

6. Der spätere Erblasser war 73 Jahre alt, als er ab Februar 2012 ausweislich der erbrechtlichen Auskunft der Beklagte keinen Zugriff mehr auf sein Geldvermögen und sein Renteneinkommen hatte. Die Gegnerin nutzte den schwerkranken und willensschwachen und ihr total hörigen und zunehmend ausgelieferten Erblasser für den geplanten erbrechtlichen Betrug.

S. 52

fremden Willens hatte, bestätigt der selber in Beweis K 29, wo er der Klägerin am 09.04.12 mitteilte: „ich besitze nicht mehr die Nervenkraft und auch nicht die Psyche, ein Verfahren, dessen Ausgang ungewiss ist, durch die Instanzen zu ziehen.“

Seit 2000, im Alter von 61 Jahren, war bei ihm eine seltene neurologische Erkrankung des Gehirns, Arnold-Chiari Malformation, diagnostiziert.

Spätestens seit 2016, als der Erblasser 77 Jahre alt war, wurde seine Schlafapnoe trotz mehrfacher ärztlicher Empfehlungen nicht mehr behandelt, auch keine Kontrolle im Schlaflabor mehr gemacht, wie arztseits auch vorgeschlagen. In der Folge trat die Tagesmüdigkeit wieder auf und entwickelte sich zu einer imponierenden Fatigue. Der Erblasser wurde von der Verdächtige auch gezielt wehr- und hilflos gemacht.

Ab 2016 mit Ergehen einer weiteren neurologischen Diagnose, Parkinson (atypisch) waren bei ihm mit der mehrere schwere komplexe neurologische Erkrankungen diagnostiziert, mit erheblichen Symptome wie Bewegungseinschränkungen, Dysarthrie, Dysphagie, Fatigue, Schwindel.

Spätestens ab Herbst/Winter 2019/20 wurde ein dysexekutives Syndrom festgestellt, auch eine Depression- beides wurde entgegen ärztlichen Empfehlungen nicht mehr weiter untersucht.

Er war damit auch wegen Krankheit, Behinderung und Alter gebrechlich und wehrlos.

Die Krankenakten des späteren Erblasser liegen umfassend über 20 Jahre zurück vor- wegen des Umfangs wird auf den zusammenfassenden Befundbericht vom 29.01.20 verwiesen.

Beweis: Befundbericht vom 29.01.20 Charité, Neurologie, K 50

Spätestens, nachdem der Erblasser ab Februar 2012 kein Konto, Zugang mehr hatte, also keinen Zugriff mehr auf sein Geldvermögen, noch auf seine Rente, die aber weiter überweisen wurde, also auf ein Konto, das dem Zugriff des Erblassers entzogen war.

war er im Sinne des § 225 StGB in besonderer Weise auf Fürsorge angewiesen, da er mangels Zugriff auf sein Geldvermögen und Renteneinkommen in einem Abhängigkeitsverhältnis desjenigen stand, der dieses vereinnahmte- augenscheinlich die Beklagte und Alleinerbin, zu deren Gunsten ja umfänglich erbrechtlicher Betrug angekündigt war.

Wiewohl für den späteren Erblasser weder eine Pflegestufe noch der Schwerbehindertenausweis beantragt wurde, war er auch im Sinne der Begriffsbestimmungen des § 2 SGB IX Abs. 1 behindert und auch schwerbehindert.

Daher ist auch nach Art. 12 Abs. 5 UN-BRK zu klären, wer ab Februar 2012 das Geldvermögen und die Rente und weitere Zahlungen des späteren Erblassers vereinnahmt hat, denn die Vertragsstaaten haben zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, das gleiche Recht wie andere haben, Eigentum zu besitzen, ihre finanziellen Angelegenheiten selber zu regeln und zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen nicht willkürlich ihr Eigentum entzogen wird.

Ausweislich

UN-BRK Art. 12

Gleiche Anerkennung vor dem Recht

(5) Vorbehaltlich dieses Artikels treffen die Vertragsstaaten alle geeigneten und wirksamen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere haben, Eigentum zu besitzen oder zu erben, ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln und gleichen Zugang zu Bankdarlehen, Hypotheken und anderen Finanzkrediten zu haben, und gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen nicht willkürlich ihr Eigentum entzogen wird.

Außerdem versorgte die Gegnerin den Erblasser nicht nach dringend gebotenen Massnahmen: Beispiel Behandlung der seit 2001 begonnen Dysarthrie und Dysphagie mit logopädischen, schlucktherapeutischen Massnahmen.

Seit 2001 bestehende Hypoglossusparesie und leichter Dyarthrie, die sich stetig verschlechterte und seit 2016 auftretenden Schluckbeschwerden, die sich stetig verschlechterten und 2019 beide mittelschwer geworden waren und hier artzseits mehrfach und auch intensive logopädische Massnahmen empfohlen wurde, wurden diese erst über 10 Monate später, kurz vor Tod eingeleitet. Bei Tod waren Dysarthrie, Dysphagie schwerst. Ausweislich einer fachlichen Einschätzung und auch der medizinischen Fachliteratur zu neurogenen Dysphagien: ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität, Komplikationsraten oder sogar einem tödlichen Verlauf einer Dysphagie und der frühzeitigen qualifizierten, hochfrequenten ressourcen- und funktionsorientierten Dysphagietherapie sowie standardisierten klinischen und bildgebenden Diagnostik ist aufgrund der aktuellen Studienlage, Erfahrungswerte aus klinischer und ambulanter Behandlung von Patienten mit Dysphagien jeder Ätiologie ist sogar hochwahrscheinlich.

a)

Ausweislich Arztbrief vom 08.01.03 erhielt der spätere Erblasser einen Arztbrief des International Neuroscience Institut Hannover an dem er sich zuvor vorgestellt hatte:

Seit 2002 ist eine gemischte Schlafapnoe, sowie eine Hypoglossusparesie rechte bekannt mit einer leichten Dysarthrie.

Beweis: Befundbericht Ini Hannover vom 08.01.2003, K 51

b)

Ausweislich Befundbericht vom 02.07.03, Neurologie UKS:

komplexe Fehlbildung der Schädelbasis, kombiniert m Denshochstand, Tonsillentiefstand- passend zu Dysarthrie u Ataxie

Anamnese

vor 2 Jahren plötzlich aufgetretene Dysarthrie

Beweis: Befundbericht, UKS vom 02.07.2003, K 52

c)

Ausweislich Arztbrief vom 19.8.14 zum stationären Aufenthalt vom 30 bis 31.07.14 zur Kontrolle an der UKS, Pneumologie:

neurolog Untersuchung gestörte Zungenmotorik m gestörter Sprache

Beweis: Befundbericht UKS vom 19.08.2014, K 53

d)

Aus dem Entlassungsbericht, vorläufig 18.4.16 u endgültig 2.5.16 (29.3.16-19.4.16 fand eine neurologische Reha in der Klinik Schönborn statt):

**Schlucken gut, aber verschlimmert, Schluckbeschwerden
Sprache verwaschen undeutl
Morgens stark verschleimt
rechte Seite läuft raus
eingeschränkte Zungenmotilität**

Logopädie

**Arnold Chiari Fehlbildung mit Hirnstamm symptomativ u deutlich Dysarthrie
chronische mittelschwere bis leichte Dysarthrophonie**

Beweis: Rehabericht Klinik Schönborn vom 02.05. 2016, K 54

e)

Ausweislich: Patientenakte des behandelnden Neurologen, Praxis für Neurologie, Prof. Claus, Bensheim, von 2016 bis 2019, Ausdruck Patientenakte:

30.11.16

Er habe mitunter auch Probleme beim Schlucken.

08.08.16

wegen der Schluckstörung wurde ein natives kraniales Kernspin veranlasst. (Dieses fand auch erst 2 Jahre später statt, siehe K 110, 111)

18.01.19

die Aufnahmen zeigen eine Zunahme des Dens Hochstands mit Kontakt zur Medulla oblongata. die Platybasie ist ausgeprägt. Dieser Befund erklärt die Schwindelsymptome

17.07.19

Geschmacksstörung und Hypoglossusparese.

Im unteren Bereich der Zunge befindet sich rechts eine geschwollene Speicheldrüse. Deshalb empfehle ich eine HNO/ zahnärztliche Überprüfung.

Beweis Patientenakte, 2016-2019, Prof Claus, Therapiegemeinschaft Bensheim, K 55

Beweis: Befundbericht Kh Darmstadt vom 16.10.2018, K 56

Beweis: Befundbericht Kh Darmstadt vom 02.11.2018, K 57

f)

Ausweislich K 50: Charité ALS Ambulanz, Arztbrief vom 29.01.20, Befundbericht:

Dysphagie, Dysarthrie mittelgradig

*Diagnose u.A. lokal umschriebenes muskuläres Syndrom mit Beteiligung des N. Hypoglossus und N. Glossopharyngeus re
Dysarthrie und Dysphagie mittelgradig
Raumforderung Zungengrund re
Anamnese u.A.*

**seit 09/2018 Dysphagie, vor allem am Speichel, langsam progredient
seit 09/2018 Dysarthrie, langsam progredient**

g)

Ausweislich Arztbrief Neurologie Charité waren bereits am 25.10.19 waren arztseits intensive logopädische Massnahmen empfohlen worden:

Diagnosen u.A: Dysarthrie, Dysphagie

Anamnese u.A. :Zudem sei die Sprache sehr verändert, sei undeutlicher und verwaschener. auch falle ihm das Schlucken schwer- so müsse er sich mehr konzentrieren um sich nicht zu verschlucken, er habe ein Kloßgefühl im Liegen.... vermehrter Speichelfluss

Zusammenfassende Beurteilung: u.A. im Hinblick auf die progrediente Schluck- und Sprechstörung mit Faszikulationen der Zunge ist zudem ein Overlap mit einer amyotrophen Lateralsklerose denkbar, welche insbes: bei C9orf72, sowie MAPT-,GRN Mutationen auftreten kann..

Therapieempfehlungen: u.A: zudem empfehlen wir intensive logopädische Massnahmen.

Beweis: Befundbericht Charité vom 25.10.19, K 58

h)

Ausweislich Charité, Neurologie, Arztbrief nach stationärem Aufenthalt vom 20.11.19, Befundbericht 6: hier sind auch die Befunde Logopädie, MRT Schädel etc. im Detail zu lesen, S.4 -5, zusammengefasst:

Diagnosen: u.A. Hypoglossusparese li und leichte Glossopharyngeusparese li mit Dysarthrie und Dysphagie

Anamnese: u.A. seit einem Jahr bemerke der Patient zunehmende Schluckbeschwerden.

Zusammenfassung und Beurteilung: u.A. beginnende Glossopharyngeusaffektion re Es erfolgte eine Beratung des Patienten und der Angehörigen über u.A. Adressen für weiterführende ambulante logopädische Praxis.

Beweis: Befundbericht Charité vom 20.11.19, K 59

i)

Ein Jahr später waren die Symptome schwer.

Eintrag in der hausärztlichen Akte am 23.11.20 ua. kann kaum schlucken, kann nicht schlucken. Notaufnahme im Vivantes Krankenhaus Spandau, (wo er eine Woche später verstarb).

Beweis: Hausärztliche Akte, K 60

Beweis: Befundbericht Kh Vivantes vom 02.12.2020, K 61

Ausweislich Vivantes Klinikum Spandau, Neurologie, ausweislich des logopädischen Befund des Vivantes Krankenhaus in Spandau vom 26.11.20, wo der Patient dann Tage später verstarb:

Beweis: logopädischen Befund des Vivantes Krankenhaus in Spandau vom 26.11.20 und Massnahmenplan, K 62:

***u.a. schwere oropharyngeale Dysphagie
schwerste Form der Dysarthrie, NGS (neurogene Sprachstörung, Faszialisparese
Hypoglossusparese***

Ausweislich Medikationsplan wurde er endotracheal abgesaugt.

In dem abschliessenden Befund heisst es:

***Schwerste Dysarthrie, Dysphagie.... Hypoglossusparese li, Glossopharyngeusparese re
Todesursache V. a Myokardinfarkt***

In dem logopädischen Befund während des Aufenthalts war bereits bei Aufnahme die Sprache unverständlich und am Ende keine Verständlichkeit mehr gegeben.

j)

Auch in Sachen Einleitung der intensiver logopädischer beim späteren Erblässers nach dringenden ärztlichen Massgaben, wurde diese nicht gemacht, sondern von der Gegnerin und Alleinerbin erst über 10 Monate später, 2 ½ Monate vor dem Krankenhausaufenthalt zum Tode hin eingeleitet.

Die Logopädie ist zwischen dem 01.09.20 bis 23.11.20 in der Praxis Friedebold durchgeführt

Aus den Patientenunterlagen ergibt sich:

der spätere Erblässer stellte sich in der Logopädie Praxis Friedebold zum ersten Mal am 01.09.20 vor und damit etwas über 10 Monate nach der ersten dringenden Empfehlung der Charité vom 25.10.19 .

In der Anamnese wurde lediglich Parkinson angegeben. Die detaillierten letzten neurologischen Befundberichte der Charité mit den multiplen neurologischen Diagnosen waren augenscheinlich nicht von der für den Erblässer verantwortlichen Gegnerin vorgelegt und auch nicht mitgeteilt, dass Sprachstörungen schon seit 2001 und dann Schluckstörungen spätestens seit 2016 ärztlich festgehalten sind.

Die logopädische Therapie umfasste 10 Einheiten einmal die Woche, ausweislich Patientenakte:

beim zweiten Termin 21.9.20

etwas brodelnder Stimmklang, benötigt mehrere Anläufe zum Schlucken

am 2.11.20 durchgehender Speichelfluss.

Beweis: Patientenakte Logopädie F, K 63

Aus dem Befundbericht der Logopädie Friedebold, **war deswegen Botox gespritzt worden, die Wirkung liese aber wieder nach (auch hier ist die Verdächtige nicht tätig geworden, diese wieder aufzufrischen; The intrinsic muscles of the larynx are important in respiration and phonation, whereas the extrinsic muscles of the larynx assist in swallowing... Botulinum toxin is a biological substance used in the management and treatment of voice and speech disorders. This activity describes the evaluation and treatment of various functional laryngeal disorders and explains the**

role of the interprofessional team in using botulinum toxin in managing patients with this condition; Laryngeal Botulinum Toxin Injection, A. Biello et al, 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567733/>)

Es fragte sich auch, warum hier keine weitere Botox Injektion mehr gemacht wurde.

Der Befundbericht war am 16.11. „an den weiterbehandelnden Arzt“ erstellt mit der Empfehlung die Logopädie fortzuführen und auf 2 mal wöchentlich zu erhöhen. Festgehalten wurde:

Dysarthrie und mittelgradige Dysphagie, Ausatemdauer deutlich reduziert, deutlich verminderte Zungenbeweglichkeit (seit 2014 festgehalten, siehe oben e)), deutlich verminderter Speichelschluck

**Beweis: Befundbericht vom 16.11.20 Logopädie F, K 64
Zeugenbeweis: Logopädie F**

Ausweislich der Patientenakte fand die Therapie in der Praxis statt. Am 23.11.20 erfolgte eine kurzfristige Absage und am 02.12.20 teilte die Verdächtige mit, dass der Erblasser verstorben war.

Ein (mit)behandelnder Arzt, Neurologe wird auch hier nicht benannt. Auch hieraus ergibt sich, dass der Erblasser und Opfer der Verdächtigten trotz seiner schweren neurologischen Erkrankungen keinem Facharzt mehr vorgestellt wurde und keine fachliche Behandlung mehr erfolgte.

Ausweislich der in der Beschwerde vorgestellten Fachliteratur zur logopädischen Therapie bei den Erkrankungen des Erblassers wurde dadurch auch verhindert, dass nicht wie nach Dziewas R., Pflug C. et al., Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie, 2020, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie empfohlen ein interdisziplinären Behandlungsansatz (inklusive neurologische Betreuung stattfand. Dieser wird in der o.g. Leitlinie empfohlen, gerade wenn noch eine weitere unklare neurologische Krankheitslage gegeben ist.

Die Ast hat mittlerweile die Nicht- bzw. deutlich verspätete Behandlung des Erblassers bewerten lassen können:

Logopädische Maßnahmen wurden mehrfach, von unterschiedlichen Fachärzten unabhängig voneinander und nach unterschiedlichen Untersuchungen und Untersuchungszeitpunkten empfohlen.

Die Dysphagie an sich wird in keinerlei Hinsicht infrage gestellt. Die über das MRT belegten hirnstammnahen Veränderungen können einen Hinweis auf das Vorhandensein einer Dysphagie geben.

Ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität, Komplikationsraten oder sogar einem tödlichen Verlauf einer Dysphagie und der frühzeitigen qualifizierten, hochfrequenten ressourcen- und funktionsorientierten Dysphagietherapie sowie standardisierten klinischen und bildgebenden Diagnostik ist aufgrund der aktuellen Studienlage, Erfahrungswerte aus klinischer und ambulanter Behandlung von Patienten mit Dysphagien jeder Ätiologie nicht auszuschließen oder sogar hochwahrscheinlich.

Die Verantwortung einer entsprechenden Behandlung (Diagnostik und Therapie nach oben genannten Standards) liegt nach entsprechender Empfehlung eines Facharztes beim

Patienten oder deren (vertretungsberechtigten) Angehörigen.

Beweis: Zusammenfassung zum vorliegenden Fall Herr Wehner, Wolfgang

***09.10.1939, vom Dysphagiefachzentrum AB, K 65**

Zeugenbeweis: MH, Leiter Dysphagiefachzentrum AB

Die Versicherung des späteren Erblassers übernimmt aktuell 57,70€ für 30 min Therapie. Üblicherweise rechnen Logopäden bei Privat Versicherten den 1,8 bis 2,3fachen Kassensatz, also ausweislich der beiliegenden Tabelle 88,92 bis 113,63€ ab. Die Zuzahlung von 31,22 bis 55,93€ pro Stunde, üblich sind im Durchschnitt 40 Stunden, beim späteren Erblasser wohl eher dauerhaft, also 4 bis 8 Mal mtl., also durchschnittlich 240€ wollte die Verdächtige vom hohen Renteneinkommen des späteren Erblassers noch von dessen Vermögen, das sie vereinnahmt hatte, nicht abgeben.

Beweis; Vergütungen von logopädischen Leistungen, K 66

Zeuge für von BVK übernommen Satz:

Zeugenbeweis: Versicherungskammer Bayern, Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts, Maximilianstraße 53, 80530 München