

Tenor

1. Die Berufung des Klägers gegen das am 13.02.2020 verkündete Urteil des Einzelrichters der 7. Zivilkammer des Landgerichts Wuppertal wird zurückgewiesen.
2. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt der Kläger.
3. Dieses und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des auf Grund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht der Beklagte zuvor Sicherheit in Höhe von 110 % des beizutreibenden Betrages leistet.
4. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 50.038,96 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Der Kläger macht als Versicherungsnehmer des Beklagten für sich und seine mitversicherte Ehefrau – die Zeugin A. – Zahlungsansprüche aus einer privaten Krankenversicherung geltend wegen ärztlicher Heilbehandlungen des Zeugen B. und von Herrn C. verordneter Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel unter anderem in Höhe von insgesamt 50.038,96 Euro nebst Zinsen.

Wegen der tatsächlichen Feststellungen wird auf das angefochtene Urteil (Bl. 837 ff. GA) Bezug genommen (§ 540 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ZPO).

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen B. und A. sowie Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen D., welches der Sachverständige mündlich ergänzt hat. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen vom 21.12.2017 (Bl. 573 ff. GA) sowie das Terminsprotokoll vom 02.10.2019 (Bl. 788 ff. GA) verwiesen.

Das Landgericht hat die Klage mit Urteil vom 13.02.2020 abgewiesen. Wegen der Entscheidungsgründe wird auf die Urteilsgründe Bezug genommen.

Mit seiner form- und fristgerecht eingelegten Berufung verfolgt der Kläger unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vorbringens sein Klagebegehren mit Ausnahme des Freistellungsantrages wegen der vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten weiter. Er macht geltend, die streitgegenständlichen Behandlungen seien wie in den Rechnungen abgebildet durchgeführt worden und im Zeitpunkt der Behandlung als medizinisch notwendige Heilbehandlungen zu qualifizieren gewesen. Die vom Landgericht geäußerten Zweifel an deren Durchführung seien nicht gerechtfertigt. So lasse sich die Diskrepanz zwischen den Angaben des Zeugen C. und denjenigen des Klägers unter anderem dadurch erklären, dass sich der Kläger jedenfalls seit 2008 in der Behandlung des Zeugen befinde und sich der Kläger nachvollziehbar eher an die ursprüngliche, besonders bedrohliche und damit eindrückliche Diagnose erinnert habe, als an die über Jahre hinweg nachfolgenden Behandlungen wegen diverser chronischer, rezidivierender und einzelner akuter Leiden in den Jahren 2011 bis 2014. Der Umstand, dass sich der Kläger zugleich bei Fachärzten in Behandlung befunden habe, lasse nicht den Schluss zu, dass er sich deswegen nicht zugleich beim Zeugen C. in Behandlung befunden haben könne, der eine fachübergreifende Betreuung anbiete. Soweit sich die vom Kläger angegebenen regelmäßigen

Darmbeschwerden und Schwindelzustände nach Auffassung des Landgerichts kaum in der Behandlungsdokumentation wiederfänden, könne dem nicht gefolgt werden. So hätten die Darmbeschwerden beispielsweise 29 Mal Erwähnung gefunden. Die Feststellung, die abgerechneten Leistungen deckten sich nicht mit der vorgelegten Dokumentation, beruhe auf einer ersichtlichen erheblichen Überbewertung einzelner Übertragungsfehler. So habe der Sachverständige D. erläutert, dass die Diagnosen „Fasciitis plantaris rechts“ und „Tendinosis calcarea der Achillessehne“ zusammengehörten. Die vom Landgericht geschaffene tabellarische Darstellung der Diagnosen und Behandlungen des Klägers und der Zeugin A. führe ein verzerrtes Bild herbei. So erschließe sich bei Blick in die Behandlungsdokumentation, dass insbesondere die konkreten detaillierten und personenbezogenen Feststellungen zur Ursache der Untersuchungen und den Ergebnissen deutliche Unterschiede aufwiesen. Die Würdigung des Landgerichts, die Einlassung des Zeugen C., die Stoßwellentherapie könne 2 bis 3 Mal pro Organ abgerechnet werden, und der schriftliche Hinweis des Klägers, es seien unterschiedliche Organe behandelt worden, sprächen gegen die ordnungsgemäße Durchführung der Therapie, könne ebenso wenig Bestand haben. Der ausdrückliche Hinweis auf die Betroffenheit verschiedener Organe sei nur deswegen erforderlich gewesen, weil der Sachverständige D. alle Leistungen in diesem Bereich unzutreffend zu einer einzigen, durchgehenden gleichförmigen Therapie zusammengefasst habe. Überdies sei davon auszugehen, dass das Landgericht bei der Würdigung der Angaben des Klägers sowohl dessen Alter als auch den erheblichen zeitlichen Abstand zwischen Beginn der Behandlung und dem Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung nicht ausreichend berücksichtigt habe. Zudem seien die Auswirkungen der beim Kläger dauerhaft vorliegenden Diabetes mellitus Typ II Erkrankung zu beachten. Hinsichtlich der Akupunkturbehandlungen sei darauf hinzuweisen, dass sich der Kläger nur an die Behandlungssituation der letzten drei bis vier Jahre zu erinnern vermochte, die streitgegenständlichen Behandlungen indes den Zeitraum von 2011 bis 2014 betreffen. In diesem Zeitraum habe die Heilpraktikerin Frau E., wie vom Zeugen C. angegeben, noch keine Akupunkturbehandlungen durchgeführt. Soweit die medizinische Notwendigkeit vom Landgericht verneint worden sei, sei darauf hinzuweisen, dass der Sachverständige wesentliche Teile der durchgeführten Behandlungen als unkritisch angesehen und gerade in Bezug auf die Akutbehandlungen keine Übermaßbehandlung festgestellt habe. Im Übrigen würde eine solche lediglich zu angemessenen Kürzungen berechtigen (§ 5 Abs. 2 MB/KK). Welche konkreten Behandlungen nicht notwendig gewesen sein sollen, sei von der darlegungs- und beweisbelasteten Beklagten bislang nicht dargelegt worden. Soweit das Landgericht unter Hinweis auf die sachverständigen Ausführungen die medizinische Notwendigkeit verneint habe, könne das schon deshalb kein Bestand haben, weil der Sachverständige im Termin mitgeteilt habe, dass ihm die digital zur Verfügung gestellten Behandlungsunterlagen des Zeugen C. nicht bekannt seien. Im Übrigen sei die Begutachtung in wesentlichen Punkten mangelhaft, unvollständig und zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit nur eingeschränkt geeignet. Insoweit werde auf die bereits erstinstanzlich erhobenen Einwendungen Bezug genommen. Ebenso wie die extrakorporale Stoßwellentherapie sei die thermographische Untersuchung durch elektronische Infrarotmessung jeweils aufgrund der individuell geschilderten Beschwerden erfolgt und nicht planmäßig ohne konkreten Anlass eingesetzt worden. Zur Stoßwellentherapie sei ferner darauf hinzuweisen, dass der Sachverständige auf Studien verweise, deren Inhalt er nach eigenen Angaben gar nicht zur Kenntnis genommen habe. Zudem sei der Gemeinsame Bundesausschuss zu dem Ergebnis gelangt, dass die extrakorporale Stoßwellentherapie bei plantarer Fasciitis zukünftig von Vertragsärzten durchgeführt und entsprechend vergütet werden könne. Hinsichtlich der thermographischen Untersuchung durch elektronische

Infrarotmessung sei der Sachverständige fehlerhaft davon ausgegangen, dass es sich um die Regulationsthermographie nach Rost handle und als solche nicht mehr im aktuellen Kursbuch aufgeführt würde. Die Stellungnahme von F. habe er ohne inhaltliche Kenntnisnahme als nicht valide zurückgewiesen. Insoweit mangle es an einer objektiven Auseinandersetzung mit den vorhandenen fachmedizinischen Quellen. Hinsichtlich der Infusionstherapie, die geeignet sei, das Leiden des Klägers zu lindern und seine Lebensqualität zu verbessern, fehle es an einer Auseinandersetzung mit der Auffassung des Klägers, dass es sich um eine von der Therapiefreiheit gedeckte sog. Außenseitermethode handle. Auch zeige der Sachverständige keine schulmedizinische Behandlungsalternative auf. Der Sachverständige verkenne weiter, dass die durchgeführte Labordiagnostik wesentlich auf die Infusionstherapie des Klägers und die verordneten Medikamente der Zeugin A. bezogen gewesen sei. Zudem habe er angegeben, dass die spezifischen Untersuchungsmethoden im Bereich der Labordiagnostik nicht in seinen Fachbereich fielen. Weshalb der Sachverständige die abgerechneten Leistungen der Höhe nach nicht bewerten konnte, könne nicht nachvollzogen werden. Denn in den Rechnungen seien die abgerechneten Vergütungssätze eindeutig verzeichnet. Hinsichtlich der Behandlungen der Zeugin A. gelte Entsprechendes wie für diejenigen des Klägers. Bei der Bewertung ihrer Aussage sei unter anderem zu berücksichtigen, dass sich die Zeugin nur bruchstückhaft an ihre Behandlungen habe erinnern können. Die konkrete Einordnung und Wiedergabe der medizinischen Diagnosen könne ihr als medizinischem Laien zudem nicht zugemutet werden. Der Vorwurf der Austauschbarkeit der Diagnosen lasse sich auch hier aus den vorstehenden Gründen nicht rechtfertigen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Beklagten unter Abänderung des Urteils des Einzelrichters des Landgerichts Wuppertal vom 13.02.2020 zu verurteilen, an ihn 50.038,96 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise, den Rechtsstreit unter Aufhebung des am 13.02.2020 verkündeten Urteils des Landgerichts Wuppertal zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landgericht zurückzuverweisen.

Der Beklagte wiederholt und vertieft sein erstinstanzliches Vorbringen und verteidigt die Entscheidung des Landgerichts. Die Berufung habe weder vorgetragen noch dokumentiert, durch welche diagnostischen Maßnahmen die jeweiligen behaupteten Diagnosen medizinisch gesichert worden seien. Neben der Durchführung der Behandlungen werde daher weiterhin auch die Richtigkeit der Diagnosen bestritten. Soweit der Kläger auf neuere wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Stoßwellentherapie verweise, folgere aus seinen Erläuterungen selbst, dass selbst dann die medizinische Notwendigkeit nur gegebenenfalls angenommen werden könne, es letztlich aber auf die im Einzelfall festzustellende Notwendigkeit ankomme. Soweit der Kläger vortrage, dass die Infusionsbehandlungen geeignet gewesen seien, die Lebensqualität des Klägers zu verbessern und dessen Leiden zu lindern, werde das bestritten. Eine diagnostische Grundlage hierfür sei nicht gegeben. Von offensichtlichen Mängeln des Sachverständigengutachtens bzw. dessen Fachkenntnissen könne keine Rede sein.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf die in beiden Instanzen zur Akte gereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf die Sitzungsniederschriften Bezug genommen.

Die Akte des Landgerichts Lüneburg, Az. 5 O 362/12, ist beigezogen worden und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.

1.

Dem Kläger kommt kein Anspruch auf Erstattung der streitgegenständlichen Heilbehandlungskosten aus dem mit der Beklagten bestehenden Versicherungsvertrag nach §§ 1 Abs. 1, 192 Abs. 1 VVG i.V.m. §§ 1 Abs. 1, 4 Abs. 1 MB/KK 76 bzw. 2009 (im Folgenden nur: MB/KK) i.V.m. mit Teil I des Tarifs 102 zu.

a.

Versichert ist gemäß § 1 Abs. 2 MB/KK eine medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wie hier des Klägers und seiner Ehefrau, der Zeugin A., wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Eine Heilbehandlung ist jegliche ärztliche Tätigkeit, die durch eine Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung, Besserung oder Linderung der Krankheit abzielt. Dem ist eine ärztliche Tätigkeit gleich zu achten, die auf eine Verhinderung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet ist (Wendt, in: Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, Stand 2020, § 37 Rz. 17 und 19; BGH VersR 2017, 608). Die diagnostischen Maßnahmen, die zu Beginn einer ärztlichen Maßnahme stehen, gehören bereits zur Heilbehandlung (Wendt, in: Boetius u.a., a.a.O., § 37 Rz. 20). Der Versicherungsfall endet, wenn nach medizinischem Befund eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht (Wendt, in: Boetius u.a., a.a.O., § 37 Rz. 41).

Medizinisch notwendig ist eine Behandlungsmaßnahme, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen (BGH, VersR 2017, 608; VersR 1996, 1224). Dabei ist allein auf die grundsätzliche Eignung einer Maßnahme für den möglichen Behandlungserfolg abzustellen. Völlig ohne Relevanz ist, ob tatsächlich ein Behandlungserfolg eingetreten ist oder nicht (Wendt, in: Boetius u.a., a.a.O., § 37 Rz. 25 m.w.N.). Entscheidend ist eine ex-ante-Sicht, also die zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlungsmaßnahme zu treffende Prognose. Gegenstand der Beurteilung können nur die objektiv medizinischen Befunde und Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung sein (BGH, VersR 2013, 1558). Bei unterschiedlichen Behandlungen gibt es kein Prinzip der Nachrangigkeit zugunsten eines Hilfsmittels gegenüber einer Heilbehandlung (BGH, VersR 2017, 608). Entscheidendes Beurteilungskriterium ist die Vertretbarkeit. Diese liegt vor, wenn die Maßnahme sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise das Zugrundeliegen der Leiden diagnostisch hinreichend, aber auch nicht überzogen erfasst und eine adäquate geeignete Therapie

anwendet (BGH, VersR 1996, 1224). Daran fehlt es, wenn weder in der Abfolge von Untersuchungen selbst noch aus den Krankenunterlagen ein Behandlungs- oder Therapiekonzept zu erkennen ist (OLG Hamm, VersR 2004, 1255; Wendt, in: Boetius u.a., a.a.O., § 37 Rz. 26).

Die Beantwortung der Frage, ob es vertretbar war, die durchgeführten Maßnahmen als notwendig anzusehen, ist von der Beachtung und Einhaltung des üblichen sog. Stufenschemas bei der Diagnostik und Therapie abhängig. Jede Heilbehandlung erfordert eine klare Strukturierung der durchzuführenden Maßnahmen. Diese ist – soweit erforderlich – gekennzeichnet durch die Erhebung der Anamnese, eine hypothetische Diagnose, die angeordneten Untersuchungen, die Ermittlung der Befundergebnisse, das Feststellen der endgültigen Diagnose und die Einleitung der Therapie. Diagnostik und Untersuchungen müssen dabei nach einem festgelegten und sinnvollen Stufenschema erfolgen: Zunächst ist die übliche, einfache Basisdiagnostik durchzuführen. Hieran können sich, sofern Besonderheiten dies rechtfertigen, weitere Maßnahmen der Aufbau- und Spezialdiagnostik anschließen. Nicht erforderlich ist es dagegen, umfangreiche oder aufwändige Methoden ohne Vorabklärung im Wege der Basisdiagnostik durchzuführen (OLG Hamm, VersR 1997, 1342 f.; Bach/Moser/Kalis, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. 2015, MB/KK § 1 Rn. 92 zu allem Vorstehenden). Dieselben Überlegungen gelten für die Behandlung selbst: Diese ist medizinisch nicht notwendig, wenn derselbe angestrebte Erfolg auch mit einer weniger aufwändigen oder weniger einschneidenden Methode erreicht werden kann (Bach/Moser/Kalis, a.a.O.).

Ausgehend von dem in §§ 1 Abs. 2 MB/KK, 192 Abs. 1 VVG festgelegten eigentlichen Zweck der Krankenversicherung, (nur) solche Kosten zu erstatten, die durch eine medizinisch notwendige Heilbehandlung entstehen, ist eine Leistungspflicht für Maßnahmen der „Alternativen Medizin“ nur zu bejahen, wenn die Methode sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt hat, sie in ihrer Wirksamkeit den von der Schulmedizin gebilligten Methoden gleichzustellen ist und sie keine höheren Kosten verursacht (Bach/Moser/Kalis, a.a.O., § 4 MB/KK, Rn. 221).

Stehen für eine Behandlung weder Methoden der Schulmedizin noch einer etablierten Richtung der alternativen Medizin zur Verfügung, können im Einzelfall auch sog. Außenseitermethoden erstattungsfähig sein (Bach/Moser/Kalis, a.a.O., § 4 MB/KK, Rn. 225).

Laboruntersuchungen sind nur dann medizinisch notwendig, wenn ihnen ein konkretes, auf den Patienten bezogenes Behandlungs- und Therapiekonzept zugrunde liegt (OLG Hamm, VersR 2004, 1255 f.).

Die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung ist schließlich nach allgemeinen Grundsätzen, wonach derjenige, der von seinem Vertragspartner eine Leistung beansprucht, die Voraussetzungen des vermeintlichen Anspruchs nachweisen muss, vom Versicherungsnehmer zu beweisen. Zweifel gehen zu seinen Lasten (BGH, VersR 1996, 1224 ff.).

b.

Hiervon ausgehend ist die Klage insgesamt unschlüssig.

Der Kläger hat nicht schlüssig zu den Voraussetzungen vorgetragen, anhand derer überprüft werden kann, ob die streitgegenständlichen Rechnungen medizinisch notwendige Behandlungen im vorstehenden Sinne betreffen. Teils ist bereits nicht erkennbar, um welche konkreten Behandlungen es sich überhaupt handelt. Zu den Voraussetzungen der Erstattungsfähigkeit der verordneten Mittel ist ebenso wenig ausreichend vorgetragen.

aa.

Für die abgerechneten Behandlungen des Klägers und seiner Ehefrau - der Zeugin A. - gilt Folgendes:

(1)

Die für den Kläger und die Zeugin A. vorgelegten ärztlichen Berichte mit den nachfolgenden tabellarischen Darstellungen zu den einzelnen Rechnungen, unterteilt nach Datum, Leistung und Begründung, genügen den Anforderungen an einen substantiierten Sachvortrag nicht. Entgegen der Auffassung der Berufung trifft den Kläger – wie oben ausgeführt – nach allgemeinen Grundsätzen die entsprechende Darlegungs- und Beweislast. Der Umstand, dass der Kläger medizinischer Laie ist, ändert hieran ebenso wenig wie eine etwaige unzureichende Zuarbeit des Zeugen C. Insbesondere verfügt der Beklagte als Versicherungsgeber auch nicht über bessere Erkenntnisse als der Kläger.

Aus den vorbezeichneten Darstellungen, den sog. ärztlichen Dokumentationen, lassen sich – ungeachtet der Frage, ob die Behandlungen tatsächlich erfolgt sind – die zur Prüfung des Vorliegens einer notwendigen medizinischen Behandlung erforderlichen Angaben nicht mit der gebotenen Klarheit entnehmen.

Die bloß stichwortartige Dokumentation von Leistung und Begründung lässt vor allem nicht hinreichend erkennen, welche Befunde oder Fremdbefunde durch wen zu welchem Zeitpunkt erhoben worden sind und welche wann durch wen aufgrund welcher diagnostischen Maßnahmen getroffenen Diagnosen zu den in Rede stehenden Leistungen geführt haben, die überdies ihrerseits teilweise nicht klar benannt sind, so insbesondere in vielen Fällen nicht erkennen lassen, in Bezug auf welche Körperteile und Organe sie erfolgt sind (beispielsweise „vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems“, „Ultraschalluntersuchung eines Organs“, „Infiltrationsbehandlung mehrerer Körperregionen“, „Thermographische Untersuchung durch elektronische Infrarotmessung“, „Tape-Verband großer Gelenke“) oder welche Körperteile behandlungsbedürftig waren („Zustand nach Sturztrauma“). Die vom Kläger vollkommen ungeordnet vorgelegten Konsolarien – die zudem allein den Kläger betreffen – ersetzen keinen Sachvortrag und sind nicht geeignet, die teilweise kryptischen Ausführungen in Tabellenform zu ergänzen. So fehlt insbesondere eine konkrete Zuordnung zu den einzelnen Behandlungstagen und/oder angeführten Diagnosen. Selbst in den Einleitungen der sog. ärztlichen Dokumentationen mit der Aufzählung von Diagnosen wird nicht auf konkrete Unterlagen verwiesen. Es ist indes weder Aufgabe des Senats, Behandlungsunterlagen herauszusuchen, um so ggf. näheren Aufschluss über die erhobenen Befunde und konkreten Zeitpunkte der einzelnen Diagnosen zu erlangen, noch unvollständigen Sachvortrag durch Mutmaßungen zu ersetzen.

Auf all das ist der Kläger durch Senatsbeschluss vom 25.01.2022 hingewiesen worden, ohne seinen Sachvortrag in einer den vorstehenden Anforderungen genügenden Weise zu ergänzen, worauf er ebenfalls hingewiesen worden ist.

Zu dem Vorstehenden kommt hinzu, dass jede Heilbehandlung eine klare Strukturierung erfordert, die durch die Erhebung der Anamnese, eine hypothetische Diagnose, die angeordneten Untersuchungen, die Ermittlung der Befundergebnisse, das Feststellen der endgültigen Diagnose und die Einleitung der Therapie gekennzeichnet ist. Auch das lässt sich dem klägerischen Vorbringen, insbesondere der tabellarischen Darstellung, nicht entnehmen, ohne dass es hierauf entscheidend ankommt.

Hiervon ausgehend geht der Kläger in der Annahme fehl, es hätte dem Beklagten obliegen, das Vorbringen substantiiert zu bestreiten. Kann anhand des Sachvortrags des Klägers allenfalls erahnt werden, um was für einen Sachverhalt es sich handelt, und fehlt es mithin an substantiiertem Sachvortrag, ist der Beklagte mangels hinreichender Grundlage weder in der Lage noch in der Pflicht, diesen substantiiert zu bestreiten und sich zu diesem Vorbringen näher zu erklären.

Keine andere Bewertung rechtfertigt der Umstand, dass der Sachverständige eine Begutachtung vorgenommen hat. Abgesehen davon, dass dem zugrunde liegenden Beweisbeschluss zu entnehmen ist, dass der Sachvortrag vom Landgericht in Teilbereichen bereits für unschlüssig erachtet worden ist, nimmt sein Gutachten gerade nicht jede einzelne Behandlung in den Blick, sondern verhält sich lediglich allgemein zu bestimmten Behandlungsmethoden und Abrechnungsziffern sowie den verabreichten Infusionen und Injektionen und durchgeführten Laboruntersuchungen. Im Übrigen fehlt es an detaillierten Ausführungen, welche den an den einzelnen Tagen erfolgten konkreten Behandlungen zugeordnet werden könnten. So hat der Sachverständige lediglich pauschal ausgeführt, dass er Teile der Dokumentation als unkritisch und nachvollziehbar erachte. Um welche Teile es sich hierbei handelt, bleibt offen.

Erschwerend kommt hinzu, ohne dass es hierauf entscheidend ankommt, dass sich der Kläger nach seinen eigenen Angaben sowie den Angaben des Zeugen C. zumindest in Teilbereichen parallel in fachärztlicher Behandlung befunden hat, so dass sich vor diesem Hintergrund erst recht die Frage nach der Notwendigkeit der vom Zeugen C. ergriffenen Maßnahmen stellt. So hat der Kläger angegeben, sich wegen orthopädischer Beschwerden wie einem Bandscheibenvorfall, Stenosen und Schulterbeschwerden in orthopädischer Behandlung befunden zu haben. Wegen eines Fersenspornes habe er spezielle Einlagen getragen. Weshalb es unter diesen Umständen der zusätzlichen Behandlung durch den Zeugen C. bedurfte, lässt sich der stichwortartigen Dokumentation nicht entnehmen.

(2)

Soweit der Zeuge C. eingangs der Dokumentationen verschiedene Diagnosen aufgeführt hat und hierauf in der nachfolgenden Darstellung verwiesen wird, genügt das – ungeachtet der übrigen fehlenden Angaben – für sich genommen bereits nicht zur schlüssigen Darlegung der Diagnosen, welche zu den jeweiligen Behandlungen geführt haben sollen.

So lässt sich der Aufstellung schon nicht entnehmen, wann und durch wen die angeführten Diagnosen aufgrund welcher Diagnosemethoden gestellt worden sind. Aus den vorstehenden Gründen erübrigt sich Dergleichen nicht durch die zur Akte gereichten – ohnehin lediglich den Kläger betreffenden – Konsolarien und sonstigen Anlagen.

Der Zeuge C. hat hierzu im Rahmen seiner Vernehmung lediglich angegeben, die Diagnosen in Bezug auf den Kläger und die Zeugin A. entweder selber gestellt oder von der Klinik

übernommen zu haben. Weiterhin hat er ausgeführt, die Diagnosen nicht alle auf einmal gestellt zu haben, sondern so, wie es dann jeweils angefallen sei. Dem lässt sich ebenfalls nichts Hinreichendes entnehmen. Seine Angaben lassen nicht erkennen, von wem die einzelnen Diagnosen jeweils stammen und wann sie gestellt worden sind.

Hinzu kommt, dass viele der Diagnosen, wie sich aus den Akten ergibt, bereits längere Zeit zuvor - teils Jahre zuvor - in den Rechnungen und Dokumentationen angeführt worden sind, so dass es - bezogen auf die einzelnen abgerechneten Behandlungen - näherer Ausführungen dazu bedurft hätte, weshalb eine weitere bzw. erneute Behandlungsbedürftigkeit - erst recht neben einer fachärztlichen Behandlung - bestanden hat. So finden sich die unter den Nummern 1 bis 16 sowie teilweise unter der Nummer 19 in der ärztlichen Dokumentation angeführten Diagnosen bezüglich des Klägers bereits in der im beigezogenen Verfahren zur Akte gereichten Krankendokumentation (Bl. 233 f. BA) als Grundlage für die dort streitigen Behandlungen, welche einen Zeitraum vor den hier streitgegenständlichen Behandlungen betreffen. Bei der Zeugin A. sind die eingangs der ärztlichen Dokumentation angeführten Diagnosen ebenso wie die im nachfolgenden Text der Rechnungen angeführten Diagnosen teilweise ebenfalls identisch mit denjenigen, welche aus den im beigezogenen Verfahren streitgegenständlichen Rechnungen bis einschließlich 06.12.2011 (Bl. 137 ff. BA) hervorgehen und zwar sowohl mit den aus den dort eingangs sowie im nachfolgenden Text erwähnten Diagnosen. So finden sich z.B. auf der Rechnung vom 06.12.2011 eingangs bereits die Diagnosen „hyperreagibles Bronchialsystem“ und „rez. Subakute Abdomen, Diarrhoen, Gastriden und Hepatomegalie“, die mit den unter Nummern 2 und 8 der Dokumentation angeführten Diagnosen teils identisch sind. Zudem wurde die Zeugin A. ausweislich der vorstehenden Rechnung bereits seinerzeit wegen einer Lumboischialgie rechts, Hypästhesien und Epicondylitis humeri lateralis rechts behandelt, die allesamt in der ärztlichen Dokumentation unter den Nummern 4 und 6 Erwähnung finden. Gleiche Diagnosen finden sich unter anderem auch in den einzeln aufgeführten Behandlungen der Rechnungen vom 11.10.2011 (Bl. 139 f. BA) und 27.07.2011 (Bl. 141 f. BA). Unter dem 27.07.2011 taucht auch die Behandlung wegen eines Fascitis plantaris, der medikamentös therapieresistent gewesen sein soll, sowohl rechts als auch links, auf, mithin einer unter Nummer 13 der ärztlichen Dokumentation erfassten Diagnose.

In Teilbereichen handelt es sich bei den unter den einzelnen Ziffern eingangs der ärztlichen Dokumentationen angeführten Diagnosen auch um mehrere, voneinander zu unterscheidende Diagnosen, so z.B. bei den unter Nummer 14 der in Bezug auf den Kläger angeführten Diagnosen. Hier ist nicht ersichtlich, inwieweit Gelenkgüsse mit einer Epicondylitis gleichzusetzen sind und weshalb keine Unterscheidung geboten ist, aufgrund welcher der dort angeführten Diagnosen bzw. Befunde eine Behandlung erfolgte. Die bloße Bezugnahme im Rahmen der folgenden Dokumentation auf Nummer 14 genügt daher schon aus diesen Gründen nicht zur Klarstellung, welche Diagnose der Behandlung zugrunde lag. Entsprechendes gilt für die unter Nummer 17 angeführten Diagnosen.

Vergleichbares gilt in Bezug auf die Zeugin A.. So findet sich unter Nummer 5 der eingangs der ärztlichen Dokumentation angeführten Diagnosen die Diagnose Tendinosis calcarea sowohl in Bezug auf Rotatoren - mithin den Schulterbereich betreffend - als auch in Bezug auf die Achillessehne, so dass der Verweis auf die Diagnose Nummer 5 offen lässt, welcher Körperbereich betroffen ist. Auch werden unter Nummer 13 unter anderem ein Fersensporen (Fascitis plantaris) und Achillessehnen-Entzündungen zusammengefasst, was nicht zwingend miteinander verknüpft ist.

Vereinzelt ist auch fraglich, inwieweit die angeführten Diagnosen überhaupt noch von Relevanz für die nachfolgenden Behandlungen in den Jahren ab 2011 (Zeugin A.) bzw. 2012 (Kläger) gewesen sein sollen. So wird in Bezug auf den Kläger unter Nummer 10 ein Zustand nach subduralem Hämatom angeführt. Wie aus dem Schreiben des Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen vom 04.02.2004 (Bl. 108 BA) ersichtlich ist, erfolgte die Operation des subduralen Hämatoms aber bereits am 01.04.2003 in der Uniklinik G.-Stadt. Inwieweit sich hieraus noch notwendige Behandlungsmaßnahmen ergeben haben sollen, erschließt sich nicht und bedürfte schon von daher näherer Ausführungen. Ähnliches gilt, soweit unter Nummer 17 bzw. Nummer 8 Infektionen mit *Helicobacter pylori* genannt werden, welche nach einer erfolgreichen Antibiose regelmäßig ausgeheilt sind und keiner weiteren Behandlung bedürfen, so dass es näherer Ausführungen dazu bedürft hätte, wann eine erneute Infektion festgestellt worden ist.

Soweit bei den Diagnosen im Übrigen angeführt ist, dass es sich um rezidivierende Erkrankungen handelt, hätte es in der weiteren Dokumentation ebenfalls der Klarstellung bedürft, wann es zum Rezidiv gekommen ist und wer die entsprechende Diagnose getroffen hat. Dergleichen lässt sich den Anmerkungen ebenfalls nicht entnehmen.

Soweit keine Bezugnahme auf die in den Dokumentationen vorab angeführten Nummern erfolgt ist, sind schließlich oftmals unter den einzelnen Behandlungstagen dennoch eingangs der Dokumentationen angeführte Diagnosen genannt, wie z.B. Epicondylitis und Fasciitis plantaris, mithin als chronische oder rezidivierende Erkrankungen angesehene Diagnosen, so dass Vorstehendes entsprechend gilt.

(3)

Soweit in den tabellarischen Übersichten keine Bezugnahme auf die eingangs angeführten Diagnosen erfolgt ist, gilt im Hinblick auf die Darlegung der Diagnosen im Ergebnis nichts anderes. Sofern Diagnosen im Tabellentext Erwähnung finden, ist nicht kenntlich gemacht, wann und durch wen diese getroffen worden sind. Dessen hätte es umso mehr bedürft, soweit diese mehrfach Erwähnung finden oder sich der Hinweis auf medikamentöse bzw. physikalische Therapieresistenz findet, welcher eine Vorbehandlung impliziert. In Teilbereichen ist der Dokumentation bereits keinerlei Diagnose zu entnehmen. Vereinzelt finden sich zudem auch – vom Kläger als Übertragungsfehler bezeichnete – divergierende Diagnosen in der Dokumentation und den Rechnungen. Schließlich widersprechen sich vereinzelt Diagnose und sonstige Anmerkungen oder geht aus der Diagnose hervor, dass es sich – jedenfalls ohne nähere Begründung – lediglich um einen kosmetischen Eingriff gehandelt haben dürfte, so dass es auch von daher an der Schlüssigkeit mangelt.

Im Einzelnen:

(a)

Wie ausgeführt, ist den Dokumentationen teilweise bereits keine Diagnose zu entnehmen. So liegt der Fall z.B. hinsichtlich der in der Rechnung Nr. 001 vom 12.01.2012 aufgeführten Behandlungen des Klägers vom 13.12.2011 und 18.12.2011. Hier ist lediglich von Bauchschmerzen bzw. Bauchschmerz die Rede.

(b)

An anderer Stelle weichen – unabhängig vom fehlenden Datum der Diagnose – die in den ärztlichen Dokumentationen und den Rechnungen angeführten Diagnosen voneinander ab. So ist z.B. in der Dokumentation zu der in der Rechnung Nr. 001 vom 12.01.2012 angeführten Behandlung des Klägers vom 23.12.2011 von einer Lumboischialgie und einer Hypästhesie im Dermatombereich L4, L 5 und S 1 die Rede. In der zugehörigen Rechnung werden indes eine Hypästhesie im Bereich C4/7 sowie ein Cervico-brach. Syndrom links angeführt.

In der Dokumentation zur Rechnung Nr. 002 vom 05.03.2012 bezüglich des Klägers ist unter den Ausführungen zu der Behandlung am 15.02.2012 „Epicondylitis humeri lateralis links“ angeführt. In der zugehörigen Rechnung ist hingegen von „Fascitis plantaris rechts“ die Rede.

In der Rechnung Nr. 003 vom 12.04.2012 ist bezüglich der Behandlung vom 23.03.2012 „Cervico-brach. Syndrom rechts, Hypaesthesie“ vermerkt. In der zugehörigen Dokumentation hingegen wird auf die Diagnosen 6, 7 und 16 verwiesen, die diese Diagnosen nicht umfassen und keinen Zusammenhang hiermit aufweisen. Zur Behandlung vom 14.03.2012 wird in der Rechnung auf ein „Subakutes Abdomen“ verwiesen. In der Dokumentation wird auf die Diagnosen 13, 14 und 17 Bezug genommen, von denen allein der den Magen betreffende Komplex der Nummer 17 mit der in der Rechnung angeführten Diagnose in Einklang zu bringen ist.

Die Rechnung Nr. 004 vom 03.07.2012 führt zur Behandlung am 25.06.2012 ein Cervico Brachialis Syndrom links und eine Hypästhesie im Dermatombereich C4/7 auf. In der Dokumentation ist hingegen von einem Zustand nach Sturztrauma die Rede.

Selbst wenn es sich hierbei um Übertragungsfehler handeln sollte, wie der Kläger behauptet, änderte das – ungeachtet der fehlenden ausreichenden Angaben zu den getroffenen Diagnosen – nichts daran, dass es allein aufgrund der differierenden und teils widersprüchlichen Angaben an einer schlüssigen Darlegung einer Diagnose mangelt. Der Hinweis des Klägers, einzelne angeführte Diagnosen wie Tendinosis calcarea und Fascitis plantaris stünden in unmittelbarem Zusammenhang, ändert hieran nichts. Hierzu hätte es näherer Darlegungen bedurft. Hinzu kommt, dass z.B. die Diagnose „Epicondylitis humeri lateralis“ (sog. Tennisellenbogen) mit einem als Fascitis plantaris bezeichneten Fersensporn nichts gemein hat.

(c)

Wie bereits oben ausgeführt, haben sich der Kläger und die Zeugin A. ausweislich der vorliegenden Rechnungen sowie der in der Beilakte befindlichen Rechnungen und den jeweiligen Dokumentationen wegen bestimmter Diagnosen, hinsichtlich derer schon der Zeitpunkt nicht dargelegt ist, über Jahre hinweg beim Zeugen C. in Behandlung befunden.

So weisen z.B. die Rechnungen Nr. 005 vom 24.05.2011 (Behandlungen vom 04.04.2011 und 06.05.2011) und Nr. 006 vom 13.04.2011 (Behandlung vom 16.03.2011) sowie Nr. 007 vom 30.06.2011 (Behandlung vom 06.06.2011) bezüglich Behandlungen des Klägers, welche Gegenstand des beigezogenen Vorverfahrens waren, diverse Behandlungen wegen Lumboischialgien links und rechts auf. Die nunmehrige Dokumentation zu den hier streitgegenständlichen Behandlungen weist diese Diagnose ebenfalls wiederholt auf, so z.B. in der Rechnung Nr. 001 vom 12.01.2012 (Behandlungen vom 19.12.2011 und 23.12.2011) und der Rechnung Nr. 002 vom 05.03.2012 (Behandlung vom 10.02.2012). Gleichermäßen

findet sich in den Rechnungen des Vorverfahrens mit den Nr. 007 vom 30.06.2011 (Behandlung vom 25.05.2011), Nr. 005 vom 24.05.2011 (Behandlung vom 11.05.2011), Nr. 008 vom 10.01.2011 (Behandlung vom 21.12.2010) und Nr. 009 vom 15.12.2010 (Behandlung vom 08.11.2010) bereits die Diagnose Cervico Brachialis Syndrom links oder rechts. Diese Diagnose ist auch vielfach als Grund für die hier streitgegenständlichen Behandlungen angeführt, so z.B. in der Rechnung Nr. 002 vom 05.03.2012 (Behandlung vom 27.02.2012). In gleicher Weise tauchen in beiden Verfahren etliche Behandlungen wegen Fascitis plantaris rechts und links, Tendinosa calcarea oder Epicondylitis humeri lateralis auf, um nur einige Beispiele zu nennen. Entsprechendes gilt für die Behandlungen der Zeugin A. Auch hier finden sich – wie bereits oben aufgezeigt – Behandlungen wegen angegebener Diagnosen, die sich bereits in den streitgegenständlichen Rechnungen des Vorverfahrens finden.

Erfolgen indes über einen derart langen Zeitraum Behandlungen, bedarf es zur Darlegung der medizinischen Notwendigkeit, mithin einer auf Heilung, Besserung oder Linderung der Krankheit oder Verhinderung der Verschlimmerung gerichteten Behandlung und der weiteren Behandlungsbedürftigkeit – wie eingangs ausgeführt – unter anderem der Darlegung eines Behandlungs- bzw. Therapiekonzeptes als Teil der strukturierten Heilbehandlung. Der Zeuge C. hat hierzu selber in seiner Vernehmung ausgeführt, dass es Behandlungs- und Therapiepläne gegeben habe. Trotz entsprechender Senatsaufgabe hat der Kläger, welcher Dergleichen bestätigt hat, hingegen weder entsprechende Pläne zur Akte gereicht noch entsprechend vorgetragen.

Näheren Vortrags zur Behandlungsbedürftigkeit und eines Therapiekonzeptes hätte es umso mehr bedurft, soweit beim Kläger die Diagnose Tendinosa calcarea in Rede steht. So ergibt sich aus der Dokumentation zur Rechnung Nr. 010 vom 22.05.2013, dass nicht nur eine medikamentöse Therapieresistenz vorgelegen haben soll, sondern der Kläger auch eine Operation abgelehnt hat. Hielt indes Herr C. offenbar eine Operation für geboten, ist ohne nähere Erläuterung nicht schlüssig, weshalb eine weitere ambulante Behandlung erfolgte.

(d)

Der Vorlage bzw. des Vortrags eines entsprechenden Therapie- und Behandlungskonzeptes hätte es – über die vorstehend angeführte Diagnose Tendinosa calcarea beim Kläger hinaus – auch im Übrigen umso mehr bedurft, soweit in den Dokumentationen und/oder Rechnungen vermerkt ist, dass eine medikamentöse oder/und oder physikalische Therapieresistenz besteht bzw. bestand, da hier offenbar vorherige Behandlungsansätze nicht zum Erfolg geführt haben. So wird z.B. in der Dokumentation zur Rechnung Nr. 001 vom 12.01.2012 unter dem Behandlungsdatum 30.12.2011 zum Fersensporn (Fascitis plantaris) vermerkt, dass er medikamentös therapieresistent sei. In der Dokumentation zur Rechnung Nr. 011 vom 26.11.2012 ist zur Behandlung vom 30.10.12 vermerkt: „Myositis, Supraspinatussehnenyndrom physic. und medikamentös therapieres(i)stent“.

Hinzu kommt, dass es in den Fällen auch in besonderem Maße genauer Angaben zur Erstdiagnose bzw. Entstehen eines Rezidivs bedurft hätte, da die Diagnosen hier – selbstredend – nicht an den jeweiligen Behandlungstagen gestellt worden sein können.

(e)

Teilweise sind auch die in Verbindung mit einer Diagnose vorhandenen Angaben mit der Diagnose nicht in Einklang zu bringen. So heisst es z.B. in der Dokumentation hinsichtlich der

Zeugin A. zur Rechnung Nr. 012 vom 25.01.2012 bezüglich des Termins vom 03.01.2011, dass ein „subakutes Abdomen“ gegeben sei. Dahinter wird ausgeführt, dass der Beginn „gestern Abend“ gewesen sei. Lag indes ein subakutes Abdomen vor, bedeutete das, dass es gerade nicht mehr akut war, was mit den vorstehenden Angaben nicht übereinstimmt, wonach die Zeugin direkt nach Auftreten der Beschwerden zum Zeugen C. gegangen ist.

(4)

Soweit die Behandlung von Hauttumoren im Streit steht, ist schon nicht erkennbar, an welchen Stellen sich die Tumore befunden haben sollen (die Behandlungen der Zeugin A. vom 23.04.2012, 07.05.2012 und 12.05.2012 wegen Feigwarzen (Multipl. Condylomata acuminatum inguinal genital.) ausgenommen, vgl. Rechnung Nr. 013 vom 31.05.2012). Ungeachtet dessen sind die zugehörigen bildgebenden Befunde, welche zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit erforderlich wären, zwar nach eigenen Angaben des Zeugen C. und wie aus den Dokumentationen ersichtlich erhoben worden. Trotz entsprechender Auflage des Senats ist eine Vorlage indes unterblieben.

Teilweise ergibt sich aus der Dokumentation zudem, dass sog. Alterswarzen (Verrucae seborrhoicae) entfernt worden sein sollen (vgl. z.B. Behandlung der Zeugin A. vom 16.01.2011, Rechnung Nr. 012 vom 25.01.2012). Hier ist schon nicht ersichtlich, dass es sich nicht lediglich um einen kosmetischen Eingriff handelte, sondern die Entfernung aus medizinischen Gründen erforderlich war.

(5)

Soweit die Behandlungen einer sog. Verlaufskontrolle gedient haben und diverse Laborbefunde aufgrund Abstrichmaterials oder Blutproben erhoben worden sind sowie Infusionen sowie Injektionen verabreicht worden sind, fehlt es ebenfalls an der Schlüssigkeit des Vorbringens. Das gilt – wie oben ausgeführt – schon deshalb, weil es an einem klaren Bezug zu den gestellten Diagnosen fehlt. Insbesondere ist ohne nähere Angaben zu den Diagnosen nicht dargetan, wozu es der Kontrolle der jeweiligen Werte und der Infusionen bedurfte und anhand welchen Therapiekonzeptes ein Abgleich mit entsprechenden Auswirkungen auf das vorhandene Therapiekonzept vorgenommen worden ist. Selbst dort, wo sich erschließen mag, weshalb die Werte erhoben worden sind, so z.B. der PSA-Wert für den Kläger, fehlt es an Angaben zum konkreten Behandlungs- und Therapiekonzept, welches der Mittelverabreichung zugrunde lag und welches damit auch maßgebend für die im Wege der Verlaufskontrolle zu erhebenden Befunde sowie die hieraus abzuleitenden therapeutischen Konsequenzen war. Die Angabe des Zeugen C., eine komplementär-immunologische Strategie gewählt zu haben, ist zu pauschal und genügt hierfür nicht. Ebenso wenig vermögen allgemeine Ausführungen in den zur Akte gereichten pharmakologischen Erläuterungen zu einzelnen Mitteln auf die konkreten Mittelverabreichungen sowie den Kläger und die Zeugin A. und deren Diagnosen zugeschnittenen Sachvortrag ersetzen.

Soweit der Kläger angegeben hat, dass sowohl für ihn als auch für die Zeugin A. schriftliche Behandlungspläne erstellt worden seien, was der Zeuge C. bestätigt hat, ändert das nichts, da diese trotz entsprechender Auflage nicht vorgelegt worden sind, obgleich der Kläger sogar bekundet hat, dass ihm diese persönlich vorlägen.

Zudem fällt auf, dass – wie bereits in dem das beigezogene Vorverfahren betreffenden Zeitraum – in regelmäßigen Abständen die Belastung durch exogene Gifte erhoben worden ist. Sollte diese indes – vor dem Hintergrund des behaupteten polyneuropathischen Syndroms der Zeugin A. bei Belastungen mit PCB, Aluminium und Quecksilber bei der Zeugin möglicherweise medizinisch indiziert – einmal festgestellt worden sein, ist nicht ersichtlich, welche therapeutischen Maßnahmen in der Folge ergriffen worden sind und weshalb es weiterer Folgeerhebungen bedurfte. Nahe hätte insoweit eine Ausleitung gelegen. Dann ist aber – ohne ersichtliche besondere äußere Umstände – unklar, weshalb die entsprechenden Belastungen nach erfolgter Ausleitung immer wieder aufs Neue kontrolliert worden sind. Angesichts dessen hätte es mithin in besonderem Maße weiterer Angaben zu den Gründen der Erhebung der in Rede stehenden Parameter bedurft.

Die Vorlage der Auswertungen mit den Laborwerten zu den jeweiligen Zeitpunkten ändert hieran nichts. Insbesondere ersetzt diese keine Angaben zu einem Behandlungs- und Therapiekonzept. Vielmehr hätte der Kläger aufzeigen müssen, welche Schritte aus den erhobenen Laborbefunden abgeleitet worden sind und weshalb es der weiteren Kontrolle bedurfte.

Keiner Entscheidung bedarf nach alledem, inwieweit eine Verabreichung der Mittel per Infusion oder Injektion durch den Zeugen C. und ohne klinische Aufsicht indiziert war oder sogar schulmedizinischen Leitlinien widersprach, wie der Sachverständige erläutert hat.

(6)

An der Schlüssigkeit fehlt es – ungeachtet des Vorstehenden – für sich genommen auch, soweit aus den in den Dokumentationen und Rechnungen enthaltenen Angaben nicht ersichtlich ist, welche Organe mittels körperlicher Untersuchung, Sonographie oder Thermographie untersucht worden sind. Hinzu kommt, dass insbesondere in Ermangelung von Angaben zu den Zeitpunkten der Diagnosen bzw. zu den Diagnosen meist nicht eindeutig ersichtlich ist, weshalb eine erneute Untersuchung durchgeführt worden ist. Auch im Hinblick hierauf dürfte die medizinische Notwendigkeit anhand des vorliegenden Sachvortrags nicht überprüfbar sein. Jedenfalls ergeben sich hieraus – ohne dass es darauf entscheidend ankommt – auch erhebliche Zweifel hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit. So erschließt sich vor allem nicht, weshalb insbesondere Sonographien und thermographische Untersuchungen durch elektronische Infrarotmessung immer wieder aufs Neue geboten waren. Wurde eine Diagnose einmal gestellt oder ausgeschlossen mittels entsprechender Untersuchungen, ist nicht erklärlich, weshalb es teilweise innerhalb weniger Tage einer erneuten entsprechenden Untersuchung bedurfte.

(7)

Keine andere rechtliche Beurteilung rechtfertigen die Angaben des Klägers und der Zeugin A. sowie des Zeugen C. Der Kläger und die Zeugin A. haben zu konkreten Behandlungsdaten keine Angaben gemacht, sondern sich lediglich allgemein zu bestimmten Behandlungskomplexen oder –arten bzw. Behandlungen in Bezug auf bestimmte Diagnosen geäußert. Eine Zuordnung zu den jeweiligen in Rede stehenden Behandlungen, die jeweils für sich zu betrachten sind, ist aufgrund dessen unmöglich.

Der Zeuge C. hat – wie bereits ausgeführt – zu den einzelnen Diagnosen keine hinreichenden Angaben gemacht. Soweit er sich zu Behandlungskonzepten geäußert hat, sind seine

Angaben, sofern sie sich zu bestimmten Behandlungen verhalten, vage und fehlt es an ausreichend konkreten Angaben zu dem von ihm selber in Bezug genommenen festen Behandlungsplan, der auch in Schriftform vorliegen soll, indes nicht vorgelegt worden ist. So ist insbesondere nicht dargetan anhand seiner Angaben, wieviel welcher Mittel in welchen zeitlichen Abständen dem Kläger im Zuge der vom Zeugen C. nach eigenen Angaben zur Anwendung gelangten komplementär-immunologischen Strategie verabreicht worden ist bzw. werden sollte. Soweit unter anderem die Verabreichung der Mittel Trental, Ginkobiloba und Integrilin in Rede steht, gab der Zeuge an, die Mittel nicht fortlaufend verabreicht zu haben, sondern nur, wenn ihm konkrete Beschwerden geschildert worden seien. Hieraus lässt sich bezogen auf die einzelnen in Rede stehenden Behandlungsdaten ebenfalls kein ausreichender Sachvortrag entnehmen.

(8)

Ein schlüssiger Sachvortrag ergibt sich schließlich auch nicht aus dem auf die entsprechenden Hinweise und Auflagen des Senats hin erfolgten schriftsätzlichen Vorbringen vom 10.06.2022.

Der Verweis auf die Behandlung des Klägers vom 19.12.2011 und die im Wortlaut wiedergegebene diesbezügliche Dokumentation erfüllt die Anforderungen an einen schlüssigen Sachvortrag nicht. Aus den oben angeführten Gründen kann den dortigen Ausführungen vor allem nicht entnommen werden, wann und durch wen die Diagnose Lumboischialgie gestellt worden ist und welches Behandlungskonzept hier nach oftmals wiederholten Behandlungen wegen Lumboischialgie angewandt worden ist. Wie bereits oben ausgeführt, ergeben sich zudem Widersprüche zwischen Dokumentation und Rechnung.

Aus den obigen Ausführungen folgt zugleich, dass es für die Behandlung der Zeugin A. am 03.01.2011 ebenfalls an ausreichendem Sachvortrag zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit mangelt. Die Diagnose eines subakuten Abdomens findet sich bereits in den in der beigezogenen Verfahrensakte befindlichen vorangegangenen Rechnungen, so dass offen ist, wann sie gestellt worden ist. Soweit hier auf ein akutes Geschehen verwiesen werden soll, indem auf den Beginn am vorangegangenen Abend verwiesen wird, steht das – wie ausgeführt – im Widerspruch zur Diagnose „subakutes Abdomen“. Zudem fehlt es – wie beim Kläger – an ausreichenden Darlegungen zu einer strukturierten Behandlung.

(9)

Nach alledem kann offenbleiben, inwieweit die in Rede stehenden Behandlungen tatsächlich erfolgt sind und – wie vom Sachverständigen hinsichtlich der Stoßwellentherapie und der Thermographie und hinsichtlich bestimmter Mittelgaben verneint – medizinisch notwendig waren.

bb.

Soweit die Kosten für per Rezept verordnete Mittel in Rede stehen, fehlt es ebenfalls an der Schlüssigkeit.

Ungeachtet der Frage, inwieweit die Mittel, bei denen es sich teilweise um Nahrungsergänzungsmittel handelt, überhaupt erstattungsfähig sind, fehlt es an jeder

Darlegung, aufgrund welcher von wem zu welchem Zeitpunkt getroffenen Diagnose und gegebenenfalls welchen Behandlungskonzepts die Mittel verordnet worden sind. Die bloße Vorlage von Rezepten ersetzt keinen Sachvortrag. Es fehlt an jedem Sachvortrag, der eine Überprüfung der Notwendigkeit der Verordnung der Mittel ermöglichte.

2.

Ein Zinsanspruch kommt mangels Hauptforderung nicht in Betracht.

3.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO.

Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit findet ihre Rechtsgrundlage in §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.

Gründe, nach § 543 Abs. 2 ZPO die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.