

15. Beweise dass die arztseits für den späteren Erblasser empfohlenen Behandlungen nicht mehr stattfanden oder erst über ein Jahr nach dringender ärztlicher Empfehlung, kurz vor dessen Tod eingeleitet wurden. Die Verdächtige hatte sämtliche Garantenstellungen inne.

Pkh Klageentwurf zur Klageerzwingung vom 21.07.25 S. 33-39:

11 a). Zur Fatigue und Schlafapnoe und den Entzug der Behandlungen im Verlauf können neue Beweise vorgelegt werden.

Trotz der arztseits empfohlenen jährliche Therapiekontrollen wurde der Patient dann nicht mehr vorgestellt:

**obwohl der Epworth Scale über 9 (bei 12) lag;
eine ungeklärte Dyspnoe vorlag;
die CPAP Therapie gut eingestellt war;
Patient subjektiv gut mit Gerät und Therapie zurecht kam.**

Unklar ist, ob er ein neues CPAP Gerät erhielt- ausweislich K 128 bis 132 hatte das alte Gerät 2014 eine zu hohe Laufleistung, konnte nicht mehr ausgelesen werden. Obwohl ein neues bereits 2014 verordnet worden war, war augenscheinlich 2015 noch das alte vorhanden- das aber nicht mehr ausgelesen werden konnte. Die letzte Verordnung zuvor hatte 2008 stattgefunden. Das Gerät des Erblassers und Opfer der Verdächtigten war also 6 Jahre alt.

Ausweislich Beweis 55 vom 29.01.20: anamnestisch Schlafapnoe Syndrom, CPAP wurde vor 5 Jahren beendet.

Also wurde entgegen der ärztlichen Empfehlung und Verordnung die Therapie nicht fortgeführt und kein neues Gerät besorgt.

Folgende Beweise wurden vorgelegt:

Strafanzeige vom 29.10.24:

Die Geschädigte und Tochter des Erblassers und Opfer der Verdächtigten hat hier bis dato folgende Beweise zur langjährigen Schlafapnoe, Tagesmüdigkeit und Fatigue- also zum deutlich reduzierten Gesundheits- und Abwehrzustand des Opfers folgende Beweise vorgelegt:

Ausweislich Beweis 54:

Ausdruck des Patientenprofils vom 26.06.24 aus der Praxis für Neurologie und Psychiatrie
Zeugenbeweis: Prof. Claus, im Ruhestand, aber zu erreichen über Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Darmstädter Str. 44, 64625 Bensheim:

30.11.16

*Seit längerem habe er wegen Schlafapnoe ein CPAP Gerät.
Er habe mitunter auch Probleme beim Schlucken.*

17.07.19

Chiari Malformation m unsystematischem Schwindel.

Geschmacksstörung und Hypoglossusparese.

Der Geschmack sei beeinträchtigt, Speisen, die eigentlich gut schmecken müssten, sind unangenehm.

Schlimm seien die unsystematischen Schwindelgefühle
Wegen Exophthalmus soll Schilddrüse überprüft werden.
CPAP Gerät benötige er nicht mehr, denn er schnarche nicht mehr.
Wir besprechen dass die CPAP Beatmung überprüft werden soll. Die Tagesmüdigkeit spricht für ein nächtliches SAS (Schlafapnoe Syndrom).
Im unteren Bereich der Zunge befindet sich rechts eine geschwollene Speicheldrüse.
Deshalb empfehle ich eine HNO/ zahnärztliche Überprüfung

Allerdings wurde dies entgegen der hier ergangenen Empfehlung nicht mehr überprüft.

Ausweislich Beweis 68

Arztbrief vom 15.08.19 des Klinikum Darmstadt:
Ausweislich des Arztbriefs vom 15.08.19 der Klinik für Nieren, Hochdruck, Rheumaerkrankungen Darmstadt:
bestand die Schlafapnoe seit 04/01. Es wurde festgehalten, dass die Müdigkeit mit einem grenzwertigen Eisenmangel vereinbar wäre. Es wurde mit ferinject substituiert und Kontrolle in 6 Monaten empfohlen.
Darüberhinaus bestand neben Zysten o.Ä. Zeichen eines chronischen Nierenparenchymschadens

Die Verlaufskontrolle wurde wiederum nicht gemacht. Erst ein Jahr später ist ausweislich **Nachweis 65** wieder ein Eisenmangel festgestellt und substituiert.

Ausweislich Beweis 65

Ausdruck Patientenverlauf und Zeugenbeweis
Dr. J. Zarringhalami, Kladower Damm 366, 14089 Berlin, Hausärztin des späteren Erblässers nach seinem Umzug von Zwingenberg/Hessen nach Kladow:

Die Verlaufskontrolle wurde wiederum nicht gemacht. Erst ein Jahr später ist ausweislich **Nachweis 65** wieder ein Eisenmangel festgestellt und substituiert.

Ausweislich Beweis 55

Befundbericht vom 29.01.20, ALS Ambulanz, Neurologie, Charité

Zeugenbeweis: Prof. Dr. Andrea Kühn und Prof. Dr. Thomas Meyer und Dr. Jenny Norden zu laden über CharitéCentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin:

heisst es in der Anamnese u.A.

anamnestisch Schlafapnoe Syndrom, CPAP wurde vor 5 Jahren beendet

SEIT 09 2018 allgemeine Schwäche mit Stürzen nach hinten langsam progredient

Myasthenes Syndrom m Lidheberschwäche (Ptosis),

Im Untersuchungsbefund (2019) imponierte zudem eine myasthene Symptomatik mit Ermüdbarkeit der Lidhebung im Rahmen einer Visitsituation.

Pkh Entwurf Klageerzwingung vom 21.07.25:

Die Geschädigte und Tochter des Erblässers und Opfer der Verdächtigten hat hier bis dato folgende Beweise zur langjährigen Schlafapnoe, Tagesmüdigkeit und Fatigue kann hier nun weiter aus den neu erhaltenen Patientenakten des Erblässers und Opfers vortragen:

dieser hatte bereits seit 2000 eine schwere Fatigue, von 2001 bis 2015 wurde er am UKS, Pneumologie wegen obstruktiven Schlafapnoe Syndrom (OSAS) und Upper Airways

Resistance Syndrom (UARS) behandelt und hatte ein nCPAP Gerät. 2014 (hier hatte der Erblasser und Opfer der Verdächtigten bereits an diese alles Vermögen und Einkommen abgegeben) wurde ein neues nCPAP Gerät verordnet, weil die alte Software nicht mehr ausgelesen werden konnte. Dergleichen 2015. Danach wurde Erblasser und Opfer von der Verdächtigten den weiteren ärztlichen verordneten jährlichen Kontrollen nicht mehr vorgestellt- trotz wieder zunehmender Fatigue und ärztlicher Empfehlung zuletzt, noch einmal im Schlaflabor vorzustellen und dies kontrollieren zu lassen- dies hatte Erblasser und Opfer auch mit dem Arzt besprochen (Beweis 54)

Diesen ärztlichen Massgaben nachzukommen und hier feststellen zu lassen, ob eine CPAP Therapie erfolgen muss, wäre der Verdächtigten unterfallen. Diese Verpflichtung hätte unbedingt bestanden. Diese hätte sich um die Gesundheitsorge des Erblassers und Opfers kümmern müssen.

Denn eine schwere Schlafapnoe bestand langjährig und die Therapie mit einem CPAP Gerät war erfolgreich gewesen.

Da bereits nachgewiesen wurde, dass die Verdächtige sämtlichen ärztlichen Massgaben, die Zuzahlungen und Eigenanteile verursachten (hierzu noch mal weiter unten), nicht nachkam, macht es auch hier höchst wahrscheinlich, dass es einfach kein neues Gerät mehr gab und auch kein neues mehr von der Verdächtigten gekauft werden wollte, weil sie keine Lust hatte von dem dem Erblasser und Opfer abgenommenen sämtlichen Vermögen und Einkommen ein neues nCPAP Gerät zu kaufen und insofern auch den artzseits vorgeschlagenen Untersuchungen nicht nachgekommen wurde.

Im Einzelnen:

Va. Schlafapnoe

Rezidivierender Schwindel

K123: Befundbericht vom 09.11.2000, Inneres, Klinikum Darmstadt, Prof Riegel

An der UKS ergab sich:

Langjährig schlecht eingestellten Hypertonus

Immer müde, schläft beim TV ein, gelegentlich beim Autofahren (unterschiedliche Angaben)

Unter Tap Dyspnoe

Wacht nachts häufig auf

Nykturie

Schnarchen i Rücklage

einzelne Atemaussetzer

enger Hals

K 124: Anamnese vom 29.11.2000, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Im Fortgang wurde an der UKS Schlafapnoe diagnostiziert und behandelt:

Upper Airways Resistance Syndrome

Nasenseptumsdeviation m Indikation zur Korrektur danach f. CPAP Einleitung geplant

arterielle Hypertonie m fehlender Nachtabsenkung

Dauerhafte Müdigkeit, Monotonieintoleranz, häufiges nächtliches Erwachen

Öfter Dyspnoe

Epsworth Scale 13 /24 (ab 9 werden Massnahmen empfohlen)

K 125: Befundbericht zum Aufenthalt vom 29.11.-01.12.00 vom 03.01.2001, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Zunächst war im Dezember 2000 eine Nasenseptumsplastik vorgenommen, da dies nicht ausreichte und der Schlaf weiterhin stark fragmentiert war und eine obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert wurde, sollte eine CPAP Therapie eingeleitet werden

K 126: Befundbericht vom 06.04.2001, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Am 26.4.01 wurde wegen der Schwere und der Auswirkungen in Form von Bluthochdruck eine Verordnung für eine Kostenübernahme CPAP über ein Sullivan IV und Respiration Nasenmaske für die Private Krankenkasse des Erblassers und Opfers ausgestellt.

K 127: Kostenübernahme vom 26.04.2001 an die Bayerische Krankenkasse, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Am 6.01.-07.01.02 fand eine Kontrolle statt, es wurde eine gute Therapieeinstellung festgestellt und die Fortsetzung neben Intensivierung antihypertensive Medikation empfohlen.

K 128: Befundbericht vom 06.01.2001, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Am 18.02.04 fand wiederum eine Kontrolle statt, mittlerweile war neurologisch eine Arnold Chiari Malformation diagnostiziert worden. Eine signifikante Tagesmüdigkeit besteht nicht mehr. Der Patient kommt gut mit dem nCPAP Gerät zurecht.

K 129: Befundbericht vom 18.02.2004, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Am 8.10.07 fand wiederum eine Kontrolle statt: Gute Einstellung CPAP, guter Schlaf, etwas Tagesmüdigkeit, Befunddetails Pyknisch/ Gewichtszunahme 5 Kg, Nykturie, Gelegentlich Dypnoe, Nyha II.

K 130: Befundbericht vom 8.10.07, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Am 14.05.08 fand wiederum eine Kontrolle statt: die stationäre Aufnahme erfolgte aufgrund der langen Nutzungsdauer und Betriebszeit des bisherigen CPAP Geräts. Der Patient berichtet gut mit dem alten Gerät zurecht gekommen zu sein es bestehe keine wesentliche Tagesmüdigkeit. Die Polysomnographie unter CPAP (Fa Tyco GoodKnight 420 S) zeigte eine gute Einstellung... so dass eine Geräteverordnung erfolgte. Epworth Scale unter 9 (7/24) also kein Eingreifen erforderlich.

K 131: Befundbericht vom 14.05.08, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Im Befundbericht zum stationären Aufenthalt vom 30.07 bis 31.07.14 heisst es: (Patient gab an letzte Kontrolle habe 2009 stattgefunden, lt Unterlagen 2008):

Upper airway resistance Syndrom

nCPAP 04/01

Adipositas WHO 1. Grades

Arterielle Hypertonie

12/00 Nasenseptums Plastik

Arnold Chiari Malformation
Facialisparese re

Seit 3 bis 4 Jahren Belastungsdyspnoe (a 3 Etagen Treppensteigen)

Wassereinlagerung in Beinen

Gewichtszunahme in letzten Jahren 10 Kg

3 bis 4 Kaffeetassen tgl

Ausreichender Allgemeinzustand

Exophthalmus

neurolog. Untersuchung gestörte Zungenmotorik m gestörter Sprache

K 132: Befundbericht vom 19.08.14, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Am 30.07.14 ergab die Epworth Sleepiness Scale Score = 12

(Scores below 9 are considered to be in the normal range sleep propensity, scores between 10 and 24 on the other side indicate that specialist diagnosis and treatment might be required)

K 133: Epworth Sleepiness Scale vom 30.07.14

Am 14.8.14 fand eine Vorstellung statt, weil weil seit längeren zunehmende Belastungsluftnot besteht und eine höhergradige Ventilationsstörung untersucht werden sollte. Eine Ursache wurde nicht gefunden.

Wegen zu hoher Laufleistung des vorhandenen CPAP Geräts wurde eine Folgeverordnung zur Weiterführung der Therapie an die Bayrische Beamtenkrankenkasse ausgestellt.

K 134: Befundbericht vom 20.8.14 und angehängte Verordnung, Pneumologie, UKS, Prof Sybrecht

Vom 25.07 bis 26.07.15 fand ein stationärer Aufenthalt statt:

Ausschluss einer höhergradigen Ventilationstörung

Upper airway resistance syndrom

nCPAP 04/01

Adipositas WHO 1. Grades

Arterielle Hypertonie

12/00 Nasenseptums Plastik

Arnold Chiari Malformation

zervikale Spinalstenose

Seit 3 bis 4 Jahren Belastungsdyspnoe (ab 3 Etagen Treppensteigen)

Wassereinlagerung in Beinen

Gewichtszunahme in letzten Jahren 10 Kg

3 bis 4 Kaffeetassen tgl

Darmgeräusche über alle 4 Quadranten

Leichte Unterschenkelödeme

Wach orientiert

Sehr gute CPAP Einstellung

subjektiv Therapie gut toleriert

Auswertung des Geräts aus techn Gründen nicht möglich

Wie üblich kommt Patient gut m Gerät zurecht

Wir empfehlen weitere jährliche Therapiekontrollen- gerne auch in unserem Schlaflabor.

K 135: Befundbericht vom 20.10.2015

Die Schlafapnoe ist dann wieder manifest:

Aus dem Entlassungsbericht der neurologischen Reha, vorläufig 18.4.16 u endgültig 2.5.16:

**Leichte sensomot PNP unklare Ursache
Seit einigen Jahren**

Art Hypertonie
Seit längeren

Angeborene Bewegungseinschränkung in beiden Ellenbogengelenken m Einschränkung d
Pronation u Supination bei V.a, Fehlbildung
Kyphose

Auffallende Schädeldeformation u deutl Gesichtsasymmetrie seit Kindheit
Aplasie Musculus hidrose amuloris ?
Protrusio bulbi (Exophtalmus)
Blick nach re leicht sakkad Blickfolge

Arnold Chiari II
M progredient Dysarthrie, Ganstörung, Feinmotorikstörung
Seit 15 Jahren

**Ohne Schmerzen
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**

**Schlafapnoe
Seit längerem erhöhte Schlafneigung**

**chronische bis mittelschwere bis leichte Dysarthrophonie, Schlucken ohne
Einschränkung**

K 139: Befundbericht vom 2.5.16, Neurologie Reha Klinik Schönborn