

11. Beweise dass der spätere Erblasser hochmorbide und schutzbefohlen war.

Fallzusammenfassung im Pkh Antrag vom 21.07.21, S. 2-4, sowie S. 8, S. 14, S. 45-47.

Zu diesem Betrug nutzte die Verdächtige den schwerkranken, willensschwachen Erblasser. Dieser hatte zusammengefasst seit 2001 folgende Diagnosen:

Myasthenes Syndrom m Lidheberschwäche (Ptosis), intermittierende Doppelbilder (Diplopie), im Tagesverlauf zunehmend Belastungsdyspnoe
V.a. beginnendes dysexekutives Syndrom, DD Frontotemporale Demenz DD
Corticobasale Demenz

Müdigkeit

seit 2001 Diagnose Arnold Chiari Malformation II

Seit 2016 Versuch m L-Dopa (Parkinson), seit 2018 kein Ansprechen mehr

Sensomotor PNP

Schlafapnoe Syndrom CRAP Therapie wurde vor 5 Jahren beendet

Gang mit Unterstützung kleinschrittig, breitbasis ataktisch

Raumforderung Zungengrund re vom Patienten als progredient beschrieben. Im HNO

ärztlichen Konsil während eines stationären Aufenthalts 11/19 war MRT Halsweichteile

empfohlen worden, ein Ergebnis der Untersuchung liegt nicht vor.

Im Untersuchungsbefund imponierte zudem eine myasthene Symptomatik mit

Ermüdbarkeit der Lidhebung im Rahmen einer Visitensituation, anamnestische

Hinweise auf im Tagesverlauf zunehmende Doppelbilder und einer Affektion der

Atemmuskulatur mit **Belastungssypnoe** und reduziertem Peak cough Flow von 150 l/m als

Hinweis auf ein neuromuskuläres Hypoventilationssyndrom.

Auffällig war zudem ein Dysexekutives Syndrom. Während der Untersuchung schienen Handlungsplanung und Handlungsdurchführung verzögert. Das Verhalten wirkte eher inflexibel. Es kam zu Perseverationen (krankhafte Beharren, Haftenbleiben oder Nachwirken von einmal aufgetauchten psychischen Eindrücken psychische Störung, uA Autismus, aber auch bei Schädigungen ZNS, Anm. Geschädigte) und Gedankenhaftungen. Die mnestischen Leistungen wirkten weniger beeinträchtigt.

Wir empfehlen eine erneute stationäre Aufnahme zur Komplettierung der Diagnostik und zum Ausschluss einer organischen Ursache des umschriebenen muskulären-, des myasthenen- und des dysexekutiven Syndroms (Apathie, Störungen der Exekutivfunktionen). Neben der Komplettierung der Elektrophysiologie empfehlen wir eine Liquodiagnostik einschliesslich der Bestimmung des neurofilament light chain (NFL(Marker für neurodegenerative Erkrankungen)) und der Demenzmarker.

BERATUNGSINHALTE UND PROCEDERE

stationäre Aufnahme zur Komplettierung der Ausschluss- und Zusatzdiagnostik

Charite Campus Mitte Klinik für Neurologie Sekt. Bewegungsstörungen, Station 116.

(aus Beweis 55 vom 29.01.20)

Ausweislich der Strafanzeige vom 29.10.24 S. 38:

Die Pflicht diesen ärztlichen Ratschlägen zu folgen, hätte die Verdächtige getroffen, die dem späteren Erblasser alle finanziellen Mittel zur Sicherung einer physischen Existenz abgenommen hatte, womit ihr dessen Gesundheitssorge oblag.

Diese wichtigen arztseits vorgeschlagenen Untersuchungen wurden augenscheinlich auch nicht angetreten, also einmal organische Ursachen abzuklären, zumal ja die Parkinson Medikamente nicht mehr anschlugen und der Erblasser in einem schlechten Zustand war.

**K 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, Charitéplatz1, 10117 Berlin;
Dr. J. Zarringhalami, Kladower Damm 366, 14089 Berlin, Hausärztin des späteren
Erblassers**

**Zeugenbeweis: Beziehung Abrechnungsunterlagen zum späteren Erblasser,
Versicherungskammer Bayern, Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts,
Maximilianstraße 53, 80530 München**