

Ismail Rustam
Wichmannstraße 9
10787 Berlin

An das
Sozialgericht Berlin
Invalidenstraße 52
10557 Berlin



Az.: S 193 KR 463/26 ER

Betreff: Ergänzende Stellungnahme zum Vortrag der AOK Nordost bezüglich der angeblich ordnungsgemäßen Bearbeitung der Heil- und Kostenpläne sowie Antrag auf Zeugenvernehmung behandelnder Zahnärzte

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehme ich ergänzend Stellung zum Schriftsatz der AOK Nordost vom 04.05.2026.

Die AOK behauptet gegenüber dem Gericht, sämtliche behandelnden Zahnärzte sowie ich selbst seien ordnungsgemäß und rechtzeitig informiert worden.

Diese Darstellung wirft jedoch einen erheblichen logischen und tatsächlichen Widerspruch auf.

Aus den bereits vorgelegten Unterlagen ergibt sich eindeutig, dass meine zahnärztliche Behandlung seit dem Jahr 2021 fortlaufend bei verschiedenen Zahnärzten und unter verschiedenen Praxisadressen durchgeführt bzw. fortgesetzt wurde.

Nach den mir vorliegenden Unterlagen und Heil- und Kostenplänen wurden im Zeitraum:

- ab 2021 bis Ende 2024

sowie

- vom 03.01.2025 bis 31.12.2025, und ab Januar 2026 bis heute

durch verschiedene Zahnärzte und Praxen wiederholt Heil- und Kostenpläne bei der AOK eingereicht, deren Gesamtumfang deutlich über 10.000 Euro lag.

Aus den Unterlagen ergeben sich insbesondere folgende Behandlungsorte und behandelnde Ärzte:

- Zahnärztin Gülnara Adigozalova Praxis Lahnstr. 98, 12055 Berlin (ab Frühling 2021)
- Zahnärztin Gülnara Adigozalova Praxis Taubenstr. 20–22, 10117 Berlin (bis Dezember 2024)
- Zahnarzt Yevsey Ananyev und Dr. Dima Praxis Perleberger Str. 3, 10559 Berlin (vom Januar 2025)
- Zahnarzt Yevsey Ananyev Praxis Wilmersdorfer Str. 135, 10627 Berlin (vom Dezember 2025)
- Zahnarzt Stamatis Michalis Praxis Karl-Marx-Str. 189, 12055 Berlin (vom Januar 2026)

Wenn die AOK tatsächlich sämtliche Maßnahmen ordnungsgemäß genehmigt oder korrekt bearbeitet hätte, stellt sich zwingend folgende Frage:

Warum sollten mehrere unterschiedliche Zahnärzte und Praxen über Jahre hinweg weiterhin neue Heil- und Kostenpläne bei der AOK einreichen, wenn angeblich bereits klar gewesen wäre, dass keine Genehmigung oder Kostenübernahme möglich sei?

Ebenso unlogisch erscheint die Behauptung, sämtliche behandelnden Zahnärzte hätten mich bewusst falsch informiert und mir erklärt, die AOK verweigere die Kostenübernahme, obwohl gleichzeitig fortlaufend neue Behandlungspläne eingereicht wurden.

Die tatsächlichen Abläufe sprechen vielmehr dafür, dass:

- die Behandlung über Jahre nicht ordnungsgemäß abgeschlossen wurde,
- fortlaufend neue Anträge erforderlich wurden,
- erhebliche Verzögerungen und Unterbrechungen entstanden,
- zwischen Praxen, Kostenzusagen und Zuständigkeiten erhebliche Unklarheiten bestanden,
- sowie notwendige medizinische Maßnahmen trotz fortschreitender Zerstörung meines Gebisses nicht rechtzeitig durchgeführt wurden.

Besonders relevant ist hierbei, dass sich mein Gesundheitszustand während dieser Zeit massiv verschlechterte und inzwischen zahlreiche zuvor erhaltungsfähige Zähne verloren gegangen sind.

Darüber hinaus beantrage ich ausdrücklich, die behandelnden Zahnärzte sowie die jeweiligen Praxen als Zeugen zur mündlichen Verhandlung zu laden.

Falls die AOK behauptet, sämtliche Heil- und Kostenpläne seien ordnungsgemäß bearbeitet worden und sämtliche Informationen seien korrekt übermittelt worden, ist es erforderlich, die tatsächlichen Abläufe unmittelbar durch die behandelnden Ärzte aufzuklären.

Insbesondere beantrage ich daher, dass das Gericht:

1. den vollständigen Verwaltungsakten der AOK beizieht,
2. sämtliche eingereichten Heil- und Kostenpläne seit 2021 vollständig überprüft,
3. die zeitlichen Abläufe der jeweiligen Anträge und Rückmeldungen untersucht,
4. die jeweiligen Zahnarztpraxen unter den bekannten Adressen anschreibt,
5. die vollständigen Behandlungs- und Abrechnungsunterlagen anfordert,
6. sowie die behandelnden Zahnärzte persönlich zur mündlichen Verhandlung lädt.

Die behandelnden Zahnärzte können als unmittelbare Zeugen bestätigen:

- welche Heil- und Kostenpläne tatsächlich eingereicht wurden,
- welche Rückmeldungen seitens der AOK erfolgten,
- welche Behandlungen genehmigt oder blockiert wurden,
- weshalb fortlaufend neue Pläne eingereicht wurden,

- sowie weshalb notwendige Maßnahmen trotz jahrelanger Behandlung nicht abgeschlossen wurden.

Nach allgemeiner Lebenserfahrung besteht bei behandelnden Zahnärzten grundsätzlich ein wirtschaftliches Interesse daran, genehmigte Behandlungen durchzuführen und die entsprechenden Leistungen abzurechnen.

Gerade deshalb erscheint die Darstellung der AOK lebensfremd und widersprüchlich, wonach über Jahre hinweg fortlaufend neue Heil- und Kostenpläne eingereicht worden sein sollen, obwohl angeblich keinerlei Genehmigung oder Behandlungsmöglichkeit bestanden habe.

Ergänzend weise ich ausdrücklich darauf hin, dass die zahlreichen Arzt- und Praxiswechsel in den vergangenen Jahren nicht auf „fehlende Kooperation meinerseits“, sondern auf den tatsächlichen Umständen und den fortlaufenden Problemen im Zusammenhang mit der AOK beruhten.

Der wesentliche Grund für die wiederholten Arztwechsel bestand darin, dass sich über Jahre hinweg kein behandelnder Zahnarzt bereit erklärte, meine tatsächliche gesundheitliche Situation gegenüber der AOK schriftlich eindeutig zu dokumentieren oder eine klare medizinische Stellungnahme über die Schwere meines Zustandes abzugeben.

Sowohl gegenüber der Zahnärztin Gülnara Adigozalova als auch gegenüber den nachfolgenden behandelnden Ärzten erklärte ich wiederholt, dass ich aufgrund meiner schweren chronischen Erkrankungen, meines massiv zerstörten Gebisses sowie der fortlaufenden Verschlechterung meines Gesundheitszustandes dringend schriftliche medizinische Stellungnahmen benötige, um mich rechtlich und medizinisch überhaupt verteidigen zu können.

Ich bat die behandelnden Ärzte ausdrücklich darum,

- den tatsächlichen Zustand meines Gebisses schriftlich festzuhalten,
- die medizinische Dringlichkeit zu bestätigen,
- sowie gegenüber der AOK klarzustellen, dass eine erhebliche Gesundheitsgefährdung vorliegt.

Dies wurde jedoch über Jahre hinweg faktisch verweigert oder vermieden.

Nach meinem Eindruck wollten die behandelnden Ärzte keine direkte Konfrontation oder keinen Konflikt mit der AOK eingehen, da die Praxen wirtschaftlich mit der Krankenkasse verbunden sind und ihre Leistungen über die AOK abrechnen.

Gerade diese Situation führte letztlich dazu, dass ich immer wieder gezwungen war, andere Zahnärzte aufzusuchen, in der Hoffnung, endlich einen Arzt zu finden, der bereit ist, die tatsächliche medizinische Situation offen zu dokumentieren.

Auch bei meinem derzeitigen behandelnden Zahnarzt zeigt sich ein ähnlicher Ablauf.

Ich befinde mich seit Januar 2026 in Behandlung bei diesem Arzt. Bereits am 07.04.2026 erklärte mir der behandelnde Arzt während einer Wurzelkanalbehandlung, dass nach der Reinigung der betroffenen Zähne zunächst mehrere Monate abgewartet werden müsse.

Daraufhin teilte ich dem Gericht bereits mit, dass ein weiteres monatelanges Zuwarten angesichts meines Zustandes medizinisch problematisch sei und zumindest die bereits möglichen Maßnahmen zeitnah durchgeführt werden müssten.



Am 28.04.2026 erklärte mir derselbe Arzt sodann, dass im Unterkiefer ein operativer Eingriff notwendig sei.

Hierbei handelt es sich ausdrücklich nicht um entzündete oder zerstörte Knochenbereiche. Vielmehr wurde mir erklärt, dass sich mehrere verbliebene Zahnwurzeln im Laufe der Jahre immer weiter unter das Zahnfleisch bzw. unter das Knochenniveau zurückgezogen haben, sodass eine reguläre prothetische Versorgung nicht mehr möglich ist.

Nach Angaben des behandelnden Arztes bestehen daher nur noch zwei Möglichkeiten:

- entweder die vollständige Entfernung der verbliebenen Zähne und spätere Implantat Versorgung,
- oder ein chirurgischer Eingriff, bei dem gesunder Kieferknochen teilweise abgetragen wird, damit die verbliebenen Zahnwurzeln wieder etwas freigelegt werden und überhaupt noch eine Befestigungsmöglichkeit für Zahnersatz geschaffen werden kann.

Gleichzeitig wurde mir für diesen Eingriff erst ein Termin Ende Mai 2026 gegeben, wodurch sich die Behandlung faktisch nochmals um mehrere Monate verlängert.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich den derzeit behandelnden Arzt persönlich nicht angreifen oder beschuldigen möchte.

Jedoch entsteht aufgrund der jahrelangen Vorgeschichte, der bekannten Verzögerungen sowie der tatsächlichen Abläufe bei mir der Eindruck, dass auch hier erneut eine Situation entstanden ist, in der notwendige Maßnahmen zeitlich hinausgeschoben werden.

Besonders relevant ist hierbei, dass auch der derzeitige Arzt die massiven Schäden und die langjährigen Probleme grundsätzlich bestätigt, jedoch ebenfalls keine umfassende schriftliche Stellungnahme gegen die AOK verfassen möchte.

Darüber hinaus kam es mehrfach zu Situationen, in denen mir selbst eine unabhängige Untersuchung praktisch verweigert wurde.

Bereits etwa einen Monat vor dem Vorfall in der Zahnklinik der Charité / Humboldt-Universität stellte ich mich wegen sichtbarer Entzündungen und erheblicher Beschwerden im Mundbereich in einer zentralen Krankenhausaufnahme der Charité vor.

Ich zeigte dort ausdrücklich die sichtbaren Entzündungen im Mundraum und erklärte, dass erhebliche Schmerzen sowie entzündliche Prozesse vorliegen.

Auch hiervon existieren Videoaufnahmen.

Nachdem meine AOK-Versicherungskarte im Registrierungssystem erfasst worden war, änderte sich erneut die Situation vollständig.

Obwohl die sichtbaren Entzündungen unmittelbar erkennbar waren, wurde ich trotz längerer Wartezeit keinem behandelnden Arzt vorgestellt und es erfolgte keinerlei tatsächliche Untersuchung.

Stattdessen wurde mir nach längerer Wartezeit durch die Mitarbeiterin der Anmeldung - ohne dass überhaupt eine ärztliche Untersuchung oder ein persönliches Gespräch mit einem Arzt stattgefunden hätte - lediglich mitgeteilt, man habe telefonisch mit einem Arzt gesprochen, woraufhin mir ein Rezept für eine Mundspüllösung ausgestellt wurde mit dem Hinweis, diese privat in der Apotheke zu erwerben.

Eine tatsächliche medizinische Untersuchung, Diagnostik oder schriftliche Dokumentation des Zustandes erfolgte jedoch nicht.

Auch dieser Vorfall verstärkte bei mir den Eindruck, dass eine formelle medizinische Dokumentation meines Zustandes vermieden werden sollte.

Zu einem späteren Zeitpunkt stellte ich mich zusätzlich in der Zahnklinik der Charité / Humboldt-Universität persönlich vor und erklärte ausdrücklich, dass ich bereit sei, eine Untersuchung sowie eine Begutachtung notfalls privat zu bezahlen.

Zunächst wurde mir an der Anmeldung mitgeteilt, dies sei grundsätzlich möglich.

Nachdem jedoch meine Krankenversicherungskarte der AOK im System registriert wurde, änderte sich die Situation erneut vollständig.

Nach stundenlanger Wartezeit wurde ich im Behandlungsraum plötzlich angeschrien, aufgefordert die Klinik zu verlassen und schließlich durch Sicherheitskräfte hinausbegleitet.

Eine tatsächliche Untersuchung fand erneut nicht statt.

Die entsprechenden Videoaufnahmen dokumentieren sowohl die Gespräche an der Anmeldung als auch die Situation mit den Sicherheitskräften. Selbst der anwesende Sicherheitsmitarbeiter bestätigte dabei, dass ich weder aggressiv noch störend gewesen sei.

Nach meinem Eindruck zeigt auch dieser Vorfall, dass ab dem Moment, in dem meine AOK-Daten im System sichtbar wurden, eine weitere Behandlung bzw. Begutachtung faktisch verhindert wurde.

Gerade diese wiederholten Erfahrungen erklären, weshalb ich im Verlauf der Jahre wiederholt gezwungen war, die behandelnden Ärzte zu wechseln.

Es handelt sich daher nicht um „willkürliche Arztwechsel“, sondern um die Folge einer Situation, in der ich fortlaufend versuchte, überhaupt medizinische Hilfe, eine sachliche Dokumentation meines Zustandes sowie eine rechtlich verwertbare medizinische Stellungnahme zu erhalten.

Ohne solche ärztlichen Stellungnahmen war es für mich über Jahre nahezu unmöglich, mich gegenüber der AOK oder vor Gericht wirksam zu verteidigen.

Ergänzend halte ich es darüber hinaus für erforderlich darauf hinzuweisen, dass die geschilderten Probleme nicht lediglich einzelne Behandlungsfehler oder organisatorische Verzögerungen betreffen, sondern nach den tatsächlichen Abläufen mit einer grundsätzlichen fehlerhaften Einstufung bzw. besonderen internen Behandlung meines Versicherungsstatus zusammenhängen.

Obwohl ich über eine unbefristete Niederlassungserlaubnis verfüge, wurde ich über Jahre hinweg faktisch wie eine Person mit äußerst eingeschränktem oder lediglich notfallbezogenem Versicherungsstatus behandelt.

Bereits im Jahr 2019 kam es im Zusammenhang mit schweren gesundheitlichen Problemen dazu, dass mehrere Krankenhäuser notwendige Behandlungen bzw. Operationen nicht durchführten oder verweigerten.

Unter anderem wurde ich im Franziskus-Krankenhaus trotz schwerer gesundheitlicher Beschwerden drei Tage lang ohne tatsächliche Behandlung stationär belassen und anschließend ohne medizinische Behandlung wieder entlassen.

Auch im Evangelischen Krankenhaus wurde mir nach Beschwerden ausdrücklich erklärt, dass bestimmte Kosten durch die AOK nicht übernommen würden. Auch dort sollte ich nach wenigen Tagen ohne ausreichende Behandlung entlassen werden.

Insgesamt wurden in mehreren Kliniken notwendige Maßnahmen verzögert, verweigert oder nicht durchgeführt.

Erst nachdem ich schließlich auf eigene Initiative weitere Untersuchungen durchführen ließ, wurden Hinweise auf ein Kaposi-Sarkom bzw. entsprechende schwerwiegende krankhafte Veränderungen festgestellt.

Trotz der Schwere meines Gesundheitszustandes wurden notwendige Maßnahmen weiterhin nicht konsequent durchgeführt.

Besonders relevant ist hierbei ein Vorfall aus einer AOK-Filiale im Bereich Neukölln vor mehreren Jahren.

Dort überprüfte ein Mitarbeiter meine Versicherungskarte und erklärte mir ausdrücklich, dass mein Versicherungsstatus wie bei einer Person mit „Duldung“ bzw. stark eingeschränktem Leistungsumfang geführt werde.

Nachdem ich darauf hingewiesen hatte, dass ich über eine unbefristete Niederlassungserlaubnis verfüge, überprüfte der Mitarbeiter meine Unterlagen erneut und bestätigte ausdrücklich, dass diese Einstufung fehlerhaft sei.

Der Mitarbeiter versuchte anschließend selbst eine Korrektur vorzunehmen. Nachdem er jedoch meine Daten im Computersystem geöffnet und meine Karte eingelesen hatte, stoppte er den Vorgang plötzlich und kontaktierte telefonisch einen übergeordneten Mitarbeiter.

Während dieses Gesprächs erklärte der Mitarbeiter in meiner unmittelbaren Anwesenheit ausdrücklich, dass im Computersystem ein interner Hinweis erscheine, wonach ausschließlich eine bestimmte zuständige Person meinen Fall bearbeiten dürfe.

Er erklärte weiter, dass er die fehlerhafte Einstufung selbst korrigieren wolle, das Computersystem dies jedoch nicht zulasse, da beim Einlesen meiner Karte automatisch ein entsprechender interner Vermerk erscheine und auf eine bestimmte zuständige Person verwiesen werde.

Ich habe diesen Vorgang persönlich miterlebt, selbst gehört und unmittelbar beobachtet.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich den Namen der betreffenden Person heute nicht mehr sicher erinnern kann. Der gesamte Ablauf sowie die damaligen Aussagen des Mitarbeiters sind mir jedoch aufgrund ihrer außergewöhnlichen Bedeutung bis heute in Erinnerung geblieben.

Genau dies erklärt aus meiner Sicht auch die fortlaufenden massiven Probleme bei medizinischen Behandlungen, Krankenhausaufnahmen, Untersuchungen sowie bei der tatsächlichen Kostenübernahme durch die AOK.

Auffällig war hierbei immer wieder, dass sich die Situation häufig genau in dem Moment veränderte, in dem meine AOK-Karte im jeweiligen System registriert oder eingelesen wurde.

Trotz schwerster chronischer Erkrankungen, massiver Entzündungen, erheblicher Zahnzerstörungen sowie weiterer lebensbedrohlicher gesundheitlicher Probleme wurde ich dadurch faktisch immer wieder nur eingeschränkt oder ausschließlich notfallbezogen behandelt.

Ich halte diesen Umstand für außerordentlich schwerwiegend.

Denn bei einem schwer chronischen und teilweise bedrohlich erkrankten Menschen kann eine systematische Einschränkung notwendiger medizinischer Versorgung irreversible Gesundheitsschäden oder lebensgefährliche Folgen verursachen.

Nach den tatsächlichen Abläufen hat die Krankenversicherung für mich ihre eigentliche Schutzfunktion faktisch verloren und wirkte stattdessen wiederholt wie ein System, das notwendige medizinische Hilfe verzögerte oder verhinderte.

Hinzu kommt, dass ich aufgrund meines Gesundheitszustandes, meiner dauerhaften Erwerbsunfähigkeit sowie meiner unbefristeten Niederlassungserlaubnis faktisch vollständig an Deutschland gebunden bin, während mir gleichzeitig notwendige medizinische Versorgung innerhalb Deutschlands immer wieder verweigert oder verzögert wurde.

Dies führt faktisch dazu, dass ich trotz meines Alters und meiner schweren gesundheitlichen Situation nicht einmal die Möglichkeit habe, mich innerhalb anderer europäischer Länder frei zu bewegen oder dort vorübergehend aufzuhalten, obwohl meine Krankenversicherung bei einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis grundsätzlich auch innerhalb Europas Schutz gewährleisten müsste.

Stattdessen bin ich faktisch gezwungen, mein weiteres Leben innerhalb eines Systems zu verbringen, das mir gleichzeitig notwendige medizinische Hilfe immer wieder verweigert oder verzögert.

Tatsächlich kann ich meine Krankenversicherung außerhalb Deutschlands praktisch nicht nutzen, obwohl ich schwer chronisch erkrankt bin und auf fortlaufende medizinische Versorgung angewiesen bin.

Ich bitte das Gericht daher ausdrücklich, auch diesen Zusammenhang umfassend zu überprüfen und die internen Einstufungen, Vermerke sowie die tatsächliche Behandlung meines Versicherungsstatus durch die AOK vollständig aufzuklären.

Mit freundlichen Grüßen



Ismail Rustam
07.05.2026, Berlin