

[Redacted]

Landgericht Hamburg
Sievekingplatz 1 (Ziviljustizgebäude)
20355 Hamburg

Per Telefax vorab: 040 – 42843-3511

[Redacted]
AZ. 01034-10-PE / MB

Kiel, den 03.06.2011

Replik und Akteneinsichtsantrag

In dem Rechtsstreit
Dr. von Peschke ./ Dr. H [Redacted]
330 O 92/11

replizieren wir für den Kläger wie folgt:

die Ausführungen der Klagerwiderung rechtfertigen den gestellten Klagabweisungsantrag nicht. Die Einwendungen des Beklagten sind unbegründet.

1. Zur internationalen und örtlichen Zuständigkeit des Landgerichts Hamburg.

Die internationale Zuständigkeit des Landgerichts Hamburg ist gegeben. Der Beklagte führt unstreitig ständig in Deutschland gutachterliche Tätigkeiten für Private Krankenversicherer durch. Der Beklagte behauptet zwar, in Luxemburg zu wohnen. Wir bestreiten dies mit Nichtwissen. Richtig ist vielmehr, dass der Beklagte unter der im Passivrubrum genannten Adresse als Gutachter tätig ist und auch die Korrespondenz mit den PKVen und den betroffenen Zahnärzten und Patienten über die im Passivrubrum genannte Anschrift abgewickelt wird.

Beweis:

- 1. Zeugnis des Sachbearbeiterin der DEBEKA, Frau [Redacted] Ostertorstr. 36 in 28080 Bremen

[Large vertical redacted area on the right side of the page]

2. Zeugnis des Sachbearbeiters der Continentalen, [REDACTED], Max Brauer Allee 44, 22765 Hamburg.

Dieser Umstand wird bereits dadurch bestätigt, dass die Klage unter der nämlichen Adresse zugestellt werden konnte.

Das LG Hamburg ist auch für beide Anträge zuständig, da der Beklagte beide Äußerungen im Rahmen einer einheitlichen Vorgehensweise gegen den Beklagten vorgenommen hat, mithin ein Fortsetzungszusammenhang vorliegt. In einem solchen Fall kann die einheitliche Klage an jedem Tatort erhoben werden.

2. Zur Wiederholungsgefahr:

Die Wiederholungsgefahr liegt auf der Hand. Es ist zu berücksichtigen, dass der Beklagte von den beiden streitbefangenen Fällen nur zufällig über Patienten und überdies nicht zeitnah Kenntnis erhalten hat. Die „Dunkelziffer“ liegt erfahrungsgemäß erheblich höher, zumal der Beklagte –die dürfte unstreitig sein- unstreitig auch zahlreiche andere Behandlungsgänge des Beklagten zur Begutachtung für die PKV erhalten hat. Auf dem üblichen Korrespondenzweg ist es nicht vorgesehen, dass die Zahnärzte interne Stellungnahmen des Beklagten oder anderer Parteigutachter der PKVen erhalten. Die Kenntnisnahme derartiger Stellungnahmen sind „Zufallsfunde“, die nicht durch einen zivilrechtlichen Auskunftsanspruch des Zahnarztes gegen den privaten Krankenversicherer des Patienten unterlegt sind. Insoweit ist es entgegen Bl. 2 der Klagewiderung keineswegs unstreitig, dass es keine Wiederholungen der streitbefangenen Äußerungen durch den Beklagten gegeben hat.

Der Beklagte soll sich nach Informationen des Klägers in weiteren Behandlungsfällen ebenfalls zu den Behandlungen des Klägers abfällig geäußert haben. Nur verfügt der Beklagte nicht über die entsprechenden Schriftstücke, weil zwar jeder Patient auf Anforderung die Stellungnahmen erhält, aber nicht jeder Patient bereit ist, sich in Streitigkeiten zwischen seinem Zahnarzt und dem soufflierenden Gutachter seines privaten Krankenversicherers einbeziehen zu lassen.

In diesem Zusammenhang ist die Behauptung des Beklagten falsch, die Stellungnahmen der Beratungsärzte würden nicht an die Versicherungsnehmer herausgegeben werden. Es ist der Änderung der BGH-Rechtsprechung zu verdanken, dass Patienten und damit letztendlich auch die begutachteten Ärzte Einblick in diese versicherungsinternen Entscheidungsprozesse erhalten. Dass das sinnvoll ist, zeigt sich an diesem Fall in ganz besonderer Weise.

Die Einlassung des Beklagten, es bestehe angeblich kein Wille, seine Äußerungen an Dritte weiter geben zu lassen, ist unzutreffend. Der Kläger ist selbst für einen privaten Krankenversicherer als Sachverständiger tätig und weiß daher, dass die Versicherungen sich von ihren Sachverständigen schriftlich bestätigen lassen, dass diesen bekannt ist, dass deren Stellungnahmen auf Anforderung durch den Patienten an diese heraus gegeben werden. Gerade der Beklagte, der seinen Lebensunterhalt augenscheinlich mit der Erstellung derartiger Stellungnahmen bestreitet, wird dies nicht ernsthaft bestreiten wollen und selbst wenn, würde ihn dies nicht berechtigen, den Kläger zu verleumden.

Mag der Beklagte dem Kläger gestatten, die PKVen anzuschreiben und um Herausgabe sämtlicher Stellungnahmen zu bitten. Dann wird sich das Ausmaß der Tätigkeit des Beklagten zeigen.

Wir bestreiten in diesem Zusammenhang, dass der Beklagte gegenüber Krankenversicherern jegliche weitere Begutachtungstätigkeit in Hinblick auf Behandlungsplanungen und Abrechnungen des Klägers abgelehnt haben soll.

Im Gegenteil: Aus der bereits eingereichten

Anlage K1

ergibt sich, dass der Beklagte um weitere Begutachtungsaufträge wirbt:

„Vielleicht wollen Sie mich lieber in einem ähnlich gelagerten Fall früher beauftragen?“

Der Beklagte mag seine gegenläufige Behauptung erst einmal prozessordnungsgemäß unter Beweis stellen. Die bloße Benennung der „berühmten“ Zeugen N.N. reicht nicht hin. Von einer „Sicherstellung“ der Vermeidung künftiger Berührungspunkte zwischen Kläger und Beklagtem kann überhaupt keine Rede sein.

Unabhängig davon stehen die streitbefangenen Äußerungen des Beklagten ja nach wie vor im Raum und haben bereits in der Folgezeit zu einer Anzahl von Prozessen geführt, in denen beispielsweise die die Continentale ihren Versicherten aufgrund der Gutachtertätigkeit des Beklagten Kostenerstattungen verweigert.

Wenn der Kläger kein Interesse an einer gerichtlichen Auseinandersetzung hat, wie er dies hier erklärt, dann möge er doch einfach seine Verunglimpfungen zurück nehmen. Der Beklagte geht geflissentlich darüber hinweg, dass er auch der DEBEKA Krankenversicherung gegenüber mehrfach Behandlungen des Klägers in Misskredit gebracht hat und die DEBEKA durch Sachverständigengutachten klären lassen, dass die Behandlungsplanungen des Klägers vollkommen korrekt sind, während der Beklagte diese als medizinisch nicht notwendig dargestellt hat.

Beweis: 1. Zeugnis Dr. [REDACTED] 24103 Kiel.
2. Zeugnis des Sachbearbeiterin der DEBEKA, [REDACTED],
Ostertorstr. 36, 28080 Bremen

Dr. [REDACTED] hat im Auftrag der DEBEKA zur Überprüfung der Stellungnahmen des Beklagten, ebenfalls beauftragt durch die DEBEKA, in mehreren Fällen Gutachten gefertigt, in denen er zu dem Ergebnis gelangt ist, der Beklagte moniere die Behandlungs- und Abrechnungstätigkeit des Klägers zu Unrecht, woraufhin die DEBEKA ihr Erstattungsverhalten im Einzelfall geändert hat.

Die Wiederholungsgefahr wird auch dadurch nicht abgemildert, dass der Beklagte zwar in Deutschland einer Gutachtertätigkeit nachgeht, es aber unterlassen hat, sich bei der zuständigen Zahnärztekammer als Kammerangehöriger zu melden. Wie bereits mehrere sich über die Gutachtertätigkeit des Beklagten beschwerende Kollegen erfahren mussten, ist eine berufsrechtliche Ahndung nur gegenüber Kammerangehörigen möglich. Der Beklagte kann mithin unbehelligt vom Berufsrecht seiner Gutachtertätigkeit nachgehen.

Beweis: Zeugnis des Justizars Dr. [REDACTED], zu laden über die Bezirkszahnärztekammer Koblenz, Bahnhofstr.32, 56068 Koblenz.

Die in diesem Verfahren zu klärenden Unterlassungen stellen also nur die „Spitze eines Eisberges“ dar, mit der der Beklagte seit Jahren gegen den Kläger zu Felde zieht, ohne dass der Kläger (uns viele seiner Kollegen) die Möglichkeit besitzen, sich berufsrechtlich zur Wehr zu setzen. Denn primär im Berufsrecht sind die Kriterien festgelegt, nach denen ein zahnärztlicher Sachverständiger seine Gutachten zu verfassen hat. Genau diesen rechtlichen Obliegenheiten entzieht sich aber der Beklagte durch die Angabe seines (angeblichen) Wohnsitzes im Luxemburg und die Abwicklung seiner Gutachtertätigkeit über die Firmenkonstruktion der „Labor [REDACTED]“ in Koblenz.

Wir können zu der Gutachtertätigkeit des Beklagten weiteren Vortrag liefern, der allerdings von der Einholung von Schweigepflichtentbindungserklärungen der jeweils betroffenen Patienten abhängen wird. Einstweilen und weil wir die Einlassungen des Beklagten zur angeblich fehlenden Wiederholungsgefahr für unsubstantiiert halten, sehen wir derzeit von weiterer Substantiierung ab.

Sollte die Kammer weiteren Vortrag für notwendig halten, so bitten wir um einen entsprechenden gerichtlichen Hinweis.

Im Übrigen: Nach einhelliger Rechtsprechung wird die Wiederholungsgefahr auch und gerade bei fortgesetzter und/oder beruflicher Tätigkeit bereits durch einen ersten Verstoß vermutet. So liegt es hier. Die im Übrigen mit Nichtwissen bestrittenen Beteuerungen des Beklagten zur angeblichen Ausräumung der Wiederholungsgefahr verfangen nicht.

Wenn der Beklagte in diesem Zusammenhang bestreitet, vorgerichtliche Korrespondenz erhalten zu haben, so ist dies bezeichnend, aber in Ermangelung eines sofortigen Anerkenntnisses rechtlich unerheblich und muss mithin nicht vertieft werden.

3. Zur Rechtsgutsverletzung:

Der Beklagte lässt die Auffassung vertreten, er habe im Zuge der streitbefangenen Äußerungen keine objektiv widerrechtliche Rechtsgutsverletzung begangen.

Hierin geht der Beklagte fehl.

Der Hinweis auf die Tatsache, dass der Beklagte die Äußerungen im Rahmen seiner Gutachtertätigkeit ausgebracht hat, ist nicht stichhaltig. Wie bereits in der Klage dargelegt, ist der Kläger jederzeit bereit, mit jedem Berufskollegen in der Republik, der Gutachten fertigt, in einen fachlichen Dialog zu treten und seine Behandlungspläne einzelfallorientiert zu rechtfertigen. Das ist im übrigen Tagesgeschäft jedes Zahnarztes, der im GKV und PKV-Bereich tätig ist und dessen Heil- und Kostenpläne Gegenstand von Fremdbegutachtungen sind. Darum geht es hier aber nicht. Der Kläger ist selbstverständlich bereit und in der Lage abweichende fachliche Auffassungen des Beklagten zu respektieren, sofern sie nicht offensichtlich unerschwellige Einwände enthalten, der Kläger würde seine Tätigkeit ausschließlich lucrificandi causa durchführen und sich zu Lasten der PKV bereichern wollen. Um nichts anderes geht es bei den streitbefangenen Äußerungen.

Der Kläger hat sich in seiner Praxis auf ein sehr komplexes zahnärztliches Erkrankungsbild spezialisiert, dasjenige der „Craniomandibulären Dysfunktionen“, kurz CMD genannt. Um seine Qualifikation auf diesem Gebiet belegen zu können, hat der Kläger die „zertifizierte Spezialisierung“ der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde“ (DGZMK) absolviert. Es existieren zurzeit ca. 50 derartige Spezialisten bundesweit. Der Kläger wird daher fast ausschließlich von „CMD-Erkrankten“ aufgesucht. Aktuell werden in der Praxis in Kiel Patienten aus Waren an der Müritz, Potsdam, Berlin, Hamburg, Flensburg, Wien, und anderen Orten behandelt. Bereits dieser Umstand erhellt, dass das Einzugsgebiet des Klägers überregional orientiert ist.

Die Behandlungsgänge zeichnen sich dadurch aus, dass sie zumeist jahrelang andauern und einen ganz erheblichen Behandlungsumfang besitzen. Zumeist haben die Patienten des Klägers wegen der Kopfschmerzsymptomatik eine Odyssee hinter sich. Der Kläger hat nahezu keine Patienten, die seine Praxis mit ausschließlich konservierend/chirurgischem oder prothetischem Behandlungsbedarf aufsuchen. Zumeist bestehen komplexe Schmerzbilder, die hohen zahnmedizinischen Behandlungsbedarf erzeugen und die von dem Kläger in komplexen Behandlungsgängen erfolgreich beseitigt werden können. Das müsste eigentlich auch dem Beklagten einleuchten. Vor dem Hintergrund der gegenläufigen Behauptungen in diesem Rechtsstreit wird man davon ausgehen müssen, dass dem Beklagten der fachliche Zugang zur Beurteilung komplexer CMD-Behandlungsgänge fehlt. Hält man sich den Text der als Anlage K1 beigefügten Stellungnahme des Beklagten vor Augen, so stellt man unweigerlich fest, dass der Beklagte gegenüber seinem Auftraggeber zumeist ohne fachliche Begründungen Stellung bezieht und neben dem Ausbringen von Verbalinjurien der vom Kläger eingereichten Stellungnahme der Zahnärztekammer S-H nur mit einem BGH-Zitat begegnet, anstatt der Continentalen seine offenbar abweichende Auffassung fachlich zu begründen. Möglicherweise ist das auch den Anlass für die Continentale gewesen, den genannten Zeugen Dr. Bornstedt mit einer weiteren Begutachtung des betreffenden Falles zu beauftragen.

Folgt man der Argumentation des Klägers dann sind „billige“ Behandlungen gut und medizinisch indiziert, während „teure“ Behandlungen schlecht und „medizinisch nicht notwendig“ sind. **Und was „billig“ und was „teuer“ ist, will der Beklagte festlegen.**

Tatsache ist demgegenüber, dass die Behandlung von CMD-Patienten nicht nur beim Kläger, sondern bereichsspezifisch nicht selten fünfstelligen Summen kosten.

Beweis: Sachverständigengutachten

Beispiel aus der aktuellen Praxis des Klägers: Die Behandlung des seit zwei Jahren wegen einer „CMD“ berufsunfähigen Patienten P. erfolgt im Auftrag der Großhandels- und Lagerei- Berufsgenossenschaft (GroLaBG). Die zweijährige Behandlung des Patienten führt zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des zuvor Arbeitsunfähigen. Die GroLaBG bezahlt für die Behandlung des Beklagten 32.276,52€ für die erfolgreiche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. **Nach Auffassung des Beklagten hätte diese Behandlung nicht durchgeführt werden dürfen, weil zu teuer, und der Patient würde stattdessen ab Mitte dreißig „Frührente“ beziehen.**

Hieraus wird deutlich, dass die hier von Seiten des Beklagten als Rechtfertigung seiner abwertenden Äußerungen über den Kläger, allein eingeführte Höhe der Rechnungen, keinerlei fachlich nachvollziehbare Grundlage findet. Und zwar schon gar nicht dann, wenn es sich um mehrjährige komplexe und damit kostenintensive Behandlungen mit hohen Fremdkostenanteilen (Fremdlaborzahntechnikerkosten) handelt, die vom Kläger zwar berechnet werden, aber in erheblichen Teilen der Gesamtrechnung nur einen Durchlaufposten darstellen. Die Vorgehensweise des Beklagten, mehrjährige Behandlungen des Klägers mit „üblichen“ Zahnbehandlungen zu vergleichen ist schlichtweg unanständig.

Beweis: Sachverständigengutachten

Eine Begründung und Festlegung einer Summe, ab der eine zahnärztliche Behandlung „über den durchschnittlichen Behandlungskosten liegt, bleibt der Beklagte schuldig. Allein diese mehrjährigen „CMD-Behandlungen“ unter Kostenaspekten mit „durchschnittlichen“ zahnärztlichen Behandlungen bezüglich der jeweils entstehenden Kosten vergleichen zu wollen, um daraus dann auf die Unredlichkeit des Behandlers oder darauf schließen zu wollen, ob dieser ein Behandlungskonzept habe, oder nicht, ist schlichtweg abenteuerlich und offenbart das Weltbild des Beklagten, in der er glaubt, dann gegen die Zahnärzte verunglimpfend agieren zu können, die keine „durchschnittlichen Behandlungen“, verbunden mit „durchschnittlichen Kosten“ erbringen.

Dabei haben auch „CMD-Patienten“ einen Anspruch auf eine adäquate medizinische Behandlung, auch wenn diese auf Grund der Langwierigkeit und Komplexität der Behandlungen regelmäßig einen deutlich erhöhten Kostenaufwand nach sich ziehen. Dass der Kläger, der ein „CMD-Centrum-Kiel“ betreibt und sich zu 90% mit derartigen Patienten befasst, dann auch in 90% der Fälle Behandlungsrechnungen präsentiert, die über dem Durchschnitt liegen ist ohne weiteres einleuchtend.

Dass der Beklagte zusammen mit der „Continentale-Krankenversicherung“ aus Kostenmotiven heraus versucht, derartige Behandlungen zu verhindern ist inakzeptabel. Zu Lasten der Behandlerseite bemüht sich der Beklagte um Akquisition bei den Kostenträgern, wenn er in der Anlage K 1 wie folgt ausführt:

„Vielleicht wollen Sie mich lieber in einem ähnlich gelagerten Fall früher beauftragen?“

Die Darstellung des Beklagten, die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung allein an den Kosten einer Behandlung festmachen zu wollen und dieses dann damit zu begründen, dem Kläger Konzeptlosigkeit und Unredlichkeit gegenüber Kostenträgern zu unterstellen, ist unanständig und geht weit über den Bereich der vom Beklagten für sich in Anspruch genommenen „Freiheit der Berufsausübung und Wissenschaft“ hinaus. Von Wissenschaftlichkeit kann jedenfalls in den dem Beklagten bekannt gewordenen Unterlagen ohnehin nicht die Rede sein, wovon die Anlagen K 1 und 2 eindrucksvoll Zeugnis ablegen.

Der Beklagte versucht vielmehr, die Kostenerstattungen seiner Kunden dadurch zu senken, in dem er einen ausgewiesener CMD-Spezialisten, der sich auf diese äußerst komplexen und kostenintensiven Fälle spezialisiert hat, mit

unlauteren Mitteln, wie u.a, der Feststellung „dieser sei auffällig“, zu kriminalisieren versucht.

Dass der Beklagte darüber hinaus den betroffenen Patienten auf diesem Wege dringend medizinisch notwendige Behandlungen versagt, weil er glaubt durch seine Vorgehensweise den Versicherungen Ausgaben zu ersparen und gleichfalls als Gegenleistung mit neuen „Gutachtaufträgen belohnt zu werden, offenbart das ganze System, dass der Beklagte zusammen mit der Firma Labor Check aufgebaut hat.

Die Rechnungsbeträge, die der Beklagte zu seiner Rechtfertigung darlegt, entsprechen nicht der Wahrheit.

Der Beklagte behauptet auf Bl. 3 der Klagerwiderung folgende Rechnungen des Beklagten:

| | |
|-------------------------|-----------------|
| Rechnung vom 14.04.2010 | 4996,19€ |
| Rechnung vom 03.12.2008 | 1083,51€ |
| Rechnung vom 14.04.2010 | 556,88€ |
| Rechnung vom 16.04.2009 | 3137,05€ |
| Rechnung vom 16.04.2009 | 616,00€ |
| Rechnung vom 24.08.2009 | 2473,81€ |
| Rechnung vom 24.08.2009 | 520,37€ |
| Rechnung vom 06.09.2009 | 909,37€ |
| Rechnung vom 12.03.2008 | 290,71€ |
| Rechnung vom 09.01.2010 | 1206,65€ |
| Rechnung vom 09.01.2010 | 146,86€ |
| Rechnung vom 09.03.2010 | 2837,23€ |
| Rechnung vom 09.03.2010 | 970,45€ |
| Rechnung vom 03.04.2010 | 5168,37€ |
| Rechnung vom 03.04.2010 | 423,56€ |
| Rechnung vom 10.11.2008 | <u>1631,05€</u> |
| | 26.968,06€ |

Bei der Überprüfung der Behauptungen des Beklagten stellt sich heraus, dass der Kläger nur folgende Rechnungen erstellt hat:

| | |
|-------------------------------------|----------|
| Rechnung vom 14.04.2010 | 4996,19€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Fremdlaborkosten | 1083,51€ |
| Eigenlaborkosten | 556,88€ |
| Rechnung vom 16.04.2009 | 3137,05€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Eigenlaborkosten | 616,00€ |
| Rechnung vom 24.08.2009 | 2473,81€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Eigenlaborkosten | 520,37€ |
| Rechnung vom 06.09.2009 | 909,37€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Fremdlaborkosten | 290,71€ |

| | |
|-------------------------------------|----------|
| Rechnung vom 09.01.2010 | 1206,65€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Eigenlaborkosten | 146,86€ |
| Rechnung vom 09.03.2010 | 2837,23€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Eigenlaborkosten | 970,45€ |
| Rechnung vom 03.04.2010 | 5168,37€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Fremdlaborkosten | 1631,05€ |
| Eigenlaborkosten | 423,56€ |

Die exakte Summe der erstellten Rechnungen lag daher nur bei

20728,67€

Die Differenz von 6239,39€

wurde vom Beklagten doppelt gerechnet, um auf eine höhere Gesamtsumme zu kommen, obwohl er wissen musste, dass die Laborrechnungen als Anlagen der Rechnungen gesondert ausgewiesen werden, aber gemäß den Vorgaben der GOZ als Auslagen in der jeweiligen Hauptrechnungen auftauchen.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Der Beklagte behauptet auf Bl. 4 der Klagerwiderung folgende Rechnungen des Beklagten:

| | |
|-------------------------|----------|
| Rechnung vom 10.05.2009 | 1930,76€ |
| Rechnung vom 10.05.2009 | 464,02€ |
| Rechnung vom 12.06.2009 | 2149,20€ |
| Rechnung vom 12.06.2009 | 897,66€ |

Bei der Überprüfung der Behauptungen des Beklagten stellt sich nun aber heraus, dass der Kläger nur folgende Rechnungen erstellt hat:

| | |
|-------------------------------------|----------|
| Rechnung vom 10.05.2009 | 1930,76€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Fremdlaborkosten | 464,02€ |
| Rechnung vom 12.06.2009 | 2149,20€ |
| In dieser Rechnung enthalten waren: | |
| Fremdlaborkosten | 897,66€ |

Die exakte Summe der erstellten Rechnungen lag daher nur bei

4079,20€

Die Differenz von 1362,44€

wurde vom Beklagten offenbar kurzerhand doppelt gerechnet, um auf eine vermeintlich höhere Gesamtsumme zu kommen.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

In diesem Zusammenhang wird unterstellt, der Kläger führe Behandlungen dieser Größenordnung zu Lasten der Kostenträger ohne „Drittkontrolle“ durch. Die Realität ist hingegen eine ganz andere: Derartig umfangreiche Behandlungen, also die Mehrzahl der Behandlungen des Klägers, durchlaufen stets ein „Begutachtungsverfahren“ der jeweiligen Krankenversicherung. Insofern stellt sich die Frage, was der Beklagte damit beweisen will, wenn er Behandlungsrechnungen vorlegt, die für Behandlungen erstellt wurden, die von anderen Gutachtern als ihm befürwortet worden sind.

Andere Gutachten, die der Beklagte im Auftrag der DEBEKA über den Kläger erstellt hat, wurden von Seiten der DEBEKA einer Zweitbegutachtung durch einen Gerichtsgutachter der Zahnärztekammer S-H, des Zeugen Dr. [REDACTED] unterzogen. In diesen Fällen stellte sich heraus, dass die fachlichen Darlegungen des Beklagten, die zur vorübergehenden Ablehnung der Behandlung führten, ebenfalls unzutreffend waren. (DEBEKA Gutachten in den Fällen der Patienten Ill, Gü. und Gaw.) Die DEBEKA Krankenversicherung hat daraufhin im Weiteren gegenüber den Patienten Kostenzusagen erteilt.

Wenn es dem Beklagten um eine objektive Darstellung ginge, dann würde er sich auf die Darstellung der jeweiligen medizinischen Notwendigkeiten beschränken. Dass er diese zumindest in den komplexen „CMD-Behandlungsfällen“ fachlich wahrscheinlich gar nicht zu beurteilen vermag, wurde inzwischen anhand der genannten überprüfenden Fachgutachten belegt, in denen die Beurteilungen des Beklagten jeweils widerlegt wurden. Die alleinige Feststellung einer medizinischen Behandlungsindikation, an der Höhe der Behandlungskosten, die der Beklagte praktiziert, lässt tief blicken in die Vorgehensweise des Beklagten.

Zu der offenbar entgegen der Zivilprozessordnung nur für das Gericht eingereichten Stellungnahme des Dr. Heiner [REDACTED] werden wir uns detailliert äußern können, wenn wir Kenntnis von dieser Anlage erhalten haben werden.

Wir bitten die Kammer, den Beklagten aufzufordern, sämtliche im Rahmen der Klagerwiderung und dem Schriftsatz vom 11. Mai 2011 eingereichten Unterlagen auch uns zur Verfügung zu stellen.

Hilfsweise beantrage ich

Akteneinsicht

in die Gerichtsakte, ersatzweise Übermittlung der entsprechenden Anlagen per Telefax auf unser Büro.

Einstweilen bestreiten wir den Tatsachenvortrag des Beklagten zu der Stellungnahme Dr. [REDACTED] und des Schreibens der Continentalen vom 05.20.2009.

Wir bestreiten in diesem Zusammenhang, Dr. [REDACTED] lehne es ab, Behandlungsplanungen des Klägers zu begutachten.

Auszuführen ist gleichwohl zunächst, dass der Patient sich zu dem Zeitpunkt, zu dem Herr Dr. [REDACTED] die Untersuchung durchführte, bereits in einer laufen-

den und fortgeschrittenen Behandlung stand, in der gerade durch die zuvor vorgenommene und von der Continentale per Kostenzusage „genehmigten“ Behandlung die von Dr. [REDACTED] beschriebene Beschwerdefreiheit Voraussetzung der weiteren und abschließenden funktionstherapeutischen Behandlung war. Um das etwas plastischer darzustellen, war die Situation derart, wie bei einem Auto nach einem Auffahrunfall. Die Versicherung hatte bereit eine Kostenzusage für die Karosseriearbeiten erteilt! Diese waren auch bereits durchgeführt. Nun bedurfte es einer neuen Kostenzusage für die Lackierung der reparierten Karosserie. Und nun leitet die Continentale, obwohl sie bereits eine Kostenzusage für die Karosseriearbeiten erteilt hatte, im Zusammenhang mit der nunmehr notwendigen abschließenden Lackierung ein Gutachten in die Wege, das klären soll, ob die Karosseriearbeiten überhaupt notwendig waren.

Wohlgemerkt: Dafür hatte die „Continentale“ eine schriftliche Kostenzusage erteilt. Und nun werden „Gutachten“ erstellt, in denen der Beklagte und Herr Dr. [REDACTED] zum einen beklagen, dass die Folgen des Unfalls an der Karosserie nicht mehr zu erkennen seien und zum anderen, dass die Karosserie keine sichtbaren Schäden mehr aufweisen würde, somit auch die nachfolgende Lackierung nicht notwendig sei. Genau dieser Analogie folgt das medizinische Verfahren in dem Fall, der hier vom Beklagten vorgetragen wird.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Insofern bestätigt gerade diese zitierte Aussage den bereits erreichten Behandlungserfolg und bestätigt einmal mehr, dass der Beklagte ganz offensichtlich gar nicht vergegenwärtigt hat, dass der Patient zum Zeitpunkt seiner Begutachtung nicht vor einer funktionstherapeutischen Behandlung stand, sondern bereits mitten darin. Die hier angeprangerten „nicht mehr vorhandenen Beschwerden“, waren gerade das Ziel der bisherigen Behandlung und genau diese vorliegende Beschwerdefreiheit war die Voraussetzung der vorgelegten abschließenden Behandlung. Es ist schlichtweg bestürzend für den Kläger an dieser Darlegung erneut feststellen zu müssen, dass der Beklagte aus fachlicher Sicht offensichtlich vollkommen überfordert mit der Begutachtung des Falles war, weil er eine Befundlage vorliegender Beschwerden als Grundlage einer positiven Entscheidung seinerseits verlangte und nicht verstanden hat, dass es gerade das Ziel der vorher gehenden Behandlung gewesen war, die ursprünglich bestehenden Beschwerden des Patienten zu beseitigen.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Stattdessen orientiert sich der Beklagte in all seinen Wertungen und Äußerungen ausschließlich am Kostenaufwand der betrieben werden muss, um das vorliegende Krankheitsbild einer CMD zu therapieren. Daher muss bezweifelt werden, dass der Beklagte über eigene Erfahrung mit der Diagnostik und Therapie der CMD verfügt.

Worin die Wissenschaftlichkeit der hier zur Unterlassung beklagten Äußerungen bestehen soll, erschließt sich nicht. Ganz im Gegenteil: Derartige, persönlich diffamierende Äußerungen haben in einem wissenschaftlich-zahnmedizinischen Fachgutachten nichts zu suchen.

Der Kläger behandelt im „CMD-Centrum-Kiel“ zu über 90% Patienten mit der Diagnose einer „Craniomandibulären Dysfunktion“. Es handelt sich hierbei um ein zahnärztliches Erkrankungsbild, das sich regelmäßig durch sehr starke

Schmerzen und Beschwerden äußert. Hierzu gehören u.a. Kopf- und Gesichtsschmerzen, Halsschulternackenbeschwerden, Sensibilitätsstörungen im Kopf- und Schulterbereich und den oberen Extremitäten. Bauchschmerzen, Blähungen, Beschwerden im Bereich der Ohren und der Augen, Tinnitus, Schwindel und Kaufunktionsstörungen. „CMD“ ist häufig, aber nicht notwendigerweise, mit schmerzhaften Beschwerden verbunden. Der Kläger gehört zu den ca. 50 „Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie“, die von der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie bundesweit ernannt worden sind (www.dgfdt.de, Spezialistenliste). Diese Ernennung setzt voraus: Die erfolgreiche Behandlung von mindestens 100 Patienten, zwei wissenschaftlichen Veröffentlichungen auf diesem Gebiet und die Überprüfung von zwei Behandlungsfällen durch ein Gremium von Professoren und niedergelassenen Zahnärzten. Sämtliche Prüfungen hat der Kläger durchlaufen. Angesichts der Ausrichtung der Praxis des Klägers betreibt er keine „übliche“ Zahnarztpraxis, sondern das „CMD-Centrum-Kiel“. Damit verbunden ist eine hochgradige Spezialisierung auf diese zahnärztlichen Problemfälle. Der Kläger behandelt zurzeit Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet. Die Patienten nehmen oft mehrstündige Anfahrten für jeden Behandlungstermin auf sich, um wegen der festgestellten „CMD“ behandelt zu werden. Die Behandlungen dauern regelmäßig ein bis zwei Jahre und erfordern 30 bis 50 Behandlungstermine. Schon an diesen Umständen ist erkennbar, dass es sich bei der Praxis des Klägers um keine „übliche“ Zahnarztpraxis handelt, denn kein Patient fährt stundenlang zu Behandlungen, die er auch in der Nähe wahrnehmen könnte.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Wenn man also von „auffälligen Behandlungen“ sprechen will, dann ist es in der Tat so, dass der Kläger hier regelmäßig Behandlungen vornimmt, die in anderen Zahnarztpraxen nicht durchgeführt werden, weil diese zahnärztlichen Behandlungen mit den üblicherweise vorgenommenen zahnärztlichen Behandlungen der „Defektzahnheilkunde“ nichts gemeinsam haben. Dies hat letzten Endes auch bereits zu einer Fernsehberichterstattung über den Kläger geführt, die gerade erst vor wenigen Wochen erneut in der Sendung „Planet Wissen“ wiederholt wurde.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Korrekterweise, und das lässt sich am Fall der Frau R., der Gegenstand einer Fernsehberichterstattung geworden ist, belegen, stehen die Behandlungen des Klägers nicht im „Wettbewerb“ zu „üblichen“ zahnärztlichen Behandlungen, sondern zu den Behandlungen von Schmerzkliniken und Schmerzambulanz. **Frau R. wurde zehn Jahre lang in der Schmerzklinik der Universität Kiel behandelt und zwar ohne jeden Erfolg, und nicht in einer Zahnarztpraxis.** Es wäre daher vollkommen unsinnig, die Behandlungskosten dieser Behandlung mit einer „üblichen“ Zahnarztbehandlung zu vergleichen, wie der Beklagte dies hier vorgibt. Dabei lagen die Behandlungskosten bei Frau R. auf Grund enormer Komplikationen noch deutlich höher.

Die Behandlungskosten der Frau R. vor der Behandlung durch den Kläger über einen Zeitraum von 10 Jahren kann man nur erahnen. Die Behandlungskosten in einer Schmerzklinik liegen aktuell bei ca. 750€/Tag und die Ersteinweisung erfolgt in der Regel für drei bis vier Wochen, ohne dass der Patient ursächlich geheilt wird. Das Vorgehen der Schmerzbehandlung in einer Schmerzklinik beschränkt sich regelmäßig darauf den Patienten schmerzmit-

telmäßig einzustellen und Wege aufzuzeigen mit dem Schmerz zu leben. Eine Beseitigung der Schmerzursache ist regelmäßig nicht Teil der Therapie. Die Kosten für chronisch Schmerzkranken kann daher im Laufe eines Lebens ohne Probleme mit mehreren 10.000 bis 100.000€ je Fall angenommen werden. Es ist daher irreführend, wenn der Beklagte den Eindruck zu erwecken versucht, die Behandlungen des Klägers seien „auffällig“, dabei aber zu erwähnen vergisst, dass diese umfangreiche Behandlungen von anderen Zahnärzten, mangels vorhandener Qualifikation gar nicht erbracht werden.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Was die beklagtenseits behaupteten Kostenvergleiche beweisen sollen, erschließt sich nicht. Zumal es sich nicht einmal um Kostenvergleiche handelt sondern stets und ohne jeden Beleg über die Höhe der Kosten im Vergleich gesprochen wird, ohne dass der Beklagte konkrete Kosten vergleichbarer Behandlungen vorweisen könnte.

Insofern versucht der Beklagte dem Gericht zu suggerieren, es handele sich bei seiner Aussage um eine „wertfreie Tatsachenfeststellung“. Wenn dem so wäre, müsste der Beklagte darauf hinweisen, dass der Kläger auf dem Gebiet der funktionellen Erkrankungen über eine herausragende fachliche Qualifikation verfügt, der bei ca. 55.000 bundesweit tätigen Zahnärzten gerade einmal 50 offiziell ernannten „Spezialisten“ auf diesem Spezialgebiet der Zahnheilkunde gegenüber stehen.

Tatsächlich aber behauptet der Beklagte am 03.11.2009 gegenüber der „Continentale Versicherung“:

„Bei einem solch auffälligen Behandler empfiehlt es sich, vor einer irgendwie gearteten Zusage für mehr als eine Krone, auch für Provisorien, einen zahnärztlichen Berater einzuschalten!“

Das Abrechnungsvolumen einer Krone liegt bei ca. 600,-€. Der Beklagte wird nicht ernsthaft behaupten wollen, dass irgendein privater Krankenversicherer bei irgendeinem Zahnarzt wegen einer Behandlung von mehr als einer Krone ein Gutachten in die Wege leiten würde. Nicht einmal die gesetzlichen Krankenversicherungen tun das.

Diese Aussage ist daher alles andere, als eine „wertfreie Tatsachenfeststellung“, sondern dient ausschließlich dazu, den Kläger zu kriminalisieren. Es handelt sich bei dieser Äußerung um einen schweren Eingriff in die Berufsausübung des Klägers.

Üblicherweise werden alle funktionstherapeutischen Behandlungsplanungen des Klägers, vor der Behandlung, von Gutachtern der privaten Krankenkassen geprüft. Kein Patient beginnt eine derart kostenintensive Behandlung ohne eine Kostenzusage seiner Versicherung. Wenn der Beklagte hier vorträgt, die Behandlungen des Klägers wären von der Höhe der entstehenden Kosten „auffällig“, dann muss der Beklagte belegen können, was denn seiner Auffassung nach bei vergleichbaren Behandlungsgängen als „unauffällig“ zu gelten habe. Die Kosten einer Behandlung sind vom Behandlungsumfang abhängig.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Die entscheidende Frage ist daher primär die der Indikation der Behandlung und nicht die Höhe der Kosten. Die Kosten ergeben sich letztlich aus der Anwendung der amtlichen Gebührenliste und unterliegen weder dem Wohlwollen der PKV noch dem wirtschaftlichen Begehren des Klägers. Dem Vortrag des Beklagten folgend sind billige Behandlungen medizinisch indiziert und werden positiv begutachtet und kostenintensive Behandlungen sind schlecht und werden abgelehnt.

Bei der Bewertung der im Schriftsatz vom 11. Mai 2011 zitierten Behandlung ist folgendes festzuhalten: Die Gesamtsumme liegt nicht bei den vom Beklagten angegebenen 50.000,-€ sondern bei ca. 40.000,-€. Von diesen 40.000,-€ entfallen ca. 9.000,-€ auf Labor und Materialkosten. Diese Labor- und Materialkosten stellen einen reinen „Durchlaufposten“ im „CMD-Centrum-Kiel“ dar, und stehen für die Kosten des Zahntechnischen Labors, werden daher ohne Aufschlag an den Patienten weiter gereicht. Das zahnärztliche Honorar für die Behandlung liegt bei ca. 30.000,-€. Dafür wurden 27 Zähne zweimal mit Kronen versorgt. Hierzu haben 38 mehrstündige Behandlungssitzungen stattgefunden. Wenn nun also die reinen zahnärztlichen Behandlungskosten für die einjährige Behandlung den Kosten einer vierwöchigen Belegung in einer Schmerzlinik gegenüber gestellt werden, stellt sich einmal mehr die Frage, worin dann die „Auffälligkeiten“ zu sehen wären, die den Beklagten berechtigten schon dann eine regelmäßig Überprüfung erstellter Behandlungsplanungen des Klägers zu fordern, wenn diese bereits ein Abrechnungsvolumen von mehr als 600,-€ übersteigen. Diese Vorgehensweise ist in höchstem Maße diskriminierend und kann vom Kläger nicht hingenommen werden, weil jene letztlich dazu führen würde, dass der Kläger de facto keine Versicherten der „Continentale“ behandeln dürfte.

Beweis für alles (unter Beweislastprotest): Sachverständigengutachten

Nach allem ist offensichtlich, dass die streitbefangenen Äußerungen des Beklagten nicht durch die Berufsausübungsfreiheit gedeckt sind.

Der Klage ist stattzugeben.


Fachanwalt für Medizinrecht