Abschrift

9 O 236/11

Verkündet am 02.05.2016

Förster, Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle

Landgericht Düsseldorf

IM NAMEN DES VOLKES

Urteil

In dem Rechtsstreit

1. des Herrn [redacted] Düsseldorf,
Klägers,

2. des Herrn Dr. [redacted] Düsseldorf,
Streithelfers zu 1,

Prozessbevollmächtigte zu 1: Rechtsanwälte [redacted] Köln,

zu 2: Rechtsanwälte [redacted] Düsseldorf,

g e g e n

die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, vertr. d. d. Vorstand, Aachener Straße 300, 50933 Köln,

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte [redacted] Köln,

hat die 9. Zivilkammer des Landgerichts Düsseldorf
aufgrund mündlicher Verhandlung vom 29.02.2016
durch den Richter [redacted] als Einzelrichter

für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 11.455,23 € nebst Zinsen aus 6.061,75 € seit dem 27.07.2011, aus 794,31 € seit dem 16.05.2012 und aus 4.599,17 € seit dem 11.04.2013 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Von den Kosten des Rechtsstreits tragen der Kläger 30% und die Beklagte 70%.

Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung i.H.v. 110% des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand:

Die Parteien streiten über Ansprüche aus einer privaten Krankenversicherung.

Der Kläger unterhält bei der Beklagten ergänzend zu der ihm zustehenden Beihilfe (Beihilfeberechtigung 50%) eine private Krankenversicherung, die ursprünglich im Jahr 1992 bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten, der Victoria Krankenversicherung AG abgeschlossen wurde. Vereinbart waren unter anderem die Tarife ZB 50 und BE 50. dem Vertrag lagen die Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen Stand 1976 zugrunde. Auf die Anlagen B11 und B12 wird Bezug genommen.

Im Tarif BE ist unter Ziffer 2 zum Leistungsumfang geregelt, dass eine Erstattung unter Anrechnung von Beihilfeansprüchen für zahnärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der GOZ (§ 4 (8) a) AVB) erfolgt (Bl. 148 d.A.). Nach Ziffer 1 des Tarifs ZB werden im Tarif ZB 50 50% der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen erstattet. § 5 Abs. 2 MB/KK 76 regelt: Übersteigt einer Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. In § 5 Abs. 5 heißt es, dass nur solche Kosten erstattet werden, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte entsprechen.

Seit 2009 begab sich der Kläger in zahnärztliche Behandlung bei Dr. Mayerhöfer in Düsseldorf. Unter dem 30.04.2009 wurde eine schriftliche Vereinbarung getroffen, wonach für einzelne Gebührenziffern der GOZ erhöhte Steigerungssätze abgerechnet werden konnten. Auf Anlage K2a+b wird Bezug genommen. Eine weitere Gebührenvereinbarung wurde unter dem 16.02.2012 getroffen. Es wird auf die Anlage K62a-c Bezug genommen.

Dr. Mayerhöfer stellte dem Kläger seit 2009 für zahnärztliche Leistungen mehrere Rechnungen, die der Kläger jeweils bei der Beihilfestelle und bei der Beklagten einreichte. Erstattungen durch die Beklagte erfolgten nur teilweise. Aus der nachstehenden Tabelle ergeben sich die jeweiligen Rechnungsdaten, Rechnungsbeträge, Beihilfeleistungen sowie die ursprünglichen und verbleibenden Forderungen, die der Kläger mit der mehrfach erweiterten Klage verfolgt. Zur besseren Orientierung sind die einzelnen Rechnungen fortlaufend nummeriert. Die Rechnungen Nr. 1 bis 3 beziehen sich auf Leistungen, die bis Ende 2011 erbracht wurden. Die Leistungen in den Rechnungen Nr. 4 bis 6 wurden nach Abschluss der Gebührenvereinbarung vom 16.02.2012 erbracht.

	Datum	Rechnungs-betrag	Beihilfe	Urspr. Forderung	Davon ZB 50	Davon BE 50	Leistung d. Beklagten	Restforderung des Klägers
1	09.12.2009	12.123,50 €	3.792,41 €	8.331,09 €	6.061,75 €	2.269,34 €	0,00 €	8.331,09 €
2	29.06.2011	1.198,04 €	327,74 €	870,30 €	599,02 €	271,28 €	0,00 €	870,30 €
3	10.02.2012	840,54 €	224,54 €	616,00 €	420,27 €	195,73 €	224,98 €	391,02 €
4	10.04.2012	829,29 €	176,69 €	652,60 €	414,65 €	237,95 €	0,00 €	652,60 €
5	25.06.2012	269,98 €	61,24 €	208,74 €	134,99 €	73,75 €	0,00 €	208,74 €
6	28.01.2013	8.099,06 €	2.023,59 €	6.075,47 €	4.049,53 €	2.025,94 €	0,00 €	6.075,47 €
Gesamt		**23.360,41 €**	**6.606,21 €**	**16.754,20 €**	**11.680,21 €**	**5.073,99 €**	**224,98 €**	**16.529,22 €**

Hinsichtlich der Rechnungen 1, 2, 4, 5 und 6 erhob die Beklagte die Einrede der fehlenden Fälligkeit. Mit Schreiben vom 03.03.2010 bat die Beklagte den Kläger um Übersendung von Unterlagen, Röntgenbildern und Modellen. Nachdem der Kläger diese Informationen nicht übermittelt hatte, verwies die Beklagte mit Schreiben vom 10.04.2010 sowie in den nachfolgenden Mitteilungen betreffend die vorstehend genannten Rechnungen auf einen ihr zustehenden Anspruch auf Erteilung von Auskünften, ohne welche eine Prüfung nicht möglich sei. Kürzungen der Rechnung

Nr. 3 begründete die Beklagte damit, dass in Höhe von 390,60 € keine Erstattung erfolgte, weil insoweit oberhalb des 2,3-fachen Steigerungssatzes abgerechnet worden sei, ohne dass ein besonders schwieriges Krankheitsbild ersichtlich sei.

Mit der vorliegenden Klage erstrebt der Kläger Erstattung von 50 % der jeweiligen Rechnungsbeträge auf der Grundlage des Tarifs ZB 50 sowie darüber hinaus die Zahlung der nach Berücksichtigung der Beilhilfeleistung verbleibenden Differenz zu 50 % der jeweiligen Rechnungsbeträge auf der Grundlage des Tarifs BE.

Der Kläger meint, die Beklagte sei nicht berechtigt, von ihm eine Begründung zur Notwendigkeit einzelner Leistungen oder die Vorlage von Behandlungsunterlagen zu verlangen. Indem die Beklagte darauf beharre, verletze sie sein Persönlichkeitsrecht. Es reiche nicht aus, allgemein alle möglichen Unterlagen zu fordern. Die Beklagte müsse vielmehr im Einzelnen dartun und begründen, weshalb sie die eine oder andere Unterlage zu erhalten wünsche. Dem genüge das pauschale Ansinnen der Beklagten nicht. Der Kläger meint ferner, die Beklagte habe Erstattung anhand des vereinbarten Gebührensatzes zu leisten. Weder aus den Tarifbedingungen noch anhand der hierzu ergangenen einschlägigen Rechtsprechung lasse sich herleiten, dass die Erstattungspflicht der Beklagten auf den 3,5-fachen Gebührensatz beschränkt sei. Wollte man dies annehmen, so liege darin eine überraschende Klausel, welche ihn unangemessen benachteilige.

Der Kläger hat dem behandelnden Zahnarzt den Streit verkündet. Dieser ist dem Rechtsstreit auf Seiten des Klägers beigetreten.

Nach mehrfacher zwischenzeitlicher Klageerweiterung beantragt der Kläger nunmehr,

1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag i.H.v. 8.331,09 € nebst fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.01.2010 zu zahlen;

2. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag i.H.v. 870,30 € nebst fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.10.2011 zu zahlen;

3. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag i.H.v. 391,02 € nebst fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.03.2012 zu zahlen;

4. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag i.H.v. 652,60 € sowie 208,74 € nebst fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.12.2012 zu zahlen;

5. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag i.H.v. 6.075,47 € nebst fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.02.2013 zu zahlen.

Der Streithelfer schließt sich den Anträgen des Klägers an.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte meint, die Klageforderung sei infolge der Weigerung des Klägers zur Beantwortung der Fragen im Schreiben vom 03.03.2010 gar nicht fällig. Die Berechtigung Unterlagen zu fordern, ergebe sich schon daraus, dass der Kläger eine Vergütung anhand des 8,2-fachen Gebührensatzes mit dem Streitverkündeten vereinbart habe. Die Beklagte bestreitet ferner die medizinische Notwendigkeit des Speicheltests (91,36 €) sowie der Lappenoperation (GZ 410 und 415 über 492,16 €). Diese Maßnahmen seien im Sachzusammenhang nicht nachvollziehbar.

Soweit der gerichtlich bestellte Sachverständige Ausführungen zur überdurchschnittlichen Qualität der Behandlungen und Dokumentation des Streitverkündeten gemacht hat, vertritt die Beklagte die Auffassung, dass der Sachverständige in unzulässiger Weise Bezug auf frühere Gutachtenaufträge

genommen habe und die Patientenkartei nicht erkennen lasse, inwieweit der Streithelfer Leistungen erbracht habe, die über den Durchschnitt hinausgingen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens nebst Ergänzungsgutachten sowie mündliche Erläuterung durch den Sachverständigen im Termin zur mündlichen Verhandlung.

Für die weiteren Einzelheiten wird auf die wechselseitigen Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen, auf die schriftlichen Sachverständigengutachten, auf die Protokolle zu den Terminen zur mündlichen Verhandlung sowie auf den übrigen Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet.

I.

Der Kläger hat Anspruch gegenüber der Beklagten auf Zahlung der im Tenor genannten Versicherungsleistungen aus dem zwischen den Parteien bestehenden Versicherungsvertrag.

1.

Die geltend gemachten Ansprüche sind fällig. Die Beklagte kann einer Zahlung nicht die Einrede der fehlenden Fälligkeit entgegenhalten. Der Fälligkeit steht nicht entgegen, dass der Kläger die Fragen der Beklagten im Schreiben vom 03.03.2010 nicht beantwortet hat. Fälligkeitsvoraussetzung ist zunächst, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine den Anforderungen von § 10 GOZ genügende Rechnung vorlegt (vgl. nur *Voit* in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 192 Rn. 120 m.w.N.). Das ist hier erfolgt. Die einzelnen streitgegenständlichen Rechnungen genügen den dort genannten Anforderungen. Insbesondere enthalten die Rechnungen das jeweilige Datum der Leistungserbringung und nennen die einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf konkrete Gebührenziffern der GOZ.

Grundsätzlich hat der Versicherer zwar das Recht, seine Leistungspflicht zu prüfen. Das ergibt sich bereits aus § 14 VVG, wonach Geldleistungen des Versicherers mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen fällig sind. Diesbezüglich regelt § 6 Abs. 1 MB/KK 76, dass der Versicherer nur zur Leistung verpflichtet ist, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Gleichwohl steht der Umstand, dass der Kläger Nachfragen der Beklagten im Schreiben vom 03.03.2010 nicht beantwortet hat, im konkreten Fall der Fälligkeit nicht entgegen. Denn die umfangreichen Fragen der Beklagten gingen maßgeblich über dasjenige hinaus, was einem Versicherungsnehmer zugemutet werden kann. Soweit § 6 Abs. 1 MB/KK 76 geforderte Nachweise nennt, sind dies zunächst Belege über die entstandenen Kosten, die i.d.R. den Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit sowie die erbrachten Leistungen enthalten muss (*Voith* in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 6 MB/KK 2009 Rn. 4). Diese Angaben sind in den vom Kläger vorgelegten Rechnungen aber bereits enthalten. Die Beklagte kann von einem Versicherungsnehmer darüber hinaus nicht verlangen, dass Unterlagen in Bezug auf die erhobenen Befunde, Röntgenaufnahmen oder angefertigte Modelle, welche möglicherweise nicht einmal im Eigentum des Versicherungsnehmers stehen, zur Verfügung gestellt werden, mit der Folge, dass das Eigentum hieran auf die Beklagte übergeht.

Auch aus § 9 Abs. 2 MB/KK ergibt sich die Pflicht zur Vorlage sämtlicher angeforderte Informationen nicht. Danach hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. In diesem Zusammenhang ist auch § 213 Abs. 3 VVG zu berücksichtigten, wonach eine Erhebung von Daten auf entsprechendes Verlangen hin nur erfolgen darf, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist. Das Bundesverfassungsgericht weist diesbezüglich darauf hin, dass eine uneingeschränkte Einwilligung zur Einsicht in die Krankenakten eine für den Versicherungsnehmer nicht mehr kontrollierbare Preisgabe des informationellen Selbstbestimmungsrechts erlauben würde (BVerfG VersR 2006, 1669). Eine Obliegenheit zur Gewährung umfassender Einsicht in die Krankenakten ist damit nicht vereinbar (*Voith* in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 9 MB/KK 2009 Rn. 5).

Angesichts der Vielzahl der angeforderten Informationen kommt die Anforderung der zahlreichen Informationen einer umfassenden Einsicht in die Krankenakte des Klägers zumindest aus Sicht eines Versicherungsnehmers, der selbst regelmäßig medizinischer Laie ist, sehr nahe. Von einem Versicherungsnehmer kann jedoch nicht verlangt werden, aus der Fülle der im konkreten Fall angeforderten Informationen diejenigen heraus zu destillieren, welche er der Beklagten in zumutbarer Weise zur Verfügung stellen müsste und welche tatsächlich zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Leistungsumfangs erforderlich sind. Das gilt insbesondere deshalb, weil – wie im Rahmen des Termins zur mündlichen Verhandlung am 29.02.2016 klargestellt – zwischen den Parteien unstreitig ist, dass krankheits- und befundbedingte Erschwernisse in den maßgeblichen Tarifen ohne Bedeutung sind. Diverse der Fragen im Schreiben vom 03.03.2010 beziehen sich indes auf außergewöhnliche krankheits- oder befundbedingte Besonderheiten. Diesbezügliche Fragen musste der Kläger daher bereits aus diesem Grund nicht beantworten.

Soweit die Beklagte danach in Bezug auf einzelne der angefragten Positionen gleichwohl ein berechtigtes Interesse auf Zurverfügungstellung gehabt haben sollte, kann dies im konkreten Fall der Fälligkeit nicht entgegenstehen. Denn wäre dies der Fall, läge das Risiko einer Unterscheidung zwischen berechtigten und unberechtigten Informationsanfragen beim Versicherungsnehmer. Dann könnte eine Versicherung jedoch stets dadurch der Erstattung von Rechnungen entgehen, dass sie eine Vielzahl von Informationen anfordert, die sie überhaupt nicht verlangen kann, solange an einzelnen angefragten Angaben ein berechtigtes Interesse besteht.

Des Weiteren ist mehr als zweifelhaft, ob ein Versicherungsnehmer, der regelmäßig medizinischer Laie ist, die fachlichen Fragen beantworten kann. Es ist darüber hinaus aus dem Fragebogen nicht ersichtlich, ob die Beklagte eventuelle Kosten, die durch Rückfragen des Klägers beim behandelnden Zahnarzt entstehen könnten, erstatten würde. Der Versicherungsnehmer müsste also zusätzlich das Risiko tragen, mit weiteren Kosten belastet zu werden.

Die Beklagte kann im konkreten Fall auch nicht mit dem Argument gehört werden, dass die Vorlage sämtlicher angeforderten Dokumente notwendig war, um prüfen zu können, inwieweit die einzelnen Leistungen medizinisch notwendig waren. Sie hat die medizinische Notwendigkeit allein in Bezug auf Speicheltests und einen Lappenoperation, die mit der Rechnung Nr. 1 abgerechnet sind, bestritten (dazu unten unter 2.). Im Übrigen war die medizinische Notwendigkeit – wie vom Beklagtenvertreter im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 29.02.2016

nochmals klargestellt – allein hinsichtlich der Begründung des Steigerungssatzes streitig. Ist die medizinische Notwendigkeit aber grundsätzlich gegeben, berechtigt eine (von der Versicherung vermutete) „Übermaßvergütung" nicht zu einer Leistungskürzung oder gar Leistungsverweigerung.

2.

Die abgerechneten Leistungen waren auch sämtlich medizinisch notwendig. In Bezug auf die Mehrzahl der abgerechneten Leistungen ist die medizinische Notwendigkeit zwischen den Parteien unstreitig. Diesbezüglich hat der Beklagtenvertreter im Termin zur mündlichen Verhandlung am 29.02.2016 nochmals klargestellt, dass die medizinische Notwendigkeit abgesehen von den nachstehend erörterten Positionen allein hinsichtlich der Begründung des Steigerungssatzes bestritten war (vgl. Protokoll vom 29.02.2016, Bl. 714 d.A.).

Streitig war die medizinische Notwendigkeit lediglich hinsichtlich des Speicheltests sowie der Lappenoperation, die in der Rechnung Nr. 1 abgerechnet sind. Medizinisch notwendig ist eine Behandlung, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen (vgl. nur *Voith* in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 192 Rn. 61). Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass diese Maßnahmen medizinisch notwendig waren. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 19.12.2012 überzeugend ausgeführt, dass der abgerechnete Speicheltest zusammen mit anderen Tests dazu dient, herauszufinden, wie das Kariesrisiko des Patienten einzuschätzen ist. Vor diesem Hintergrund hat der Sachverständige es als vertretbar erachtet, diese Untersuchung als notwendig anzusehen. In gleicher Weise hat der Sachverständige bestätigt, dass keinerlei Hinweise bestünden, dass die Lappenoperation medizinisch nicht indiziert gewesen sei. Mithin war es vertretbar, die Behandlungen als medizinisch notwendig anzusehen.

3.

a) Es liegt auch jeweils eine wirksame Gebührenvereinbarung zugrunde. Soweit die Beklagte zunächst hilfsweise die Wirksamkeit der Gebührenvereinbarung vom 16.02.2012 bestritten hat, hat sie dieses Bestreiten nach Auffassung des Gerichts nicht aufrecht erhalten. Vielmehr hat sie im Schriftsatz vom 13.11.2013 ausgeführt, dass auf den 3,5-fachen Steigerungssatz abzustellen sei. Damit hat sie zumindest zugestanden, dass die Voraussetzungen für eine Berechnung über den 2,3-fachen Satz hinaus erfüllt sind. Im Übrigen entbehrt die pauschale Behauptung, es handele

sich bei der Gebührenvereinbarung um vom Streithelfer verwendete AGB, konkreten Anhaltspunkten dafür, dass die streitgegenständliche Gebührenvereinbarung unabhängig vom konkreten Einzelfall getroffen worden wäre. Ersichtlich beziehen sich die Vereinbarungen auf die bevorstehenden zahnärztlichen Behandlungen, die ausweislich der vorgelegten Rechnungen bereits am 16.02.2012, also am Tag des Abschlusses der Gebührenvereinbarung begonnen wurden. Die Beklagte hätte zumindest in Erwiderung auf den Schriftsatz des Streithelfers vom 07.10.2013 Anlass gehabt, zu dieser Thematik ergänzend vorzutragen. Das ist jedoch nicht erfolgt.

b) Die Beklagte konnte nicht auf Grundlage von § 5 Abs. 2 MB/KK 76 die Leistung kürzen oder verweigern. Diese Vorschrift betrifft allein die Übermaßbehandlung, nicht aber eine vermeintlich übermäßige Vergütung im Sinne einer unwirtschaftlichen Behandlung (BGH VersR 2003, 581).

c) Die Leistungspflicht der Beklagten entfällt auch nicht deshalb, weil der Streithelfer Gebührensätze abgerechnet hat, die möglicherweise teilweise erheblich über den durchschnittlichen Sätzen liegen. Gemäß § 192 Abs. 2 VVG ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Während neuere AVB in § 5 Abs. 2 Satz 2 eine dem § 192 Abs. 2 VVG entsprechende Regelung enthalten, findet sich eine solche in den hier maßgeblichen MB/KK 76 nicht. Es kann jedoch dahinstehen, ob § 192 Abs. 2 VVG – auch unter Berücksichtigung von Art. 1 Abs. 3 EGVVG – ergänzend als dispositives Gesetzesrecht zu berücksichtigen ist. Denn unabhängig davon, ob dies der Fall ist, kann die Beklagte die Leistung insbesondere nicht deshalb verweigern, weil der Streithelfer nach ihrer Auffassung unangemessen hohe Steigerungssätze in Ansatz gebracht hätte. Denn es steht nicht zur Überzeugung der Kammer fest, dass unangemessen hohe Gebührensätze abgerechnet wurden. Die Voraussetzungen für das Vorliegen eines auffälligen Missverhältnisses muss der Versicherer darlegen und beweisen, der sich auf eine Kürzungsbefugnis berufen will (BGH VersR 2003, 581). Den Versicherungsnehmer trifft nach allgemeinen Grundsätzen ggf. eine sekundäre Darlegungslast (*Rogler* in: Rüffer/Halbach/Schimikowski, VVG, 3. Aufl. 2015, § 192 Rn. 27 m.w.N.).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht nicht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass ein solches auffälliges Missverhältnis vorliegt. Der Sachverständige hat vielmehr zur Überzeugung des Gerichts dargelegt, weshalb die abgerechneten Leistungen des Streitverkündeten nicht in einem auffälligen Missverhältnis stehen zu den erbrachten Leistungen. Unter Bezugnahme auf die vorherige schriftliche

Begutachtung hat der Sachverständige im Rahmen der mündlichen Anhörung im Termin am 29.02.2016 ausgeführt, dass er sich mit jeder einzelnen Gebührenposition auseinandergesetzt habe. Im Rahmen der Begutachtung habe er neben der ausführlichen Patientenkartei insbesondere angefertigte Modelle und Röntgenbilder ausgewertet. Dabei habe sich ergeben, dass die Arbeitsschritte stimmig und plausibel dokumentiert seien, so dass sich keine Zweifel an der Richtigkeit des Vorgehens des Behandlers ergäben. Auch im Vergleich zu einer Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte aus dem Jahr 2002 sei festzustellen, dass der dort ausgewiesene zeitliche Aufwand für einzelne Positionen nicht vergleichbar sei mit dem Vorgehen des Behandlers. Vielmehr ergäben sich aus der Patientenakte und den sonstigen begutachteten Informationen und Daten diverse Anhaltspunkte dafür, dass der Zeitaufwand, den der Behandler betreibe, deutlich über das hinausgehe, was in üblichen Zahnarztpraxen veranschlagt werde.

Zwar kann grundsätzlich ein Marktvergleich für die Beurteilung der Frage, ob ein auffälliges Missverhältnis zwischen dem Wert der erbrachten Leistung und der Gegenleistung vorliegt, angestellt werden (BGH VersR 2003, 581). Insoweit ist grundsätzlich auch eine Bezugnahme auf Studien möglich. Im vorliegenden Fall kann der Verweis auf die von Dr. Kirchhoff zitierte Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte aus dem Jahr 2002 jedoch keine Grundlage für eine Beurteilung eines auffälligen Missverhältnisses darstellen. Die Beklagte hat bereits nicht hinreichend dargetan, inwieweit eine Vergleichbarkeit der dortigen Erhebungen mit den Behandlungen des Klägers durch den Streitverkündeten gegeben ist. Der Sachverständige hat im Termin zur mündlichen Verhandlung überzeugend erläutert, weshalb die Studie aus dem Jahr 2002 die heutigen Gegebenheiten nicht mehr realistisch wiedergibt. Hinzu kommt, dass ein Vergleich nur dann möglich wäre, wenn auch die jeweils erbrachten Leistungen miteinander vergleichbar wären. Der Sachverständige hat indes nachvollziehbar dargestellt, inwiefern sich die Leistungen des Dr. Mayerhöfer in dem konkreten Fall von den durchschnittlichen Leistungen, die offenbar der Studie zugrunde lagen, unterscheiden. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der weiteren Erläuterungen des Streitverkündeten im Termin, welchen die Beklagte nicht entgegengetreten ist. Dort hat Dr. Mayerhöfer plausibel erläutert, dass er beispielsweise ein Anästhetikum besonders vorsichtig und langsam appliziert, um die Applikation für den Patienten so wenig schmerzhaft wie möglich zu gestalten. Diese Vorgehensweise korrespondiert mit der Auswertung des Sachverständigen, soweit dieser eine besondere Präzision und Sorgfalt des behandelnden Zahnarztes bestätigt. Dauert die Behandlung bereits aus diesem Grund deutlich länger, fehlt es auch insoweit an einer Vergleichbarkeit mit allgemeinen und bereits älteren Durchschnittswerten.

d) Es war auch nicht erforderlich, angesichts der Einwendungen der Beklagten im Rahmen des nachgelassenen Schriftsatzes erneut in die mündliche Verhandlung einzutreten und ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen oder den gerichtlich bestellten Sachverständigen erneut zu befragen. Richtig an den Anmerkungen der Beklagten ist sicherlich, dass sich nicht sämtliche Einträge in der umfangreichen Patientenkartei auf konkrete zahnärztliche Behandlungen, die Gegenstand des Rechtsstreits sind, beziehen. Jedoch ist daraus nicht zu schlussfolgern, dass ein auffälliges Missverhältnis zwischen erbrachten und abgerechneten Leistungen besteht. Auch die Vermutung der Beklagten, dass der Sachverständige eine andere als die im Termin vorgelegte Patientendokumentation ausgewertet habe, ist aus Sicht des Gerichts nicht begründet. Zunächst lässt sich aus dem Umstand, dass der Streitverkündete auch Angaben mit Bezug zum hiesigen Rechtsstreit in der Patientenkartei niedergeschrieben hat, nicht schließen, dass sich hinter den höheren Steigerungssätzen eine Mischkalkulation aus zahnärztlicher Tätigkeit und Funktion als Streithelfer verbergen könnte. Insoweit spekuliert die Beklagte. Aus den weiteren Umständen ist klar ersichtlich, dass der Sachverständige, auch wenn er zur Begründung der besonderen Genauigkeit des Vorgehens des Streitverkündeten auf die gesamte Patientenakte Bezug genommen hat, sicherlich nicht die gerichtliche Korrespondenz gemeint hat. Eine abweichende Interpretation erscheint aus Sicht des Gerichts abwegig. Es hilft der Beklagten insoweit auch nicht weiter, dass sie die Mutmaßungen des beratenden Zahnarztes Dr. Kirchhoff aus dessen Stellungnahme vom 22.03.2016 wörtlich wiedergibt.

Soweit die Beklagte im nachgelassenen Schriftsatz zum Themenkomplex Röntgenbilder und Modelle auf die Stellungnahme von Dr. Kirchhoff verweist, kann dahinstehen, ob eine derart pauschale Bezugnahme überhaupt berücksichtigungsfähig ist. Auch in der Sache kann das dort Dargelegte eine abweichende Beurteilung und insbesondere eine weitere Beweisaufnahme nicht rechtfertigen. Soweit Dr. Kirchhoff auf Röntgenbilder und Modelle, welche der Beklagten aus früheren Verfahren betreffend Patienten des Dr. Mayerhöfer vorliegen sollen, Bezug nimmt, stellt er lediglich die pauschale Behauptung auf, dass sich diese in keiner Weise von Röntgenbildern oder Modellen durchschnittlicher Zahnärzte unterscheiden würden. Auch soweit auf vermeintliche Fehler an Modellen hingewiesen wird, ergibt sich keine abweichende Beurteilung. Es bedarf diesbezüglich auch keiner näheren Klärung, ob die Modelle und Röntgenbilder tatsächlich sämtlich auf Patienten des Streitverkündeten bezogen sind. Auch kann dahinstehen, ob die Modelle möglicherweise auf eine (nur) durchschnittliche Qualität schließen ließen. Sie beziehen sich auch nach Angaben der Beklagten auf anderen Patienten und sind daher für den hiesigen Rechtsstreit irrelevant. Auch wenn man die Darstellungen von Dr. Kirchhoff als zutreffend unterstellt, ist in keiner Weise

ersichtlich, woraus sich ein auffälliges Missverhältnis zwischen den Leistungen des Streithelfers und den Inhalten der streitgegenständlichen Rechnungen ergeben könnte. Hinzu kommt, dass der Sachverständige – wie er im Termin zur mündlichen Verhandlung erläuterte – nicht pauschal auf Röntgenbilder und Modelle, die ihm aus anderen Verfahren bekannt waren, Bezug genommen hat. Aus dem Anschreiben des Streitverkündeten an den Sachverständigen, welches der Sachverständige zusammen mit der Patientenkartei übergeben hat, ergibt sich, dass dem Sachverständigen mehrere Modelle und Röntgenaufnahmen, die sich konkret auf den Kläger beziehen, vorgelegen haben. Wenn die Beklagte nunmehr meint, dass andere Modelle und Röntgenbilder hohe Qualität der Leistungen des Streitverkündeten nicht stützen würden, lässt dies keine Rückschlüsse auf die Behandlung des Klägers, welche der Sachverständige konkret anhand der Patientenkartei, Röntgenbildern und Modellen betreffend den Kläger begutachtet hat, zu.

Soweit die Beklagte auf Seite 6 des nachgelassenen Schriftsatzes vom 29.03.2016 ausführt, dass im Oberkiefer keine medizinische Notwendigkeit zur Aufklärung über die alternative intraligamentäre Anästhesie bestehe und im Unterkiefer seit jeher über mögliche linguale Schädigungen im Rahmen der Leitungsanästhesie aufgeklärt werden musste, gibt auch dieser Einwand keinen Anlass zu einer weiteren Beweisaufnahme. Die konkreten Anästhesieformen waren ausdrücklich Gegenstand der Erörterungen zwischen dem Sachverständigen und Dr. Kirchhoff im Termin am 29.02.2016. Es bestand im Termin die Möglichkeit, insoweit weitere Rückfragen zu stellen, ohne dass hierzu zunächst die Patientenkartei des Klägers hätte ausgewertet werden müssen. Es handelt sich nämlich um vom konkreten Einzelfall leicht abstrahierbare Aspekte, die als solche auch zwischen den anwesenden Zahnmedizinern erörtert wurden. Der Sachverständige hat – wie sich aus dem Protokoll vom 29.02.2016 ergibt – zu diesem Themenkomplex Stellung bezogen. Im Übrigen begründet die Beklagte auch nicht näher, woraus sich ihre – von den Angaben des Sachverständigen offenbar abweichenden – medizinischen Erkenntnisse ergeben.

e) Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen geben die Einwendungen der Beklagten gegen die gutachterlichen Ausführungen des Sachverständigen keinen Anlass, an dem Inhalt der Gutachten und den Darstellungen des Sachverständigen im Termin zu mündlichen Verhandlung am 29.02.2016 zu zweifeln. Anhaltspunkte dafür, dass ein auffälliges Missverhältnis zwischen den erbrachten und abgerechneten Leistungen besteht, ergeben sich nämlich nicht. Da die Ausführungen des Sachverständigen – wie sich aus den vorstehenden

Ausführungen ergibt – entgegen der Auffassung der Beklagten überzeugend sind, bedarf es weder der Einholung eines Obergutachtens noch einer weiteren schriftlichen Begutachtung durch den gerichtlich bestellten Sachverständigen oder einer weiteren Anhörung desselben.

4.

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen kann der Kläger hinsichtlich der streitgegenständlichen Rechnungen von der Beklagten Zahlung der nachstehend dargestellten Beträge verlangen.

Ausgangspunkt sind die vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Parteien. Soweit der Tarif ZB50 betroffen ist, ist eine Begrenzung auf den 3,5-fachen Steigerungssatz nicht ersichtlich. Eine solche Begrenzung ist seitens der Beklagten auch nicht vorgetragen. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 29.02.2016 hat der Klägervertreter ausdrücklich erklärt, dass sich die Begrenzung auf die Höchstsätze auf den Tarif BE50 beziehe. Im Übrigen wird auf den Beschluss vom 30.12.2013 Bezug genommen.

Nach dem Tarif BE50 besteht demgegenüber eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ. Diese liegt beim 3,5-fachen Steigerungssatz. Das ergibt eine Auslegung der Klausel. Mit der Formulierung „bis zum“ wird – was für den maßgeblichen durchschnittlichen Versicherungsnehmer ersichtlich ist – auf den Höchstsatz, wie er sich aus § 5 Abs. 1 GOZ ergibt, Bezug genommen. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird die Klausel dahin verstehen, dass ihm die Kosten zahnärztlicher Leistungen erstattet werden, soweit sie nach den in Bezug genommenen Gebührenordnungen für Zahnärzte berechnet sind. Der Zusatz „bis zum Höchstsatz der GOZ“ enthält in diesem Zusammenhang eine weitere Begrenzung des Leistungsversprechens der Höhe nach entsprechend der Gebührenordnungen. Anders lässt sich die Wendung „bis zu“ bzw. der Begriff „Höchstsatz“ nach allgemeinem Wortverständnis nicht auslegen, und zwar ganz unabhängig davon, ob es sich insoweit um feststehende Begriffe der Rechtssprache handelt. Die Formulierung „bis zu“ bzw. der Begriff „Höchstsatz“ ist bereits nach allgemeinem Sprachverständnis eindeutig im Sinne einer Obergrenze zu verstehen (OLG Hamm r+s 2015, 510, 511). Eine solche Klausel ist weder unklar i.S.v. § 305c Abs. 2 BGB, noch verstößt sie gegen das Transparenzgebot aus § 307 Abs. 1 Satz 2 BGB noch ist sie überraschend i.S.v. § 305c Abs. 1 BGB. Auf die zutreffenden Ausführungen des OLG Hamm (r+s 2015, 510) wird verwiesen.

Der Kläger kann ausgehend von den vorstehenden Ausführungen keine weitergehenden Zahlungen nach dem Tarif BE50 verlangen. Denn unter Berücksichtigung der insoweit zu beachtlichen Beihilfeleistungen und der weiteren Leistungen der Beklagten nach dem Tarif ZB50 bleibt kein Raum für eine etwaige Erstattung einer Differenz nach dem auf den 3,5-fachen Steigerungssatz begrenzten Tarif BE50. Nach dem Tarif ZB50 stehen dem Kläger – wie auch im Beschluss vom 30.12.2013 aufgelistet – noch folgende Leistungen zu:

	Datum	Rechnungs-betrag	Erstattung nach ZB 50	Leistung der Beklagten	Restforderung des Klägers
1	09.12.2009	12.123,50 €	6.061,75 €	0,00 €	6.061,75 €
2	29.06.2011	1.198,04 €	599,02 €	0,00 €	599,02 €
3	10.02.2012	840,54 €	420,27 €	224,98 €	195,29 €
4	10.04.2012	829,29 €	414,65 €	0,00 €	414,65 €
5	25.06.2012	269,98 €	134,99 €	0,00 €	134,99 €
6	28.01.2013	8.099,06 €	4.049,53 €	0,00 €	4.049,53 €
Gesamt		**23.360,41 €**	**11.680,21 €**	**224,98 €**	**11.455,23 €**

II.

Die Zinsansprüche ergeben sich aus §§ 286, 288, 291 BGB. Die Beklagte befand sich noch nicht aufgrund der jeweiligen Mitteilungen an den Kläger, Versicherungsleistungen betreffend die streitgegenständlichen Rechnungen Nr. 1, 2, 4, 5 und 6 erst nach erfolgter Prüfung der mit Schreiben vom 03.03.2010 angeforderten Informationen zu erbringen, in Verzug. Denn darin ist noch keine ernsthafte und endgültige Verweigerung i.S.v. § 286 Abs. 2 Nr. 3 BGB zu sehen. Wenngleich die Forderungen nach den obigen Ausführungen bereits fällig waren, ist dies nicht gleichbedeutend mit einem Verzug der Beklagten. Hinsichtlich der Rechnung Nr. 3 hat die Beklagte im Schreiben vom 06.03.2012 zwar eine Abrechnung vorgenommen und Leistungen mit dem Argument gekürzt, dass den Unterlagen kein besonders schwieriges Krankheitsbild zu entnehmen sei, welches ein Honorar über den Höchstsatz als angemessen erscheinen ließe. Hierin ist aus Sicht des Gerichts aber noch keine ernsthafte und endgültige Leistungsverweigerung hinsichtlich des Differenzbetrags zu sehen. Denn der Kläger als Empfänger des Schreibens musste dies so verstehen, dass eine weitergehende Erstattung nach Vorlage weiterer Unterlagen denkbar wäre.

III.

Die prozessualen Nebenentscheidungen haben ihre Grundlage in §§ 92 Abs. 1, 709 S. 1 und 2 ZPO.

IV.

Der Streitwert wird wie folgt festgesetzt:

Für die Zeit bis zum 07.05.2012:	8.331,09 €;
vom 08.05.2012 bis zum 10.05.2012:	9.201,39 €;
vom 11.05.2012 bis zum 26.03.2013 :	9.592,41 €;
ab dem 27.03.2013:	16.529,22 €.

[redacted]

als Einzelrichter