

NeuDeutsche Gesundheitskasse Unterstützungskasse

NDGK - Coswiger Str. 7 - 06886 Wittenberg

An: NDGK-Mitglieder

Postanschrift:
Coswiger Straße 7
06886 Luth. Wittenberg

Tel.: 03491 - 50 60 820

Fax: 03491 - 50 60 829

Im Netz: NDGK.de
E-Mail: info@ndgk.de

05.12.13

Mitgliederinformation zum „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“

Sehr geehrtes Mitglied,

die sogenannte „Bundesregierung“ der Bundesrepublik Deutschland hat am 14. Juni 2013 beschlossen, den Personen ohne Krankenversicherung die Möglichkeit zu bieten, sich bis Ende des Jahres zu versichern – ohne Jahre von ausstehenden Beiträgen und Säumniszuschläge zahlen zu müssen.

Wir wollen Ihnen die Möglichkeit bieten, sich erneut bewußt zu entscheiden. Sie können Ihre Mitgliedschaft bei der NeuDeutschen Gesundheitskasse zum 31.12.2013 kündigen und sich eine bundesrepublikanische Kasse oder Versicherung suchen. Sie werden aufgrund dieses Gesetzes nicht nachzahlen müssen.

Natürlich würden wir uns freuen, wenn Sie uns weiterhin die Treue halten und uns dabei unterstützen, eine Alternative zum Gesundheitssystem – und zum bestehenden System allgemein – aufzubauen, denn die Überschüsse der NDGK erhalten unsere Projekte am Leben.

Wir wollen Ihnen jedoch auch mitteilen, daß Sie nach erstinstanzlicher Auffassung damit Ihrer „Pflicht“ als „Bundesbürger“ - eine Krankenversicherung haben zu müssen, nicht nachkommen, denn erstinstanzlich hat gerade erst vor ein paar Tagen das Sozialgericht Köln entschieden, daß die NDGK keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfalle ist, da sie nach Auffassung des Gerichtes keinen Rechtsanspruch auf Leistungen bietet und auch z.B. die schulmedizinischen Kosten für Krebsbehandlung durch Chemotherapie und Bestrahlung nicht übernommen werden, so behauptet es zumindest das Gericht. Dies entspricht jedoch nicht den Tatsachen. Das Urteil enthält noch weitere Fehler. Wir glauben, der Richter wollte uns vor der BaFin schützen. Die nächste Instanz könnte schon eine andere Auffassung vertreten, so daß die NDGK doch als anderweitige Absicherung im Krankheitsfalle angesehen werden kann.

Dieses Urteil kommt uns also nicht ganz ungelegen, hat es doch die Vorwürfe der BaFin entkräftet. So hilft es uns nun sogar, wenn Sie als Mitglied bei uns bleiben und wir weitermachen können wie bisher. Wir werden in Berufung gehen, um das Urteil nicht in endgültige Rechtskraft gehen zu lassen. Das Urteil des Sozialgerichts Köln ist auf unserer Internetseite neudeutschland.org veröffentlicht.

Sollten Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Eine besinnliche Adventszeit wünscht Ihnen

Ihr Team der
NeuDeutschen Gesundheitskasse

Sprechzeiten: Di, Do, Fr 10:30 Uhr – 12:30 Uhr und Mo, Di, Do, 14:00 Uhr – 17:00 Uhr



Sozialgericht Köln

Az.: S 34 KR 104/13

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Rolf Janßen, Zu den Fußfällen 5, 50259 Pulheim

Kläger

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwältin Prof. Dr. Berens, Neumarkt 41 - 43,
50667 Köln

gegen

Techniker Krankenkasse, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder Straße 140,
22305 Hamburg

Beklagte

hat die 34. Kammer des Sozialgerichts Köln auf die mündliche Verhandlung vom
29.10.2013 durch den Vorsitzenden, den Richter am Sozialgericht Urmersbach sowie den
ehrenamtlichen Richter Hens und die ehrenamtliche Richterin Lier für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Verfahren:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Versicherung des Klägers bei der Beklagten durch Kündigung beendet ist.

Der am 10.06.1966 geborene Kläger ist seit dem 01.01.2009 als hauptberuflich selbstständig Tätiger bei der Beklagten freiwillig krankenversichert. Mit Schreiben vom 09.05.2012 kündigte er die freiwillige Krankenversicherung zum 31.07.2012 und bat um Hergabe einer Kündigungsbestätigung. Dem Kündigungsschreiben fügte der Kläger ein Schreiben der NeuDeutschen Gesundheitskasse, Unterstützungskasse (NDGK) vom 08.05.2012 bei, in dem die Mitgliedschaft des Klägers dort ab dem 01.08.2012 bestätigt wird. Als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gewähre die NDGK dem Kläger Sach- und Unterstützungsleistungen. Es bestehe ein Rechtsanspruch auf rechtliches Gehör vor dem NeuDeutschen Schiedsgericht oder einem NeuDeutschen Einzelrichter.

Mit Schreiben vom 21.05.2012 bestätigte die Beklagte die Kündigung. Mit Bescheid vom 21.05.2012 führte die Beklagte aus, bei der NDGK handele es sich weder um eine gesetzliche Krankenkasse noch um eine anerkannte private Krankenversicherung im Sinne einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall. Eine Beendigung der Mitgliedschaft des Klägers zum 31.07.2012 aufgrund einer Weiterversicherung in der NDGK sei somit nicht möglich. Eine Beendigung der Mitgliedschaft zum gewünschten Zeitpunkt sei nur bei Vorlage einer Folgebescheinigung einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer anerkannten privaten Krankenversicherung im Sinne einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall möglich. Diese Folgebescheinigung müsse der Beklagten innerhalb der Kündigungsfrist vorliegen.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 26.06.2012 Widerspruch ein. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus: Er habe seine Mitgliedschaft in einer anderen Krankenkasse nachgewiesen. Aus dem Gesetz ergebe sich nicht, was als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall zu verstehen sei. Auch werde die Wahl einer neuen Kasse nicht auf eine Anerkennung oder auf eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung begrenzt. Demzufolge fehle der seitens der Beklagten vorgenommenen Begrenzung auf ausschließlich eine gesetzliche oder private Krankenkasse eine rechtliche Grundlage. Die NDGK übererfülle die gesetzlichen Ansprüche an eine gesetzliche Krankenkasse. Sie biete wesentlich mehr und

gestimmtere Leistungen, als die Beklagte dies dürfe. Die Beklagte könne dem Kläger, der Anhänger der Naturheilverfahren sei, die Leistungen, die er benötige, nicht anbieten. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.01.2013 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück.

Der Kläger hat am 18.02.2013 Klage vor dem Sozialgericht Köln erhoben. Zur Begründung verweist er im Wesentlichen auf das bisherige Vorbringen. Darüber hinaus trägt er vor: Weder durch Gesetz noch durch die Rechtsprechung sei der NDGK bisher die Akzeptanz einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall versagt worden. Auch sei bisher nicht in allgemeingültiger Form ein genereller Leistungsanspruch der Mitglieder der NDGK ausgeschlossen worden. Der Kläger gehe von einem Bestehen eines solchen generellen Leistungsanspruchs aus, den die NDGK auch zu erfüllen angebe. Der Kläger legt die zwischen ihm und der NDGK getroffene Vereinbarung über Sach- und Unterstützungsleistungen im Krankheitsfall vom 08.05.2012 auszugsweise vor. Daraus ergibt sich unter anderem folgender Inhalt:

„(...)

Sach und Unterstützungsleistungen im Krankheitsfall

Krankenhausleistungen (stationär)	100%	allgemeine Leistungen; (Mehrbettzimmern/Belegschafftsarzt); Notfallversorgung; Transport zum nächsten Krankenhaus
Arztbehandlung (ambulant)	100%;	auch Fachärzte
Abrechnungssatz der GOÄ	Ärztliche Leistungen bis zum 2,3fachen Satz, technische Leistungen bis 1,8 und Laborleistungen bis 1,15.	
Heilpraktiker und andere alternative Heilverfahren	100 %	
(...)		
Psychotherapie	–	
Kuren zur Rehabilitation	100 %	
(...)		
weitere Leistungsvereinbarungen		
Selbstbeteiligung	1000 €	pro Kalenderjahr; gilt für

stationäre, ambulante und
zahnärztliche Behandlungen

(...)

Schlusserklärung

Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin, des / der Beitretenden
Einschränkungen der Unterstützungsleistungen

(...)

Ein Rechtsanspruch auf Sach- und Unterstützungsleistungen besteht nicht.

Die Unterstützungsleistungen werden nur im Inland gewährt und nur für Krankheiten, die im Inland erworben wurden und Unfälle, die im Inland geschehen sind. Für eine Auslandsabsicherung ist das Mitglied selbst zuständig.

Bei Behandlungen, außer in akuten Nottfällen, die insgesamt ein Behandlungskostenvolumen von 1.000,- Euro überschreiten, ist eine vorherige Rücksprache mit der NeuDeutschen Gesundheitskasse erforderlich.

Die Kosten für Krebsbehandlungen im Sinne der Schulmedizin sowie Organtransplantationen, Impfungen und deren Folgekosten werden nur in Ausnahmefällen erstattet. Voraussetzung zur Unterstützungsleistungsgewährung bei Krankenhausgeburten ist der Besuch des Seminars „Entwicklungsgesetze des Lebens“.

Unterstützungsleistungen für Zahnarzt- und Zahnersatzbehandlungen sind beschränkt: bis Ende des 1. Jahres 1.000,- Euro / bis Ende des 2. Jahres 2.000,- Euro / bis Ende des 3. Jahres 3.000,- Euro / bis Ende des 4. Jahres 4.000,- Euro / bis Ende des 5. Jahres 5.000,- Euro.

(...)

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 21.05.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.01.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten zum 31.07.2012 anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bezieht sich auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide. Darüber hinaus führt sie aus: Die Satzung der NDGK sehe keinen Rechtsanspruch auf Leistungen vor. Die Leistungen seien nach Art. 3 Abs. 1 Satz 2 der Satzung der NDGK nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu erbringen; ein Rechtsanspruch des Klägers resultiere hieraus nicht. Es werde im Einzelfall über die Auszahlung entschieden. Die Beklagte nimmt insoweit Bezug auf das Statut der NeuDeutschen Gesundheitskasse, welches auszugsweise folgenden Inhalt hat:

„(...)

Artikel 3 – Leistungen

(1) 1Die NeuDeutsche Gesundheitskasse gewährt die im Antrag auf Mitgliedschaft vereinbarten Leistungen. 2Die Leistungen sind nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu erbringen.

(...)

Artikel 8 – Rechtsanspruch

(1) 1Alle Mitglieder/Bürger von NeuDeutschland haben einen (bedingten) Anspruch auf rechtliches Gehör vor einem NeuDeutschen Schiedsgericht oder einem NeuDeutschen Einzelrichter. 2Damit können alle Streitigkeiten zwischen NeuDeutschland, seinen Institutionen und den Mitgliedern/Bürgern von NeuDeutschland, sowie zwischen den Mitgliedern/Bürgern untereinander im Sinne des § 194 BGB vor einem NeuDeutschen Einzelrichter oder einem NeuDeutschen Schiedsgericht verhandelt werden.

(...)“

Die Beklagte legt ferner einen Leistungskatalog der NDGK vor, der auszugsweise folgenden Inhalt hat:

„(...)

Da wir die Höhe der Beiträge für die Gewährung unserer Unterstützungsleistungen in vielen Fällen an die Beiträge der Krankenversicherungen anlehnen

(Krankenkassenbeitrag der bisherigen Krankenkasse minus 20%, unter Berücksichtigung der Mindestbeitragsgrenze), entlehnen wir auch die Leistungskataloge der Krankenkassen in jedem Einzelfall. Alle Leistungskataloge der Krankenkassen werden dann in etwa übernommen (Einschränkungen finden sich im Mitgliedsantrag), ohne daß wir jedoch erstinstanzlich einen Rechtsanspruch vor einem bundesrepublikanischen Gericht gewähren.

(...)"

Das Gericht hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 29.10.2013 Pressemitteilungen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vom 06.12.2010, 02.03.2012 und 10.10.2013 durch Verlesen in das Verfahren eingeführt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der zu der Gerichtsakte genommenen Pressemitteilungen der BaFin Bezug genommen.

Die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten haben der Kammer vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen. Darauf sowie auf die Gerichtsakten wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage (§§ 87, 90 Sozialgerichtsgesetz) ist zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 21.05.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.01.2013 hält einer gerichtlichen Überprüfung stand; der Kläger wird hierdurch nicht beschwert (§ 54 SGG). Insbesondere ist die Kündigung des Klägers zum 31.07.2012 nicht wirksam geworden.

Gemäß § 173 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bestimmt sich die zuständige Krankenkasse nach der Auswahlentscheidung des Klägers. Seit dem 01.01.2009 hat der Kläger die Beklagte als zuständige Krankenkasse gewählt. Die Ausübung des Wahlrechts wird näher in § 175 SGB V geregelt. Der Wechsel einer Krankenkasse während des Versicherungsverhältnisses durch Ausübung des Wahlrechts geschieht danach in einem gestuften Verfahren, das Mitwirkungsakte sowohl des Versicherten als auch der gekündigten und der gewählten neuen Krankenkasse erfordert (vgl. hierzu BSG SozR 4-2500 § 175 Nr. 1). Nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen (§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

Vorliegend hat der Kläger die seit mehr als 18 Monaten bestehende Mitgliedschaft bei der Beklagten am 11.05.2012 zum 31.07.2012 gekündigt, die Beklagte hat am 21.05.2012 innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung ausgestellt. Der Kläger hat jedoch nicht innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen.

Der für die Wirksamkeit der Kündigung erforderliche Nachweis anderweitiger Absicherung im Krankheitsfall nach § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V ist nicht nur bei Kündigung einer

Mitgliedschaft nach § 5 Nr. 13 SGB V, sondern auch beim Wechsel von der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer privaten Krankenversicherung oder zu einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall einschlägig (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 14.06.2013 – L 1 KR 48/11). Sowohl nach dem Wortlaut wie nach Sinn und Zweck soll eine Kündigung immer nur wirksam sein, wenn nahtloser Versicherungsschutz besteht. Die Regelung ist zwar eine Folgeänderung der Einführung der Versicherungspflicht für Personen, die bislang keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten (vgl. BT-Drucks. 16/3100 S. 158), sie dient aber dem allgemeinen Ziel, die Umsetzung der umfassenden Versicherungspflicht zu gewährleisten (s. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 14.06.2013 – L 1 KR 48/11).

Die durch den Kläger mit Schreiben vom 09.05.2012 eingereichte Bestätigung der Mitgliedschaft bei der NDGK vom 08.05.2012 stellt einen Nachweis anderweitiger Absicherung im Sinne der Vorschrift nicht dar. Die NDGK ist, das ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, keine gesetzliche Krankenkasse und kein (erlaubtes) Unternehmen der privaten Krankenversicherungswirtschaft. Der durch den Kläger mit Beitrittserklärung vom 08.05.2012 erfolgte Beitritt zur NDGK stellt jedoch auch keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der §§ 175 Abs. 4 Satz 4, 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dar.

Ausweislich des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.2006 (BT-Drucks 16/3100 S. 158) handelt es sich bei der Einfügung der Wörter „oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall“ in § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V (eingefügt mit Wirkung vom 01.04.2007 durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.03.2007, BGBl I 378) um Folgeänderungen zur Einführung einer Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Durch die Regelungen soll sichergestellt werden, dass die Kündigung einer Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nur wirksam wird, wenn eine nahtlose Fortsetzung des Krankenversicherungsschutzes bei einer anderen Krankenkasse, bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, etwa durch Anspruch auf freie Heilfürsorge, gewährleistet ist. Die Gesetzesbegründung zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (eingefügt mit Wirkung vom 01.04.2007 durch das Gesetz zur

Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.03.2007, BGBl I 378) führt insoweit aus, dass ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall insbesondere die nicht gesetzlich oder privat krankenversicherten Personen sind, die keinen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII), § 48 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), § 264 SGB V, auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge haben, die nicht beihilfeberechtigt sind, keinem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören und auch keinen Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen haben (s. BT-Drucks 16/3100 S. 94).

Systematisch ergibt sich, dass § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erst dann eingreifen soll, wenn alle anderen denkbaren Absicherungsmöglichkeiten ausscheiden. Es handelt sich um eine subsidiäre Absicherung für Personen, die anderenfalls die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen selbst tragen müssten (vgl. BSG 20.03.2013 – B 12 KR 14/11 R m.w.N.). Dies gilt gleichermaßen für § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V. Dann, wenn alle anderen Absicherungsmöglichkeiten ausscheiden, kann die Ausübung der Wahlfreiheit eingeschränkt werden, um die dem Regelungsziel entsprechende Entlastung von den im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen zu erreichen. Zur Erreichung dieses Ziels ist es jedoch erforderlich, dass eine tatsächliche Absicherung im Krankheitsfall besteht; die reine Möglichkeit der Absicherung ist hierfür nicht ausreichend (vgl. SG Wiesbaden, 25.07.2011 – S 2 KR 233/08). Daraus folgt, dass ebenso, wie im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, auch im Rahmen des § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V ein Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehen muss. Nicht erforderlich ist dabei ein Anspruch auf Leistungen, die dem Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechen. Vielmehr reicht es aus, wenn die Unterstützungsleistungen der NDGK den qualitativen Anforderungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genügen (vgl. BSG 20.03.2013 – B 12 KR 14/11 R). Zu diesen qualitativen Anforderungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG zählt neben dem darin umrissenen Mindestleistungsumfang auch das Bestehen eines Leistungsanspruchs. Dies folgt aus der allgemeinen Regel des § 1 VVG, wonach der Versicherer sich mit dem Versicherungsvertrag verpflichtet, ein bestimmtes Risiko des Versicherungsnehmers oder eines Dritten durch eine Leistung abzusichern, die er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles zu erbringen hat. Auch insoweit ist ein Anspruch des Versicherten gegenüber dem Versicherer auf

istungserbringung vorgesehen.

Der Beitritt des Klägers zur NDGK vermittelt ihm keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, weder im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, noch im Sinne des § 1 VVG. Ein Anspruch im Sinn des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V liegt nur dann vor, wenn § 194 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erfüllt ist. Nach dieser Legaldefinition ist ein Anspruch das Recht, von einem anderen ein Tun oder Unterlassen zu verlangen (s. SG Landshut 10.08.2009 – S 4 KR 124/09 ER). Gleiches gilt für die in § 1 VVG normierte Verpflichtung des Versicherers, ein bestimmtes Risiko des Versicherungsnehmers durch eine Leistung abzusichern, die er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles zu erbringen hat. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der Regelungen der §§ 175 Abs. 4 Satz 4, 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V liegt somit erst vor, wenn ein anderweitiges Recht auf Krankenbehandlung eine Absicherung im Krankheitsfall gewährleistet.

Dass der Terminus Anspruch im Sinn der Legaldefinition des § 194 Abs. 1 BGB zu verstehen ist ergibt sich aus Sinn und Zweck der Regelung. Der gesetzgeberische Zweck der Regelung der §§ 175 Abs. 4 Satz 4, 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist, dass in der Bundesrepublik Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll (s.o.; vgl. auch SG Landshut 10.08.2009 – S 4 KR 124/09 ER). Wenn die gesetzgeberische Wertentscheidung wirksam umgesetzt werden soll, dann ist es erforderlich, den Auffangversicherungsschutz nur zu gewähren und die Ausübung der Wahlfreiheit zu versagen, wenn ein qualitativ und quantitativ vergleichbarer Schutz im Krankheitsfall nicht vorliegt. Qualitativ vergleichbar mit dem Schutz durch die gesetzliche Krankenversicherung bzw. den qualitativen Anforderungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG sind von der Rechtsnatur her nur echte Ansprüche im Sinn des § 194 Abs. 1 BGB. Nur wenn durch ein Recht auf Schutz im Krankheitsfall eine Absicherung gegeben ist, kann unter Einbeziehung des gesetzgeberischen Grundgedankens des Schutzes der gesamten Bevölkerung im Krankheitsfall daran gedacht werden, dass der Gesetzgeber eine andere Absicherung als ausreichend in Betracht gezogen hat und auf ein Eingreifen der Auffangversicherungspflicht bzw. auf eine Einschränkung der Ausübung der Wahlfreiheit verzichten wollte (vgl. SG Landshut 10.08.2009 – S 4 KR 124/09 ER). Der Schutz der gesamten Bevölkerung im Krankheitsfall kann nicht dergestalt umgesetzt werden, dass einerseits im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der privaten Krankenversicherungswirtschaft echte Rechte auf Schutz im Krankenfall gewährt werden, aber andererseits rechtlich nicht qualifizierbare Leistungen zur Ausübung der Wahlfreiheit

reichend sind. Würde man ohne Vorliegen der Rechtsnatur eines echten Anspruchs im Sinne des § 194 Abs. 1 BGB die Ausübung der Wahlfreiheit zulassen, so wäre die Umsetzung der gesetzgeberischen Grundentscheidung nicht mehr gegeben, denn der Schutz der Bevölkerung im Krankheitsfall würde unvorhersehbar, unberechenbar und letztlich von tatsächlichen Zufälligkeiten abhängen (vgl. SG Landshut 10.08.2009 – S 4 KR 124/09 ER).

Durch den Beitritt des Klägers zur NDGK zum 01.08.2012 wird kein Recht auf Krankenbehandlung im oben genannten Sinne begründet. Bereits die Beitrittserklärung des Klägers führt ausdrücklich aus, dass ein Rechtsanspruch auf Sach- und Unterstützungsleistungen nicht besteht. Nach den Ausführungen des Klägers hat die mit der Beitrittserklärung vom 08.05.2012 geschlossene Vereinbarung zwischen dem Kläger und der NDGK weiterhin Bestand. Dies wird bestätigt durch das Statut der NDGK. Aus Artikel 3 Abs. 1 Satz 2 des Statuts der NDGK ergibt sich, dass die Leistungen nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu erbringen sind. Aus Artikel 8 Abs. 1 Satz 1 des Statuts der NBG K ergibt sich, dass ein Rechtsanspruch nicht auf die Leistungen selbst, sondern lediglich (bedingt) auf rechtliches Gehör vor einem NeuDeutschen Schiedsgericht oder einem NeuDeutschen Einzelrichter besteht. Auch der Leistungskatalog der NDGK führt aus, dass die jeweiligen Leistungskataloge den Einschränkungen aus den Mitgliedsanträgen unterliegen und erstinstanzlich kein Rechtsanspruch vor einem bundesrepublikanischen Gericht gewährt wird. Insgesamt ergibt sich insbesondere aus dem Statut der NDGK sowie aus der ausdrücklichen Bestimmung in der Beitrittserklärung, dass sich aus dem Beitritt NDGK für den Kläger kein Anspruch im Sinne des § 194 Abs. 1 BGB und damit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ergibt.

Darüber hinaus erfüllt die Absicherung des Klägers durch die NDGK auch nach dem Leistungsumfang die Anforderungen an eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall insoweit nicht, als sie nicht den Voraussetzungen des sich aus § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG ergebenden Sicherungsniveaus entspricht. Dies ergibt sich zur Überzeugung der Kammer insbesondere aus dem Umstand, dass die vereinbarte stationäre (Krankenhausleistungen) und ambulante (Arztbehandlung) Heilbehandlung Einschränkungen erfährt, die mit § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG nicht in Einklang zu bringen sind. Soweit die Übernahme von Krankenhausleistungen (stationär) und Arztbehandlungen (ambulant) zu 100 % vereinbart ist, wird diese allgemeine Regelung der Sach- und Unterstützungsleistungen im Krankheitsfall sowohl durch den Ausschluss

psychotherapeutischer Leistungen als auch durch die Schlusserklärung der Beitrittserklärung in erheblichem Maße eingeschränkt. Der Ausschluss (jedenfalls ambulanter) psychotherapeutischer Leistungen ist für die Kammer mit dem sich aus § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG ergebenden Sicherungsniveau, welches mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst, nicht zu vereinbaren. Anders als im Falle zahnärztlicher Leistungen, die in § 12 Kalkulationsverordnung (KaIV) begrifflich von der ambulanten und der stationären Heilbehandlung abgegrenzt werden und deshalb nicht dem Sicherungsniveau des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG zuzurechnen sind (vgl. BSG 20.03.2013 – B 12 KR 14/11 R), findet sich eine derartige Abgrenzung für die psychotherapeutischen Leistungen in § 12 KaIV nicht. Diese zählen nach der Auffassung der Kammer zu dem Mindestumfang ambulanter Heilbehandlung, die eine Grundsicherung gegen das Krankheitsrisiko abdecken muss. Dieses gilt umso mehr für die im Rahmen der Schlusserklärung der Beitrittserklärung auf Ausnahmefälle begrenzte Kostenerstattung für Krebsbehandlungen im Sinne der Schulmedizin sowie Organtransplantationen, Impfungen und deren Folgekosten. Hierbei handelt es sich um elementare Krankheitsrisiken, die eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, um dem Sicherungsniveau des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG genügen zu können, uneingeschränkt abdecken muss. Durch die Begrenzung auf Ausnahmefälle, deren Voraussetzungen nicht beschrieben sind und die damit unvorhersehbar und unberechenbar und letztlich von Zufälligkeiten abhängig sind, kann das Sicherungsniveau des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG nicht erreicht werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht
Nordrhein-Westfalen,
Zweigertstraße 54,
45130 Essen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Köln,
An den Dominikanern 2,
50668 Köln,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-koeln.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 (BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie

von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Köln schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Urmersbach
Richter am Sozialgericht

Ausgefertigt
Köln, 22.11.2013

Ostermann
Regierungsbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle