

Lisa Hase

01.07.11

Staatsanwaltschaft Göttingen
Waageplatz 7

37073 Göttingen

Eilt! Verjährung zum 27.7.2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich Strafanzeige wegen des Verdachts auf Urkundenfälschung und möglicherweise weitere Straftaten gegen die Zahnärzte Herr Dr. [REDACTED] [REDACTED] Göttingen, [REDACTED] Göttingen und Frau [REDACTED]. Die genannten Zahnärzte haben in einem Zivilverfahren Patientenakten vorgelegt, die den Verdacht erregen, nachträglich erstellt und vorsätzlich manipuliert worden zu sein.

Herr Dr. [REDACTED] Frau [REDACTED] und Frau [REDACTED] waren in den Jahren 2004/2005 Mitarbeiter/Innen der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] in Göttingen. Ich war in dieser Praxis vom 21.2.04 bis zum 25.1.05 in Behandlung. Ich vermute, dass von Herrn Dr. [REDACTED] und Frau [REDACTED] Behandlungsfehler gemacht worden sind und habe aus diesem Grund mehrfach Einsichtnahme in meine Patientenakte gefordert. Dies wurde mir verwehrt, so dass ich vor dem Landgericht Göttingen auf Einsichtnahme in meine Patientenakte klagen musste. Im Rahmen dieses Verfahrens wurden am 14.12.2005 von der Anwältin der Gegenseite fünf einzelne handschriftliche Patientenakten vorgelegt. (Fünf Mitglieder der Gemeinschaftspraxis waren an meiner Behandlung beteiligt. Anlagen A1 bis A 5) Es wurde behauptet, eine gemeinsam geführte Patientenakte existiere nicht, da die Beklagten aus gesellschaftsrechtlichen und aus kassenrechtlichen Gründen einzelne Karteikarten hätten fertigen müssen. An dieser Behauptung und der Echtheit der vorgelegten Patientenakten habe ich massive Zweifel. Am 27.7.06 fand der Gerichtstermin im Verfahren. 2 O 1082/05 statt.

Die Praxis [REDACTED] präsentierte sich im Jahr 2004 als Gemeinschaftspraxis mit Herrn Dr. [REDACTED] als Chef, nahezu eine kleine private Zahnklinik mit eigenem Labor.

Es gab das Schild „Gemeinschaftspraxis“ vor dem Eingang (Anlage A6), einen gemeinsamen Empfang, eine gemeinsame Telefonnummer, gemeinsame Warteräume. Ich bekam zu Beginn der Behandlung bei Herrn Dr. [REDACTED] einen Anamnesebogen mit dem Briefkopf aller Praxiskollegen und mit der Emailadresse des Dr. [REDACTED] als Emailadresse aller Kollegen. (Anlage A 7) Mehrfach im Behandlungszeitraum verwies Herr Dr. [REDACTED] mich an seine Mitarbeiterinnen Frau [REDACTED] oder Frau [REDACTED] weiter, zur Anfertigung von Füllungen oder wenn er keine Zeit für meine Behandlung hatte. Ebenso selbstverständlich verwies Frau [REDACTED] mich nach der Behandlung zur Weiterbehandlung an Herrn Dr. [REDACTED] zurück. Am 13.9.04 stellte Herr Dr. [REDACTED] mir eine ärztliche Bescheinigung aus, in der er dokumentierte, ich sei seit dem 21.2.04 in seiner Praxis in Behandlung. (Anlage A 8) Am 21.2.04 war ich im Notdienst bei Frau Dr. [REDACTED] einer Mitarbeiterin der Praxis. (Anlage A 9) Als ich am 12.1.05 Frau [REDACTED] um eine Kopie der von den Kollegen gemeinsam geführten Patientenakte bat, führte sie Rücksprache mit Herrn Dr. [REDACTED] und teilte mir anschließend mit, sie könne mir diese nicht aushändigen, weil Herr Dr. [REDACTED] das nicht wolle. (Anlage A10)

Mir drängt sich der Eindruck auf, es habe sich im Jahr 2004 tatsächlich um eine Gemeinschaftspraxis gehandelt und es sei aus haftungsrechtlichen Gründen versucht worden, den Eindruck zu erwecken, es sei in getrennten Patientenakten dokumentiert worden. Letzteres ist auch aus Gründen meiner Behandlungssicherheit wenig glaubhaft: Da ich unter Okklusion- und Funktionsstörungen sowie starken Schmerzen litt und innerhalb der Praxis mehrfach zu anderen Behandlern verwiesen wurde, war es zwingend erforderlich, dass die unterschiedlichen Behandler über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ihrer Kollegen informiert waren.

Darüber hinaus gibt es Widersprüche zwischen den vorgelegten Patientenakten und zwischen Abrechnungen und Patientenakten. Diese lassen vermuten, hier sei vorsätzlich manipuliert worden, um Behandlungsfehler zu vertuschen. Dabei scheinen auch Flüchtigkeitsfehler passiert zu sein.

Erstaunlich sind zunächst die Deckblätter der vorgelegten Patientenakten von Frau [REDACTED] und Frau [REDACTED]. Sie sind identisch, und sie sind falsch. Ich habe weder eine Autoimmunerkrankung noch eine Allergie gegen Zithromax. Ich hatte eine Störung der Immunabwehr und eine schwere Darmstörung infolge der Einnahme von Zithromax. Es ist gut möglich, dass eine der Zahnärztinnen meine Angaben zur allgemeinen Anamnese falsch verstanden hat. Aber nicht zwei. Es fällt darüber hinaus auf, dass aus der Dokumentation der Frau [REDACTED] nicht hervorgeht, dass sie irgendwann eine allgemeine oder spezielle

Anamnese erhoben hat. Es fragt sich also, wann und woher sie diese Informationen bezogen haben will. Trotz mehrfacher Aufforderungen hat Frau [REDACTED] die im Zivilverfahren vorgelegte Patientenakte bisher nicht im Original zur Gerichtsakte gegeben.

Darüber hinaus fallen inhaltliche Widersprüche zwischen den Patientenakten auf, die deutlich machen, dass dokumentierte Sachverhalte falsch sein müssen.

Zum 6.10.04 z.B. steht in der Patientenakte des Dr. [REDACTED] „Pat..... (Lücke überdeckt) erklärt Biss ist ok.“ Am folgenden Tag steht in der Dokumentation seiner Kollegin Frau [REDACTED] „35 etwas eingeschliffen. Pat. klagt über Klopfempfindlichkeit 35, Patient informiert, dass 35 evtl überbelastet ist.... Nachsorge bei Dr. [REDACTED] + Beschw. 1. Quadr. die Fr. [REDACTED] vorsorgte.“

Diese Eintragungen widersprechen sich. Die Dokumentation der Frau [REDACTED] zeigt, dass ich Schmerzen hatte und der Biss keinesfalls in Ordnung war. Klopfempfindlichkeit eines Zahns ist ein Hinweis auf okklusale Überlastung.

Die Dokumentation des Dr. [REDACTED] zum 6.10.04 ist auch unglaubwürdig. Üblicherweise gehen Patienten zum Zahnarzt gehen, weil sie Schmerzen oder ein anderes Problem haben und nicht, um mitzuteilen, dass alles in Ordnung ist.

Die Frage, ob ich im Oktober 2004 Okklusionsstörungen und Schmerzen hatte oder nicht, ist von Bedeutung im Haftpflichtverfahren. Infolge der unbehandelten Okklusionsstörungen und der Schmerzen kam es in der Folgezeit zum Verlust mehrerer Zähne.

Darüber hinaus gibt es Behauptungen in der Patientenakte der Frau [REDACTED] deren Unrichtigkeit zwei Röntgenbilder (9.10.04 von Herrn [REDACTED] (Anlage A 11) und 15.10.04 von Herrn Dr. [REDACTED] (Anlagen A 12)) beweisen. Auf diesen beiden Röntgenbildern ist zu erkennen, dass die Wurzelfüllung von Zahn 45 (Guttapercha) vollständig von Herrn [REDACTED] am 9.10.04 entfernt worden ist. (Anlage A 13) In der Patientenakte der Frau [REDACTED] steht zum 8.11.04: „45 WF von [REDACTED] z. Teil entfernt“. Und zum 9.11.04 steht dann: „Rest gutta entfernt“. Wie die Röntgenbilder zweifelsfrei beweisen, gab es keine teilweise Entfernung einer Wurzelfüllung und keinen „Rest gutta“, der hätte entfernt werden müssen oder können.

Diese Sachverhalte sind im Haftpflichtverfahren insofern von Bedeutung, als ich Frau [REDACTED] vorwerfe, eine Helferin am 9.11.04 unzulässigerweise damit beauftragt zu haben, Arbeiten an meinem offenen Wurzelkanal des Zahnes 45 durchzuführen. Diese hatte ihre

„Hängenbleiben“ mit Wurzelkanalinstrumenten im Zahn und ihre ruckartigen Bewegungen damit gerechtfertigt, „Reste von Gutta“ entfernen zu müssen. Tatsächlich – das zeigen die Röntgenbilder – gab es diese nicht.

Es drängt sich hier der Verdacht auf, es solle durch Manipulationen der Patientenakte versucht werden, Behandlungsfehler zu vertuschen.

Die Rechnungen/Quittungen der Behandler weisen zahlreiche Differenzen zu den vorgelegten Patientenakten sowie auch zur Abrechnung des Dr. [REDACTED] auf. Dies verstärkt den Verdacht, hier sei manipuliert worden, und es seien bei den nachträglichen Veränderungen auch Flüchtigkeitsfehler passiert. So habe ich am 7.9.04 eine Testung bar bezahlt. Die Rechnung/Quittung erfolgt unter dem Briefkopf von Herr Dr. [REDACTED] und Frau Dr. [REDACTED]. (Anlage A 14) Die Leistung wurde aber von Frau [REDACTED] dokumentiert. Eine weitere Testung habe ich am 16.9.04 bar bezahlt. Die Rechnung/Quittung steht unter dem Briefkopf von Frau [REDACTED] (Anlage A 15) Eine Testung vom 16.9.04 ist von Frau [REDACTED] aber nicht dokumentiert worden. Am 28.12.04 hat Frau [REDACTED] eine Leistungsanästhesie berechnet, die ich ebenfalls bar bezahlt habe. (Anlage A 16) Diese ist von Frau [REDACTED] dokumentiert worden. Als Leistungsdatum wurde der 25.11.04 angegeben. An diesem Termin war ich den vorgelegten Patientenakten zufolge bei keinem der Behandler.

Die Kopie der Abrechnungsdaten von Herrn Dr. [REDACTED] im 2. Quartal 2004 zeigt, dass er zahnärztliche Leistungen unter seiner Abrechnungsnummer bei der KZVN abgerechnet hat, die nach der Patientenakte der Frau [REDACTED] von ihr erbracht worden sind (Anlage A 17, in der anliegenden Kopie mit „B“ gekennzeichnet.) Darüber hinaus hat die Barmer Ersatzkasse von mir die Zahlung der Praxisgebühr nachgefordert für eine Behandlung bei Frau [REDACTED] am 25.1.2005. (Anlage A 18) Diese ist nicht dokumentiert worden, weder von Frau [REDACTED] noch von einem Kollegen.

Ich habe keine Zweifel, dass die Veränderungen vorsätzlich erfolgten. Herr Dr. [REDACTED] ist Gerichtsgutachter bei den Göttinger Gerichten und Vorsitzender der Schiedskommission der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen in Göttingen. Er weiß um die Bedeutung der Patientenakten im Arzthaftpflichtverfahren.

Für Nachfragen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen