



BRANDENBURG KLINIK  
BERNAU BEI BERLIN

An die Weiterbehandelnden Kollegen

Neurologische Frührehabilitation:  
Chefärztin Dr. med. Elke Kretzschmar

Neurologie:  
Chefarzt Prof. Dr. med. Michael Jöbges

Telefon 03 33 97/ 3-4001  
Telefax 03 33 97/ 3-4044  
Bernau, 18.12.2015

### Kurzbrief zur Entlassung

Patient: Mahler, Horst, geb. 23.01.1936  
wohnhaft [redacted], 14532 Kleinmachnow

Sehr geehrte Kollegen

o.g. Pat. befand sich vom 21.08.15-2.11.2015 Phase B und C sowie  
vom 03.11.2015 bis zum 18.12.2015 Phase D  
zur stationären Rehabilitation in der Brandenburg Klinik-Bernau

### Diagnosen (ICD 10):

G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie nach vital bedrohliche Sepsis Candida Alb. und Unterschenkelamputation links 08/2015
E11.74	Diabetes mellitus, Typ insulinpflichtig
E14.74	Diabetisches Fußsyndrom
I70.24	pAVK Stad IV
I48.2	Permanentes Vorhofflimmern
N19	Niereninsuffizienz stad III
I50.9	Herzinsuffizienz
R43.8	Geschmackssinnstörung
I80.28	Z.n. Tiefe Venenthrombose (TVT) links 2012
H81.2	Neuropathia vestibularis link 07/2012
D47.2	V.a Monoklonale Gammopathie
I70.9	Arteriosklerose mit Plaques in linken ACC und Karoisbifurkutation bds.
I65.0	Stenose der Arteria vertebralis
I63.9	Älterer Infarkt im Bereich der capsula interna rechts
H26.9	Katarakt
	Unterschenkelödem
	Passagere Hypotonie
	Schwindel mit Sturzneigung
	Anämie
	Orale Antikoagulation mit Xarelto

**Staatsanwaltschaft München II**  
Strafvollstreckung



Staatsanwaltschaft München II, Arnulfstr. 16-18, 80335 München

Herrn Rechtsanwalt  
[redacted]

Frau Redmann  
Telefon: 089/55973183  
Telefax: 089/55973578

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Bitte bei Antwort angeben  
Akten - / Geschäftszeichen  
11 VRs 42142/07

ri  
Datum  
21.12.2015

Vollstreckungsverfahren gegen Horst Werner Dieter **Mahler**, geboren am 23.01.1936

wegen Volksverhetzung

offene Forderung: Kosten des Verfahrens:

7.725,16 EUR

**Gesamtbetrag:**

**7.725,16 EUR**

Sehr geehrter Herr Rechtsanwalt [redacted]

nachdem die Klinik die Erstellung einer Stellungnahme zur Haftfähigkeit abgelehnt hat, habe ich nunmehr ein langerichtiges Gutachten zur Frage der Haftfähigkeit in Auftrag gegeben.

Mit freundlichen Grüßen

Redmann  
Rechtspflegerin

**Hausanschrift**  
Arnulfstr. 16-18  
80335 München

**Geschäftszeiten**  
Mo. - Fr. 08.00 - 12.00 Uhr

**Kommunikation**  
Telefon: 089/559705  
Telefax: 089/55973327

# HELIOS Klinikum Emil von Behring

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité Universitätsmedizin Berlin  
Behring-Krankenhaus · Lungenklinik Heckeshorn · Orthopädie Oskar-Helene-Heim



HELIOS Klinikum Emil von Behring  
Walterhöferstraße 11 · 14165 Berlin

Zertifiziertes Gefäßzentrum Berlin Südwest  
Klinik für Angiologie  
Chefärztin Dr. med. Kathrin Enke-Melzer

Sekretariat Sandra Arras  
Tel. (030) 81 02-22 02  
Terminvereinbarung  
Tel. (030) 81 02-13 88

Klinik für arterielle und endovaskuläre Gefäßchirurgie  
Chefarzt Dr. med. Michael Naundorf  
Klinik für Phlebologie  
Komm. Chefarzt Dr. med. Michael Naundorf

Fallnummer	Klinik / Station	Unser Zeichen	Telefon	Datum
1/60861189	ANGIO/22	ChSchw-dg	030/8102-1829	07.07.2016

Sehr geehrte Frau Dr. [REDACTED]

wir berichten über unseren gemeinsamen Patienten **Mahler, Horst, 23.01.1936**, wohnhaft in [REDACTED] in Kleinmachnow, der sich in der Zeit vom 05.07.2016 bis 08.07.2016 in unserer stationären Behandlung befand.

## Diagnosen

1. Aneurysmatose
  - a. max. Aneurysma-Ausbreitung im Bereich der distalen Arteria femoralis superficialis mit 1,7 cm (exzentrische Konfiguration), im Verlauf monophasische Flussprofile
  - b. CT-Angiographie der thorakalen und extremitätenversorgenden Gefäße
2. Ausgeprägtes a.e. sekundäres Lymphödem im rechten Bein nach schwerer Lymphangitis im Bereich des rechten Beines bis zur Leiste und bis zum Rumpf reichender Phlegmone 08/2015
  - a. Ausschluss einer tiefen Venenthrombose
  - b. Komplexe physikalische Entstauungstherapie mittels Lymphdrainagen und Kompression
3. V.a. AV-Fistel (Arteria femoralis superficialis zur Vena femoralis superficialis) rechts
  - a. Schriftlicher CT Befund ausstehend, Befundbesprechung in Ambulanz am 28.07.2016, 11:30
4. Zustand nach vital bedrohlicher Sepsis bei phlegmonöser Entzündung des linken Unterschenkel mit konsekutiver Unterschenkel-Amputation 08/2015
  - a. Zustand nach septischer Enzephalopathie mit passagerer Sprechstörung und Critical-Illness-Polyneuropathie
5. Zustand nach tiefer Beinvenen-Thrombose links 06/2012
6. Älterer Infarkt im Bereich der Capsula interna rechts
7. Carotiplaques bds (Bulbus car. bds.) ohne signifikante Stenosen
8. Permanentes Vorhofflimmern
  - a. **aktuell:** bei bradykard bis normofrequent übergeleitetem Vorhofflimmern, Pausierung der Cordarex-Therapie, QTc-Zeit größer 540 ms
  - b. Schlaganfallprophylaxe mittels Xarelto
9. Mitralklappeninsuffizienz Grad II
10. Trikuspidalklappeninsuffizienz Grad II
11. Diabetes mellitus Typ 2, insulin-pflichtig, HbA1C aktuell 7,2%
  - a. periphere diabetische Polyneuropathie

- b. Zustand nach diabetischem Fußsyndrom
12. Arterieller Hypertonus
  13. Chronische Niereninsuffizienz im Stadium III, GFR aktuell 44 ml/Minute
    - a. KM-Applikation unter nephroprotektiven Maßnahmen
  14. Verdacht auf monoklonale IgA-Gammopathie vom Lambda-Typ, unklare IgA-Erhöhung
  15. Zustand nach Vestibularis-Ausfall links 07/2012
  16. Zustand nach Arzneimittel-Exanthem mit hohem Fieber (ursächlich dd Meropenem, Teicoplanin, Caspofungin)

#### Therapie und Verlauf:

Die stationäre Aufnahme von Herrn Mahler erfolgte zur Abklärung einer seit mehreren Monaten bestehenden progredienten Schwellung des rechten Beines.

Bei Herrn Mahler wurde zuletzt im Rahmen einer septischen Infektion des linken Unterschenkels eine distale Unterschenkel-Amputation vorgenommen 08/2015. Linksseitig sei bereits im Jahr 2012 eine Thrombose aufgetreten. Aufgrund von bestehendem Vorhofflimmern ist der Patient mit Rivaroxaban vollantikoaguliert. Fragen nach Fieber sowie aktuell bestehenden Infektzeichen wurden explizit verneint. Laborchemisch ergab sich aktuell kein Hinweis auf einen bestehenden Entzündungsprozess. In der duplexsonographischen Untersuchung konnte eine tiefe Venenthrombose im Bereich des Oberschenkels ausgeschlossen werden. Der Unterschenkel war aufgrund eines massiven (am ehesten lymphatisch bedingten) Ödems nicht sicher diagnostizierbar. Nebenfundlich zeigte sich eine ausgeprägte Aneurysmatose im Bereich des arteriellen Gefäßschenkels. Hierbei zeigte sich eine max. Ausdehnung im Bereich der distalen Arteria femoralis superficialis von ca. 1,8 cm. Eine chronisch venöse Insuffizienz ließ sich aktuell nicht beweisen.

Zum Ausschluss eines proximalen Lymphabfluss-Hindernisses sowie Darstellung der Unterschenkel-Verhältnisse führten wir eine CT-Untersuchung des Beckens sowie Angiographie der Gefäße durch. Hierbei ergab sich der Verdacht auf eine bestehende AV-Fistel (proximale Arteria femoralis superficialis zur Vena femoralis superficialis). Die schriftlichen Befunde waren zum Entlassungszeit.

Bei klinisch deutlichem Aspekt eines Lymphödems und duplexsonographischem Ausschluss einer relevanten peripher-arteriellen Verschluss-Krankheit initiierten wir eine komplexe physikalische Therapie mittels täglichen Lymphdrainagen sowie anschließender Kompressionstherapie. Hierunter ließ sich eine befriedigende Negativbilanzierung von ca. 3,5 kg innerhalb einer Woche erreichen. Wir bitten um Fortsetzung der Kompressionsmaßnahmen. Insbesondere passten wir dem Patienten Kompressionsstrümpfe der Klasse II an, welche wir bitten regelmäßig anzuwenden.

Bei vorbekanntem Vorhofflimmern zeigte sich im Ruhe-EKG aktuell eine bradykarde bis normofrequente Arrhythmia absoluta. Die QTc-Zeit war mit >540 ms verlängert. Wir pausierten hieraufhin die Cordarexgabe. Wir bitten um Verlaufs-EKG in ca 2 Wochen. Röntgen-radiographisch ergab sich kein Hinweis auf einen akuten Dekompensationsaspekt.

Des Weiteren zeigten sich duplexsonographisch höhergradige arteriosklerotische Veränderungen beider Karotiden. Hinweise auf hämodynamisch relevante Stenosierungen ergaben sich hierbei nicht.

Bei Zustand nach schwerer Lymphangitis sowie Phlegmone im Bereich des rechten Beines 08/2015 gehen wir am ehesten von einem sekundären Lymphödem im Bereich des rechten Beines aus.

Wir bitten entsprechend um ambulante Fortsetzung der Lymphdrainage sowie Tragen der Kompressionsstrümpfe. Differentialdiagnostisch stellte sich im CT der Verdacht auf eine AV-Fistel. Zur endgültigen Befundbesprechung vergaben wir am 28.07.2016, 11:30 einen Termin in der angiologischen Ambulanz. Wir bitten um Mitgabe eines Überweisungsscheines.

Wir empfehlen regelmäßige Lymphdrainagen.

Wir entlassen Herrn Mahler in Ihre geschätzte ambulante Weiterbehandlung.

#### Entlassungsmedikation

Xarelto 15 mg	1-0-0
Bisoprolol 2,5 mg	1-0-0
Torem 5 mg	1-1/2-0
Amiodaron 200 mg	1-0-0 (Pause)
Pantozol 20 mg	1-0-0
Januvia 50 mg	1-0-0

Lantus Insulin

zur Nacht

**FKDS - Extremitätenversorgende Arterien vom 21.06.2016:**

FKDS Arteriell: Biphas. bis distal in ATA, ATP distal nur monophasisch (Truncus noch biphasisch). Nebenbefundlich aneurysmat. Aufweitung der AFS im Übergang medial nach distal bis 1,8cm im Querdurchmesser. Des Weiteren dekomp. Lymphödem Ausschluss TBVT bei Xareltoeinnahme nicht durchgeführt. stat Aufnahme (CT-A bei Aneurysmatose).

**FKDS - Extremitätenversorgende Arterien vom 06.07.2016:**

Beinarterien rechts: AFC,APF,AFS,A. popl biphasisch bei Plaques und Aneurysmose vor allem in der AFS mit distaler max. Aufweitung auf 1.7 cm bei exzentrischer Konfiguration. Geringer ausgeprägte Aneurysmose in der A.popl. ATA,AFIB und ATP bis distal kräftig monophasisch darstellbar (monophasisches Strömungsprofil vermutlich durch ausgeprägtes Unterschenkelödem).

Beinvenen rechts: VFC,VFS,VPF,V.popl. komprimierbar und ohne Nachweis von endoluminalem thrombotischen Material. Eingeschränkte venöse Atemmodulation. Insgesamt leicht erweitertes Venensystem. Unterschenkelvenen bei massivem Ödem nicht beurteilbar. Empfehlung: Angio-CT Becken-Beine mit venöser Phase. Bitte auch Klärung RF (Abflußstörung kleines Becken) sowie Beurteilung des Unterschenkels.

**Röntgen-Thorax 2 Ebenen stehend vom 05.07.2016:**

Voruntersuchungen liegen zum Zeitpunkt der Befundung nicht vor. Das Cor projiziert sich linksseitig leicht vergrößert. Kein Nachweis pulmonalvenöser Stauungszeichen. Kein Nachweis größerer Pleuraerguss-Formationen. Aortensklerose. Diskrete flauere Transparenzminderungen linkes Mittelgeschoss lateral unklarer Genese, DD: hier auch pulmonaler Rundherd nicht ausgeschlossen, weitere Abklärung empfohlen. Leichte Transparenzminderung perihilar und rechts basal paracardial, leichte bronchitische Zeichnungsvermehrung möglich, kein größeres kompaktes Infiltrat. Diskrete Spiegelbildungen in Überprojektion mit diskreter Gas-/Flüssigkeitsspiegelbildung in Überprojektion mit dem Cor, bzw. retrocardial in seitlicher Ebene, DD: Verdacht auf Hernierung von Magenanteilen nach thorakal.

**CT-Angiographie und CT des Beckens vom 07.07.2016:**

Schriftlicher Befund zum Entlassungszeitpunkt ausstehend.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Kathrin Enke-Melzer  
Chefärztin

  
Dr. med. Axel Köhler  
Funktionsoberarzt

  
Dr. med. Christopher  
Schwemmler  
Assistenzarzt

Hinweis: Wenn Sie diesen Brief ohne Unterschrift erhalten, handelt es sich um eine Zweitschrift.

Für einen digitalen Zugriff auf weitere Befunde und Berichte bieten wir Ihnen das HELIOS Ärzteportal an. Weitere Informationen dazu geben wir Ihnen gerne per E-Mail: [ibz.berlin-zehlendorf@helios-kliniken.de](mailto:ibz.berlin-zehlendorf@helios-kliniken.de) oder telefonisch: +49 30 8102-64360

Laborwerte

**05.07.2016 12:45:**

**Klinische Chemie:** Natrium 142 mmol/l, Kalium 4.8 mmol/l, Kreatinin 1.65 mg/dl (Norm: 0,70-1,20), Glukose 183 mg/dl (Norm: 70-115), HBA1c 7.2 % (Norm: 4,8-5,9), HBA1c (IFCC) 55.2 mmol/mol (Norm: 29-41), Bilirubin gesamt 0.4 mg/dl, GPT 13 U/l, Alk. Phosphatase 68 U/l, Gamma-GT 30 U/l, CK 94 U/l, NT-proBNP 1764 ng/l (Norm: < 852), Cholesterin 179 mg/dl, HDL-Cholesterin 41 mg/dl (Norm: >55), LDL-Cholesterin 117 mg/dl, Triglyzeride 106 mg/dl, CRP 5 mg/l

**Hämatologie:** Leukozyten 5.9 G/l, Erythrozyten 4.1 T/l (Norm: 4,5-5,9), Hämoglobin 12.1 g/dl (Norm: 14,0-17,5), Hämatokrit 0.37 l/l (Norm: 0,40-0,52), MCV 91 fl, MCH 30 pg, MCHC 33 g/dl, Thrombozyten 179 G/l

**Gerinnung:** Quick/TPZ (Neoplastin R) 77 %, INR 1.2

**Proteine:** Albumin k.Mat. g/l

**Schilddrüse/Hormone:** TSH (ECLIA) 0.56 mU/l

**CK-MB** prozent. entf. %, **abgeleitete mittlere Glukose** 160 mg/dl (Norm: 91-123), **GFR** CKD-Stadium Stad.3, **GFR-Schätzung (CKD-EPI)** 39 ml/Min (Norm: >90)

**06.07.2016 00:45:**

**Klinische Chemie:** Natrium 141 mmol/l, Kalium 4.1 mmol/l, Kreatinin 1.48 mg/dl (Norm: 0,70-1,20), CRP 5 mg/l

**Hämatologie:** Leukozyten 5.9 G/l, Erythrozyten 4.1 T/l (Norm: 4,5-5,9), Hämoglobin 12.1 g/dl (Norm: 14,0-17,5), Hämatokrit 0.37 l/l (Norm: 0,40-0,52), MCV 91 fl, MCH 30 pg, MCHC 33 g/dl, Thrombozyten 171 G/l

**GFR-Schätzung (CKD-EPI)** 44 ml/Min (Norm: >90), **GFR** CKD-Stadium Stad.3

weitere Empfänger:

Horst Mahler, 14532 Kleinmachnow

Dr. med. 

# Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled



Nachname

Horst-Werner

**B**

Geschäftszeichen 10227365

Die Berechtigung zur Einnahme einer  
Begleitperson ist ausgeschrieben

Gültig bis: 08.2017

Merkmale	GdB
G	70

Name  
**Mahler**

Vorname  
**Horst-Werner**

Geburtsdatum  
**23.01.1936**

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:  
LASV Brandenburg / 10227365

Gültig ab: 26.08.2015

PRAXISGEMEINSCHAFT

Dr. med.

14532 Kleinmachnow

INTERNISTISCHE FACHARZTPRAXIS  
DR.

Akademische Lehrpraxis der Charité  
Diabetes- & Ernährungs-Schwerpunktpraxis

Käthe-Kollwitz-Str. 31  
14532 Kleinmachnow  
fon: 033203 - 25 034  
fax: 033203 - 77 12 59  
email: b.grahl@tri-fit.de  
[www.tri-fit.de](http://www.tri-fit.de)  
[www.praxishaus-kleinmachnow.de](http://www.praxishaus-kleinmachnow.de)

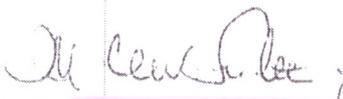
Ärztliches Attest

26.01.2017

**Patient: Horst Mahler**  
23.01.1936

4532 Kleinmachnow

Hiermit wird bescheinigt, daß der o.g. Patient auf absehbare Zeit aus ärztlicher Sicht nicht haftfähig ist



Dr.