

S 4 KR 124/09 ER

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Landshut (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Landshut (FSB)
Aktenzeichen
S 4 KR 124/09 ER
Datum
10.08.2009
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Versicherungspflicht; anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

I. Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 07.05.07 sowie der nachfolgenden Bescheide vom 28.01.2008, 02.02.2009, 09.04.2009 und 14.04.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.05.2009 wird abgelehnt.

II. Außergerichtliche Kosten werden nicht erstattet.

Gründe:

Die Beteiligten streiten im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes über die Auferlegung von Beitragspflichten zur Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund eines von der Antragsgegnerin angenommenen Pflichtversicherungsverhältnisses.

I.

1.

Der Antragsteller wurde zum 01.02.2003 Mitglied der Antragsgegnerin. Mit Schreiben vom 25.01.2007 wurde durch die Antragsgegnerin eine Beitragseinstufung für die Zeit ab 01.01.2007 vorgenommen. Daraufhin hat der Antragsteller mit Schreiben vom 30.01.2007 seine freiwillige Mitgliedschaft fristgemäß zum 31.03.2007 gekündigt.

Die Antragsgegnerin führte mit Bescheiden vom 07.05.2007 die Mitgliedschaft fort und machte Beiträge für die Zeit ab 01.04.2007 geltend, wobei die Antragsgegnerin davon ausging, dass die Kündigung unwirksam sei, da der Antragsteller keine andere Versicherung nachweisen konnte. In der Folgezeit erhob der Antragsteller Einwände gegen die Fortführung der Mitgliedschaft.

Mit Bescheid vom 28.01.2008 stellte die Antragsgegnerin fest, dass seit 01.04.2007 Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eingetreten sei. Hiergegen legte der Antragsteller mit Schreiben vom 16.02.2008 Widerspruch ein, wobei er sich auf das Grundgesetz und das Völkerrecht berief.

Im nachfolgend geführten Schriftwechsel konnte im Hinblick auf die Standpunkte zu der Mitgliedschaft und den Beiträgen keine Annäherung erreicht werden. Unter anderem hat die Antragsgegnerin die Einkommensverhältnisse ermittelt und der Antragsteller mit Fax vom 01.10.2008 geltend gemacht, dass er seit 01.07.2007 Mitglied der regionalen Solidargemeinschaft ARTABANA Landau a.d. Isar e.V. sei.

Mit Schreiben vom 14.04.2009 stellte die Antragsgegnerin klar, dass sie nicht mehr an der Auffassung festhielt, dass die Kündigung unwirksam sei. Vielmehr habe die freiwillige Mitgliedschaft am 31.03.2007 geendet und im Anschluss daran sei die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eingetreten. Diesem Schreiben fügte die Antragsgegnerin Beitragsbescheide vom 09.04.2009 bei für die Zeit ab 01.04.2007, 01.01.2008, 01.07.2008 und 01.01.2009, welche hinsichtlich der Beitragshöhe keine Änderungen enthielten. Hiergegen legte der Antragsteller mit Schreiben vom 06.05.2009 Widersprüche ein. Der Antragsgegnerin liege eine Bescheinigung des ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. (AD) vor, aus der hervorgehe, dass ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe.

Mit Schreiben vom 11.05.2009 stellte die Antragsgegnerin klar, dass die Bescheide vom 09.04.2009 und 14.04.2009 nur die Begründung für die Beitragserhebung änderten und Gegenstand des Vorverfahrens geworden seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.05.2009 wurde der Widerspruch abgewiesen. Die Antragsgegnerin stellte fest, dass der Antragsteller seit 01.04.2007 versicherungspflichtig in den Bereichen der Kranken- und Pflegeversicherung sei. Der Antragsteller sei verpflichtet, monatliche Krankenversicherungsbeiträge für die Zeit vom 01.04.2007 bis 31.12.2007 in Höhe von 266,44 EUR (zuzüglich 35,83 EUR Pflegeversicherung), für die Zeit vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 in Höhe von 270,24 EUR (zuzüglich 36,34 EUR bzw. ab 01.07.2008 41,00 EUR Pflegeversicherung) und ab 01.01.2009 bis auf weiteres in Höhe von 281,61 EUR (zuzüglich 41,58 EUR Pflegeversicherung) zu entrichten. Die Versicherungspflicht sei gegeben, denn die Mitgliedschaft bei AD begründe keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung, mangels Rechtsanspruch auf Leistungen aus dem Solidaritätsfonds. Für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung haben die Ausführungen entsprechend zu gelten.

2.

Mit Fax vom 08.06.2009 hat der Antragsteller Klage erhoben. Im Rahmen der Begründung der Klage mit Schriftsatz vom 10.07.2009 wurde der Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz gestellt. Der Antragsteller sei seit 01.07.2007 nicht Mitglied der Antragsgegnerin, denn seit diesem Zeitpunkt sei er Mitglied einer Gliederung der AD. Dies führe dazu, dass die Versicherungspflicht auf den Antragsteller nicht zutreffe, da er einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung habe. Der von der AD gebotene Schutz stelle eine gleichwertige Absicherung dar. Der Antragsteller habe einen vollwertigen Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine etwaige Krankenbehandlung, insoweit sei ein faktischer Leistungsanspruch ausreichend. Die Absicherung sei ebenfalls gegeben, denn das Gesetz verwendet bewusst nicht den Begriff Versicherung, sodass keine Beschränkung auf die gesetzliche Sozialversicherung und die private Krankenversicherung gewollt sei. Die finanzielle Situation der AD sei tragfähig.

Der Antragsteller beantragt, eine einstweilige Anordnung zu erlassen mit dem Inhalt, die vom Gesetz in [§ 86 b Abs. 1 SGG](#) angeordnete vorläufige Beitragszahlung seit 01.07.2009 auszusetzen.

Die Antragsgegnerin beantragt, den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückzuweisen.

Die Antragsgegnerin ist der Auffassung, dass ihre Bescheide nicht rechtswidrig seien und somit der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz unbegründet sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte dieses Verfahrens und die Gerichtsakte des Hauptsacheverfahrens mit dem Aktenzeichen S [4 KR 98/09](#) Bezug genommen.

II.

1.

Der Antrag ist zulässig aber unbegründet.

Der Antragsteller begehrt die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage. Gemäß [§ 123](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), der auch im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes Anwendung findet, entscheidet das Gericht über die vom Antragsteller erhobenen Ansprüche ohne an die Fassung der Anträge gebunden zu sein. Hiernach ist das Rechtsschutzbegehren erforderlichenfalls durch Auslegung der wörtlichen Anträge zu ermitteln. Im Zweifel ist dabei derjenige Antrag anzunehmen, der dem Rechtsschutzbegehren an ehesten zum Ziel verhilft. Gemäß [§ 86 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Nach [§ 86 a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) entfällt die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage bei der Entscheidung über Versicherungs-, Beitrags- und Umlagepflichten sowie der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben einschließlich der darauf entfallenden Nebenkosten. Die Anfechtungsklage des Antragstellers gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 07.05.07 sowie der nachfolgenden Bescheide vom 28.01.2008, 02.02.2009, 09.04.2009 und 14.04.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.05.2009 hat keine aufschiebende Wirkung. Das Begehren des Antragstellers richtet sich darauf, den Vollzug der oben genannten Bescheide zu verhindern, insbesondere auch deren Vollstreckung. Diesem Rechtsschutzbegehren verhilft am ehesten ein Antrag gemäß [§ 86 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage.

Ob die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anzuordnen ist oder nicht entscheidet das Gericht nach pflichtgemäßem Ermessen auf der Grundlage einer Abwägung, bei der das private Interesse des Bescheidadressaten an der Aufschiebung der Vollziehung gegen das öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsaktes abzuwägen ist. Dabei ist in Beitragsangelegenheiten der in [§ 86 a Abs. 3 Satz 2 SGG](#) geregelte Prüfungsmaßstab zugrunde zu legen. Danach soll die Aussetzung der Vollziehung des Verwaltungsaktes erfolgen, wenn ernstliche Zweifel an dessen Rechtmäßigkeit bestehen oder wenn die Vollziehung für den Abgaben- und Kostenpflichtigen eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. Erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angegriffenen Verwaltungsaktes bestehen hierbei dann, wenn der Erfolg des Rechtsbehelfs nach der im vorläufigen Rechtsschutzverfahren gebotenen summarischen Prüfung wahrscheinlicher ist als ein Misserfolg. Ist in diesem Sinne eine Erfolgsaussicht des Hauptsacheverfahrens zu bejahen, ist weiterhin Voraussetzung, dass dem Betroffenen das Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache nicht zugemutet werden kann. Eine unbillige Härte ist dann gegeben, wenn dem Betroffenen durch die Vollziehung Nachteile entstehen, die über die eigentliche Zahlung hinausgehen und nicht oder nur schwer wieder gutgemacht werden können.

An diesen Grundsätzen gemessen ist der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung abzulehnen, denn weder bestehen ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verwaltungsakte in Gestalt des Widerspruchsbescheides noch liegt eine unbillige Härte vor, sodass im Rahmen der Ermessensentscheidung des Gerichts das Vollzugsinteresse das Aussetzungsinteresse überwiegt.

Es bestehen keine ernsthaften Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verwaltungsakte der Antragsgegnerin in Gestalt des

Widerspruchsbescheides.

Der Antragsteller unterliegt seit 01.04.2007 der Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#). Vom 01.04.2007 bis 01.07.2007 macht auch der Antragsteller nicht geltend, einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung zu haben, sodass insoweit wohl Einigkeit über die Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) besteht. Mit Begründung der Mitgliedschaft in der regionalen Solidargemeinschaft ARTABANA Landau a.d. Isar e.V. zum 01.07.2007 endete dieses Mitgliedschaftsverhältnis gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V](#) nicht, da nach Überzeugung des Gerichts diese Mitgliedschaft keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet gemäß [§ 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#).

Ein Anspruch im Sinn der [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) liegt nur dann vor, wenn [§ 194 Abs. 1 BGB](#) erfüllt ist. Nach dieser Legaldefinition ist ein Anspruch das Recht, von einem anderen ein Tun oder Unterlassen zu verlangen. Die Subsidiarität im Sinn der Regelungen der [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) greift somit erst ein, 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 [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ist, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll. Hierzu wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall Versicherungsschutz in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gewährleistet. Dabei werden der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall zugewiesen, die zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sind, sowie solche Personen, die zuletzt weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber zu dem Personenkreis gehören, der seinem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist (vgl. [BT-Drs. 16/3100 S. 94](#)). Zur anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall steht in der Begründung zum Entwurf des GKV-WSG: "Ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind insbesondere die nicht gesetzlich oder privat krankenversicherten Personen, die keinen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach [§ 40 SGB VIII](#), [§ 48 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. Für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz besteht ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach [§ 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes](#). Beihilfeberechtigte Personen, die über keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen, werden als Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall angesehen. Sie fallen unter die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13, sofern sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Personen, für die aufgrund über- und zwischenstaatlichen Rechts ein Anspruch auf Sachleistungen besteht, verfügen ebenfalls über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" (vgl. [BT-Drs. 16/3100 S. 94](#)"). Den Gesetzesmaterialien ist die Wertentscheidung zu entnehmen, dass mit der Versicherungspflicht nach [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) Schutz im Krankheitsfall für die gesamte Bevölkerung in Deutschland gewährleistet werden soll, wobei andere Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall vorgehen. Insgesamt ist somit eine subsidiäre Auffangversicherungspflicht geregelt. Wenn aber die gesetzgeberische Wertentscheidung wirksam umgesetzt werden soll, dann ist es erforderlich den Auffangversicherungsschutz vom Grundsatz her zu gewähren und nur für den Fall, dass ein qualitativ und quantitativ vergleichbarer Schutz im Krankheitsfall vorliegt, eine Ausnahme zu akzeptieren. Qualitativ vergleichbar mit dem Schutz durch die gesetzliche Krankenversicherung 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 verzichten wollte. Der Schutz der gesamten Bevölkerung im Krankheitsfall kann nicht dergestalt umgesetzt werden, dass einerseits im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung echte Rechte auf Schutz im Krankenfall gewährt werden, aber andererseits rechtlich nicht qualifizierbare Leistungen zur Subsidiarität führen. Würde man ohne Vorliegen der Rechtsnatur eines echten Anspruchs im Sinne des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) ein Eingreifen der Subsidiarität annehmen, so wäre die Umsetzung der gesetzgeberischen Grundentscheidung nicht mehr gegeben, denn der Schutz der Bevölkerung im Krankheitsfall würde ohne Vorhersehbarkeit, ohne Berechenbarkeit und somit von tatsächlichen Zufälligkeiten abhängen.

Auch aus der Systematik der gesetzlichen Regelung folgt, dass der Anspruch nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) im Sinn der Legaldefinition des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) zu verstehen ist. Während des Gesetzgebungsverfahrens ist die anderweitige, die Auffangversicherungspflicht ausschließende Absicherung durch [§ 5 Abs. 8 a SGB V](#) teilweise präzisiert worden (vgl. [BT-Drs. 16/4200 S. 9](#) und [16/4247 S. 29](#)). Bei Durchsicht dieser gesetzlichen Regelung ist eindeutig, dass von [§ 5 Abs. 8 a SGB V](#) nur Ansprüche im Sinn des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) erfasst werden. Wenn aber von der Präzisierung der anderweitigen Absicherung nur Ansprüche im Sinn des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) erfasst werden, so muss dies auch für die der Präzisierung zugrunde liegende Ausgangsnorm des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und die daran anknüpfende Regelung des [§ 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) gelten.

Ebenfalls aus dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung ergibt sich, dass der Anspruch nach [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) im Sinn der Legaldefinition des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) zu verstehen ist. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber im Gesetzgebungsverfahren Begriffe entsprechend einer bereits vorhandenen Bedeutung verwendet. Zwar hat der Gesetzgeber den Begriff des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nicht näher definiert, aber es sind im Wortlaut der [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 5 Abs. 8 a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Gesetzgeber entgegen der sonst üblichen Verfahrensweise dem Begriff des Anspruchs eine andere Bedeutung als in der Legaldefinition geregelt beimessen wollte.

Dass der Anspruch nach [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) im Sinn der Legaldefinition des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) zu verstehen ist, ergibt sich auch aus der Historie der Regelung. Bisher war der Schutz im Krankheitsfall nicht lückenlos, weil es keine allgemeine Einwohnerversicherung gab. Nicht alle Einwohner erfüllten die Voraussetzungen entweder für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, oder eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für eine Familienversicherung in der gesetzlichen Versicherung oder für eine private Krankenversicherung im Krankheitsfall oder für andere Hilfen bei Krankheit. Mit dem GKV-WSG wurde für alle bisher Schutzlosen eine Versicherungspflicht begründet. Insofern vollzog sich ein Paradigmenwechsel zur Bürgerversicherung. Der Paradigmenwechsel zur Bürgerversicherung kann nur dann effektiv vollzogen werden, wenn nur bei echten Ansprüchen im Sinn des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) auf Schutz im Krankheitsfall eine Ausnahme zur Auffangversicherungspflicht

akzeptiert wird.

Im Hinblick auf die Auslegung des Anspruchs folgt das Gericht nicht der Auffassung, dass faktische Leistungsansprüche, wenn sie dauernd erfüllbar sind, ausreichen für das Eingreifen der Subsidiarität. Die Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit im Antwortschreiben vom 15.04.2008 an das Werk gegenseitiger Hilfe lautet: "Ob bei Solidargemeinschaften, , "vergleichbare Ansprüche" vorliegen, hängt davon ab, ob - wenn nicht rechtlich, dann zumindest faktisch - ein Leistungsanspruch besteht, der dauernd erfüllbar ist. Dies hängt von der konkreten Ausgestaltung im Einzelfall ab." Dieser Auffassung hat sich der Arbeitskreis "Versicherung und Beiträge der Spitzenverbände der Krankenkassen" am 12.06.2008 in seiner Besprechung weitgehend angeschlossen. Im Rahmen dieser Auffassung wird die Gleichstellung von faktischen Leistungsansprüchen mit Ansprüchen im Sinn des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) lediglich festgestellt, aber eine Begründung hierzu ist nicht erkennbar. Außerdem ist dem Gericht nicht nachvollziehbar, was ein faktischer Leistungsanspruch ist. Darüber hinaus erschließt sich für das Gericht nicht, welche konkrete Ausgestaltung des faktischen Leistungsanspruchs im Einzelfall ausreichend ist. Denn zum einen werden bezüglich des Werks gegenseitiger Hilfe für das Bundesministerium der Justiz sowie des Bundesministeriums für Gesundheit lediglich keine Bedenken zu erkennen gegeben, ohne jegliche Bezugnahme auf die konkrete Ausgestaltung des Einzelfalles. Und zum anderen fehlt im Hinblick auf die Beurteilung von AD durch den Arbeitskreis "Versicherung und Beiträge der Spitzenverbände der Krankenkassen" eine konsequente Umsetzung der oben genannten Auffassung, denn zunächst setzt sich der Arbeitskreis mit der dauernden Erfüllbarkeit der dem Grunde nach bestehenden faktischen Leistungsansprüche auseinander, um dann aber im Ergebnis darauf abzustellen, dass die Satzung keinen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung vorsieht, sondern in jedem Einzelfall über die Auszahlung entschieden wird. Insgesamt mangelt es dieser Auffassung nach Ansicht des Gerichts an dogmatischer Substanz hinsichtlich Herleitung, Definition und Anwendung.

Mit der Mitgliedschaft in der regionalen Solidargemeinschaft ARTABANA Landau a.d. Isar e.V. zum 01.07.2007 durch den Antragsteller wird kein Anspruch nach [§§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a, 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) begründet. Nach § 2 Abs. 1 der Satzung bezweckt der AD auf der Grundlage von Eigenverantwortung und Solidarität die Schaffung von rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die eine individuelle und persönliche Gesundheitspflege sowie die freie Wahl und Durchführung eines individuellen Gesundheitsweges ermöglichen. Durch ausreichende Solidareinlagen und Rücklagen in den Solidaritätsfonds der lokalen Gemeinschaften und von AD sowie die Möglichkeit zu Nachschüssen und notfalls zu angemessenen Selbstbeteiligungen aller Mitglieder lokaler ARTABANA Solidargemeinschaften wird sichergestellt, dass die Leistungen dauerhaft auch bei schweren Krankheiten so erfüllbar sind, dass ein Rückgriff auf Fürsorge oder gesetzliche bzw. private Krankenversicherung nicht nötig wird und somit sowohl der nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erforderliche anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall als auch der nach [§ 193 Abs. 3 Nr. 2 VVG](#) in der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Fassung erforderliche vergleichbare Anspruch gegeben ist. Gemäß der Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums reichen dazu faktische Ansprüche auch dann aus, wenn - wie bei einer Unterstützungskasse - zwar keine Rechtsansprüche eingeräumt werden, aber die Leistungen tatsächlich dauerhaft erbracht werden können. Gemäß § 2 Abs. 4 Satz 2 der Satzung besteht kein Rechtsanspruch auf Zahlung aus dem Solidaritätsfonds. § 4 Abs. 3 des Statuts des Solidaritätsfonds konkretisiert insoweit, dass ein Rechtsanspruch auf Leistungen aus dem Solidaritätsfonds nicht besteht und auch nicht durch Leistung von Solidareinlagen an den Solidaritätsfonds oder wiederholte regelmäßige Leistungen aus dem Solidaritätsfonds begründet werden. Insgesamt ergibt sich somit sowohl aus Zweck und Grundprinzipien der AD, als auch aus den ausdrücklichen Satzungs- bzw. Statutregelungen eindeutig, dass sich aus der Mitgliedschaft in der regionalen Solidargemeinschaft ARTABANA Landau a.d. Isar e.V. des Antragstellers für diesen kein Anspruch im Sinn des [§ 194 Abs. 1 BGB](#) ergibt und somit nach Überzeugung des Gerichts diese Mitgliedschaft keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet gemäß [§ 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#).

Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung gelten die obigen Ausführungen entsprechend für die Regelungen des [§ 20 Abs. 1 Nr. 12, 49 Abs. 1 Satz 3 SGB XI](#).

Im Vollzug der Verwaltungsakte liegt keine unbillige Härte, denn zwar sind im Rahmen der Interessensabwägung die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beteiligten und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit einzustellen, aber die Ausführungen im Rahmen des Schriftsatzes vom 12.07.2009 insbesondere zum Anordnungsgrund fehlen insoweit jegliche einzelfallbezogenen Ausführungen und es ist nicht erkennbar, dass dem Betroffenen durch die Vollziehung Nachteile entstehen, die über die eigentliche Zahlung hinausgehen und nicht oder nur schwer wieder gutgemacht werden können.

Insgesamt ist der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung abzulehnen, denn weder bestehen ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verwaltungsakte in Gestalt des Widerspruchsbescheides noch liegt eine unbillige Härte vor, sodass im Rahmen der Ermessensentscheidung des Gerichts das Vollzugsinteresse das Aussetzungsinteresse überwiegt.

2.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

-

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2009-12-01