (Sputumdiagnostik)

##### Ziehl-Neelsen-Färbung vom 28.03.2026

- Nachweis säurefester Stäbchen in drei konsekutiven morgendlichen Sputumproben

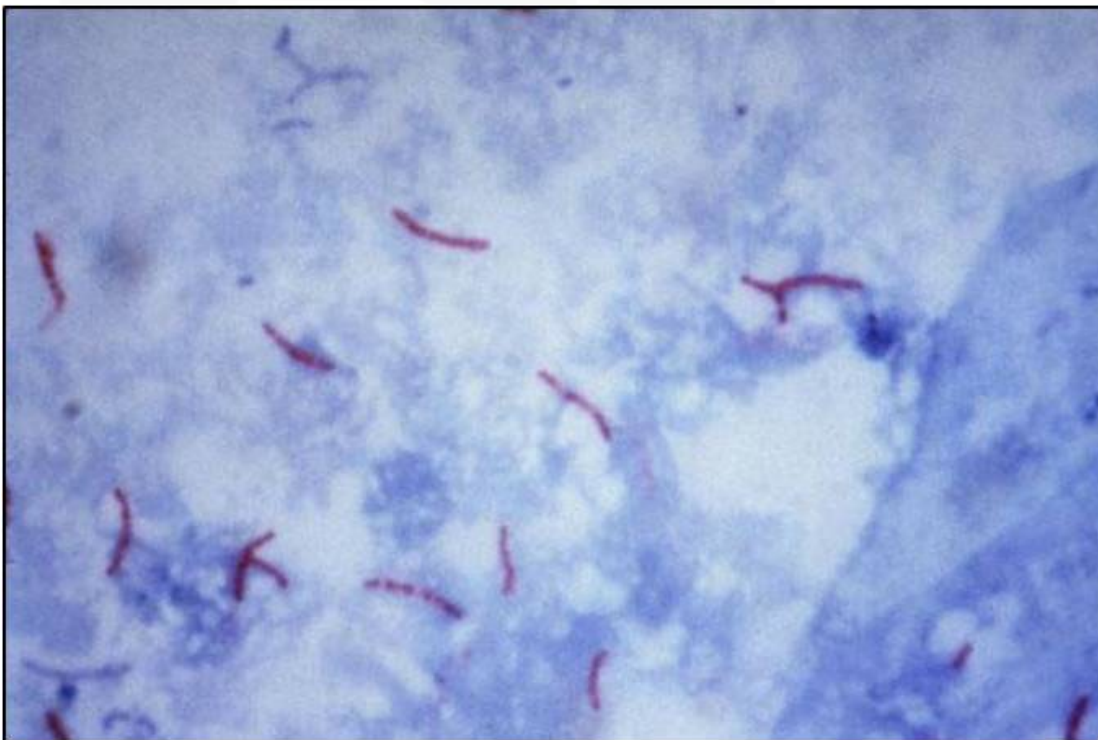


Abbildung.7Acid\_fast.bacilli.(AFB)?CDC.(Centers.for.Disease.Control.and.Prevention)?Public.Domain

##### PCR vom 28.03.2026

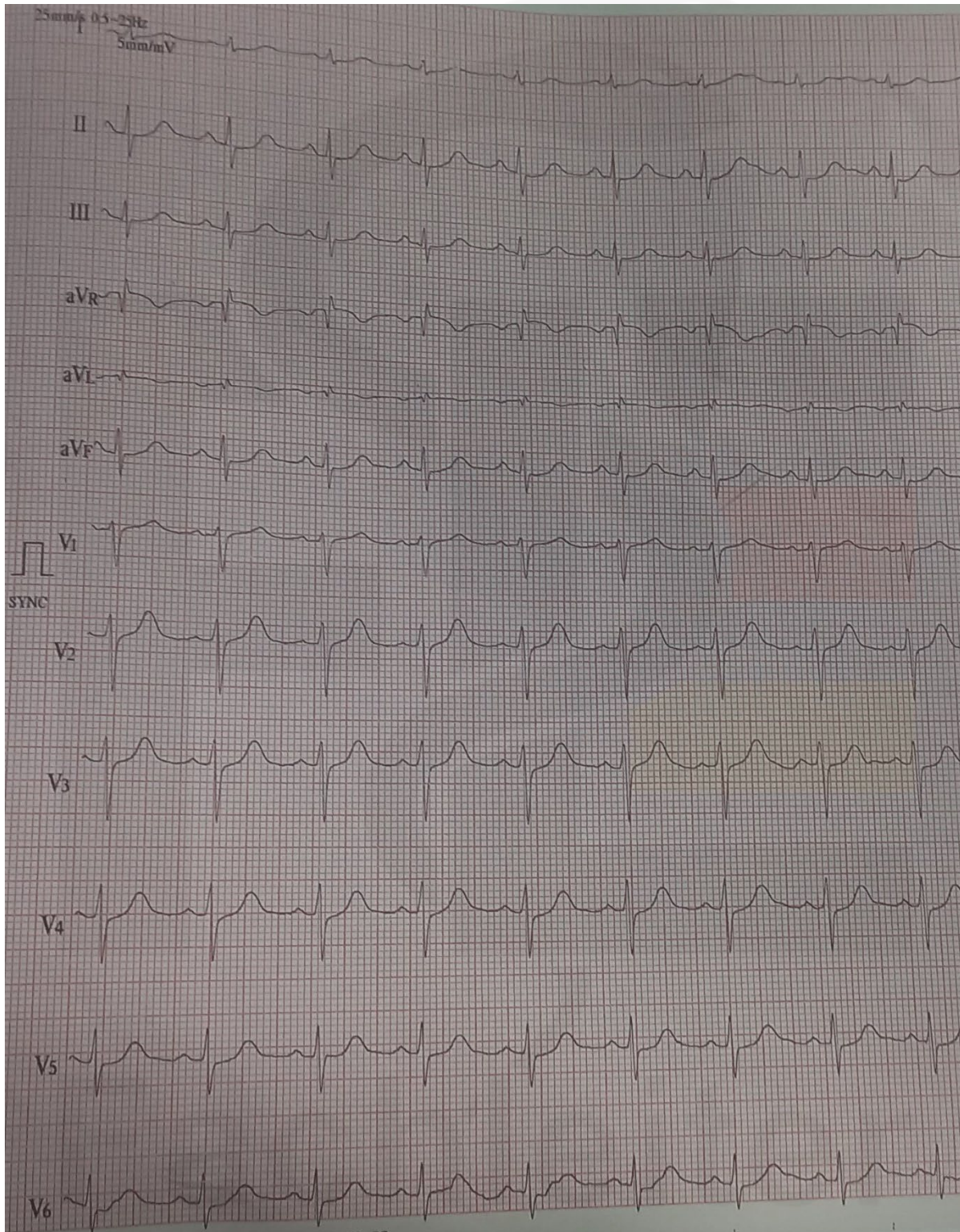
- Mycobacterium tuberculosis nachgewiesen

##### Kultur vom 02.04.2026

- Wachstum von Mycobacterium tuberculosis

## EKG vom 27.03.2026:

Sinusrhythmus, normofrequente Herzfrequenz, keine pathologischen Veränderungen.



## Bildgebung

Röntgen-Thorax (ÖGD) vom 27.03.2026:

kavernöse Veränderungen



CT-Thorax vom 28.03.2026:

Kavernöse Läsionen + vergrößerte mediastinale Lymphknoten.

Fachleiter

## Therapie und Verlauf

Die Patientin wurde initial unter Isolationsbedingungen stationär aufgenommen.

Nach mikrobiologischer Sicherung der Diagnose wurde eine antituberkulöse Vierfachtherapie eingeleitet.

Die Therapie für die ersten 2 Monate erfolgte als tägliche Gabe eines Fixkombinationspräparats. (28.03.2026)

Rimstar® 150 mg / 75 mg / 400 mg / 275 mg (Rifampicin / Isoniazid / Pyrazinamid / Ethambutol): 4 Tabletten einmal täglich morgens nüchtern

Zusätzlich:

Pyridoxin 20 mg: 1 Tablette täglich

Unter Therapie zeigte sich eine klinische Besserung mit Rückgang des Hustens sowie der subfebrilen Temperaturen.

Die Patientin wurde regelmäßig klinisch und laborchemisch kontrolliert. Es traten keine relevanten Nebenwirkungen der Medikation auf.

Die infektiologische Mitbehandlung sowie die Meldung an das Gesundheitsamt erfolgten leitliniengerecht.

Nach etwa zwei Wochen unter wirksamer antituberkulöser Therapie sowie nach mehrfach negativen Sputumkontrollen konnte die Isolierung am 12.04.2026 aufgehoben werden.

## Entlassung und Empfehlungen

Die Patientin wurde in stabilem Allgemeinzustand am 15.04.2026 in die ambulante Weiterbehandlung entlassen.

### Medikamentöse Therapie

Die antituberkulöse Therapie wurde am 28.03.2026 begonnen.

Die Initialphase erfolgte bis zum 27.05.2026 als tägliche Gabe eines Fixkombinationspräparats:

- Rimstar® 150 mg / 75 mg / 400 mg / 275 mg: 4 Tabletten einmal täglich morgens nüchtern
- Pyridoxin 20 mg: 1 Tablette täglich

Ab dem 28.05.2026 erfolgt die Weiterbehandlung in der Erhaltungsphase mit einer Zweifachtherapie:

- Rimactan® 600 mg: 1 Tablette einmal täglich morgens nüchtern
- Isoniazid 300 mg: 1 Tablette einmal täglich morgens nüchtern

### Kontrollen

- Regelmäßige pneumologische und infektiologische Verlaufskontrollen
- Regelmäßige Überwachung möglicher medikamentöser Nebenwirkungen
- Regelmäßige Laborkontrollen, insbesondere der Leberwerte
- Regelmäßige mikrobiologische Verlaufskontrollen mittels Sputumuntersuchungen

### Patientenschulung und Aufklärung

Die Patientin wurde ausführlich über die Erkrankung, den Übertragungsweg sowie die Notwendigkeit der konsequenten Therapieadhärenz aufgeklärt.

Insbesondere wurde erläutert:

Die Therapie muss über mehrere Monate konsequent eingenommen werden

Ein vorzeitiges Absetzen kann zur Resistenzentwicklung führen

Einhaltung von Hygienemaßnahmen (Hustenetikette, ggf. Maskentragen)

Vermeidung enger Kontakte während der infektiösen Phase

Zusätzlich wurde die Patientin über mögliche Nebenwirkungen der Medikation aufgeklärt, insbesondere:

Hepatotoxizität (v. a. unter Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid)

- Gelbliche Verfärbung der Haut oder Augen, dunkler Urin (wie Cola), heller Stuhl, Übelkeit oder Erbrechen, Appetitlosigkeit, Schmerzen im rechten Oberbauch, starke Müdigkeit oder Schwäche

Sehstörungen unter Ethambutol

- Verschwommenes Sehen, allgemeine Sehverschlechterung, Probleme beim Erkennen von Farben (insbesondere Rot-Grün), Grauschleier vor den Augen

## Prognose

Bei frühzeitiger und konsequenter Therapie besteht eine gute Prognose mit hoher Heilungsrate.

Die Prognose ist jedoch abhängig von der Therapietreue und dem Ansprechen auf die medikamentöse Behandlung.

Prof. Dr. med. XY  
(Oberarzt)

Dr. med. AB  
(Chefarzt)

Dr. med. CD  
(Stationsarzt)

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://youtube.com/@Fach.Leiter)  
[t.me/Fachleiter](https://t.me/Fachleiter)  
[t.me/Fachleiterinfo](https://t.me/Fachleiterinfo)  
[fachleiterinfo@gmail.com](mailto:fachleiterinfo@gmail.com)  
[instagram.com/fachleiterinfo](https://instagram.com/fachleiterinfo)  
[tiktok.com/@fachleiter](https://tiktok.com/@fachleiter)

# Fachleiter