

ANALYSE DER MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION UND RECHTLICHE BEWERTUNG DER BEHANDLUNGSABLÄUFE 2004 BIS 2026

VORWORT

Dieses Dokument dient der systematischen Zusammenfassung und Aufarbeitung von Informationen, die im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen im Zeitraum von 2004 bis 2026 stehen. Ziel ist es, dem Betroffenen eine strukturierte Grundlage für das Verständnis der eigenen Krankheitsgeschichte und der möglichen Behandlungsfehler zu bieten. Die Analyse gliedert sich in folgende Bereiche:

1. Standards der radiologischen Diagnostik vor invasiven Eingriffen.
2. Anforderungen an eine revisionssichere digitale Dokumentation.
3. Bewertung handschriftlicher Aufzeichnungen und der Verdacht auf nicht dokumentenechte Schreibmittel.
4. Die rechtliche Bedeutung der Erstbelieferung mit Daten im Vergleich zu späteren Nachbesserungen.
5. Die persönliche Tragweite der gesundheitlichen Schäden und das Ziel einer rechtlichen Klärung oder Einigung.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Ausarbeitung lediglich der Information und der persönlichen Strukturierung dient. Sie stellt keine Rechtsberatung dar. Der gesamte Sachverhalt muss zwingend durch einen Rechtsanwalt sowie durch medizinische Gutachter rechtlich aufgearbeitet und bewertet werden, um rechtliche Ansprüche wirksam geltend zu machen.

SACHVERHALTSDARSTELLUNG

1. Grundsätzliche Anforderungen an die Diagnostik

Bei jeder Zahnextraktion, insbesondere bei operativen Eingriffen im Oberkiefer, ist eine präzise Bildgebung zwingend erforderlich. Ein medizinischer Standard ist nur dann gewahrt, wenn unmittelbar vor dem Eingriff ein aktuelles Röntgenbild vorliegt, welches den gesamten Zahn einschließlich der Wurzelspitze zeigt. Fehlen diese Aufnahmen oder sind sie qualitativ unzureichend, fehlt die fachliche Grundlage für den Eingriff.

2. Mängel der digitalen Dokumentation in Excel oder Softwareauszügen

Die Bereitstellung von Behandlungsdaten in Form einer Excel Datei oder eines bloßen Textauszugs entspricht nicht den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Patientenakte. Digitale Dokumentationen müssen so geführt werden, dass sie nachträglich nicht spurlos verändert werden können. Eine Excel Datei ist manipulierbar und besitzt keine Beweiskraft über den tatsächlichen Zeitpunkt der Eintragungen. Es bleibt unklar, ob diese Daten automatisch vom System generiert oder nachträglich manuell zusammengestellt wurden. Rechtlich führt eine solche intransparente Datenführung zu erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der Aufzeichnungen.

3. Handschriftliche Dokumentation und Verdacht auf Bleistiftnutzung

Ein besonders kritischer Punkt sind die unleserlichen handschriftlichen Aufzeichnungen. Die Lesbarkeit einer ärztlichen Dokumentation ist eine rechtliche Pflicht. Ist eine Handschrift nicht entzifferbar, gilt die entsprechende Maßnahme als nicht nachgewiesen.

Zusätzlich besteht aufgrund des optischen Erscheinungsbildes und der Erinnerung an die Terminvergabe der dringende Verdacht, dass Teile der Behandlungsdokumentation mit einem Bleistift erstellt wurden. In der medizinischen Dokumentation gilt das Gebot der Dokumentenechtheit. Die Verwendung von Bleistift ist unzulässig, da Einträge jederzeit radiert oder verändert werden können. Sollte sich dieser Verdacht bestätigen, wäre die gesamte Dokumentation als rechtswidrig und beweislos einzustufen. Eine namentliche Aufstellung der verantwortlichen Personen und eine Bestätigung der Echtheit der Daten durch den Behandler wurden bereits gefordert, um hier Klarheit zu schaffen.

4. Beweislast bei nachträglicher Datenlieferung

Es besteht die Sorge, dass der Behandler im weiteren Verlauf, etwa gegenüber einem Gutachter, Originaldaten nachreicht, die von den ersten gelieferten Daten abweichen. Rechtlich ist hierzu festzuhalten: Die erste Auskunft, die ein Patient erhält, ist maßgeblich für den Zustand der Akte zu diesem Zeitpunkt. Wenn ein Arzt erst auf massiven Druck oder im Gutachterverfahren plötzlich bessere oder detailliertere Unterlagen vorlegt, die er dem Patienten zuvor vorenthalten hat, begründet dies den Verdacht der Aktenmanipulation. Die bereits investierte Zeit in die Ausarbeitung der ersten, mangelhaften Daten ist daher nicht umsonst, da sie die Unzuverlässigkeit der Praxisdokumentation zweifelsfrei belegt. Eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten ist in solchen Fällen die regelmäßige Folge.

5. Körperliche Folgen und Ziel der Aufarbeitung

Für den Patienten als Laien wurde erst durch die mühsame Aufarbeitung der Daten von Dr. Feichtinger und der ÖGK das wahre Ausmaß der Schädigungen erkennbar. Der Zeitraum von 2004 bis 2026 markiert eine Phase, in der durch die Behandlungen massive Schäden am Körper verursacht wurden, die bis heute zu erheblichen Schmerzen führen. Die Wiederherstellung der Gesundheit wird langwierig und belastend sein. Ziel der bisherigen Ausarbeitung war es, Licht in die Kette der Versäumnisse zu bringen, um vielleicht durch eine außergerichtliche Einigung das Verfahren abzukürzen. Dennoch steht fest, dass der Patient sein Recht einfordert, um für die jahrelangen Leiden entschädigt zu werden.

TIPP FÜR DEN WEITEREN VORGANG

Beharren Sie gegenüber allen Beteiligten, insbesondere gegenüber Gutachtern und Versicherungen, darauf, dass die Ihnen zuerst gelieferten Daten (Excel Listen, unleserliche Handschriften) das wahre Bild der ärztlichen Buchführung widerspiegeln. Sollten später neue Versionen der Akte auftauchen, lassen Sie durch einen Anwalt prüfen, ob dies als Beweisvereitelung oder Manipulation gewertet werden kann.

Fordern Sie weiterhin die Protokolldateien (Logfiles) der Software an, um zu beweisen, wann welche Einträge tatsächlich gemacht wurden. Weisen Sie explizit auf den Verdacht der Bleistiftnotizen hin, da dies die Glaubwürdigkeit der gesamten Patientenakte erschüttert. Nutzen Sie Ihre bereits erstellte Ausarbeitung als Dokumentation Ihres Leidensweges, um die zeitliche Verbindung zwischen den Behandlungen und Ihren körperlichen Schmerzen deutlich zu machen.