

B.-VAG – NeuDeutsche Gesundheitskasse

B.1.

Der Revisionsführer erklärt:

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ordne das Gesetz eine Versicherungspflicht für jeden an, der seinen genehmigten Aufenthalt in Deutschland hat. Der Versicherungspflicht würde genüge getan, sofern man sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer privaten Krankenversicherung für den Fall von Krankheit absichert oder über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügt.

Die Zwangsmitgliedschaft in einem öffentlich-rechtlichen Verband sei ein Grundrechtseingriff (BVerfGE 32,54/64F.; 38, 281/298; 115, 25/42; BVerfGE 74, 254/255; Starck MKS 134; ebenso Kommentar zum GG, Art. 2 Rn. 5).

Ebenso beeinträchtige eine Pflichtversicherung (BVerfGE 103, 197/215; 109, 96/105; Starck MKS 137) und deren Folgen (BVerfGE 115, 25/42) Art. 2 Abs. 1 GG. Der gesetzlich angeordnete Versicherungs- und Mitgliedschaftszwang stelle folglich eine Einschränkung des Grundrechts gem. Art. 2 Abs. 1 GG dar.

Die Einschränkung des Grundrechtes zugunsten einer Pflichtversicherung im Bereich der Altersversorgung, Pflege und Arbeitslosigkeit sei zwar bisher bejaht worden (BVerfGE 10,

354/369 f.; 29, 221/237; 103, 197/221; BVerf-K, NJW 91, 746f; BVerfGE 87, 324/330), jedoch ordne das Grundgesetz einerseits für diesen Fall an, dass das eingeschränkte Grundrecht unter Angabe des Artikels ausdrücklich im einschränkenden förmlichen Gesetz zu erwähnen sei (Zitiergebot, Art. 19 Abs. 1 S. 2 GG). Geschehe dies nicht, verletze das Gesetz das eingeschränkte Grundrecht und sei i.V.m Art. 19 Abs. 1 S 2 GG **nichtig** (BVerfGE 5, 13/15f; 113, 348/366; Dreier DR 28; Denninger AK 19, Huber MKS 102, vgl. auch Kommentar zum GG Art. 19 Rn. 3).

Spätestens mit der Einführung der Versicherungspflicht müsse, das verlange Art. 19 Abs. 1 S.2 GG, sowohl SGB V als auch VVG eine Einschränkung der Grundrechte nennen, die durch diese eingeschränkt seien. Das seien mindestens Art. 2 Abs. 1 (allgemeine Handlungsfreiheit), Art. 9 Abs. 1 (neg. Vereinigungsfreiheit) als auch Art. 14 Abs. 1 GG (Eigentum).

Sowohl das SGB V als auch das VVG enthalten diese Zitierung hinsichtlich o.g. Art. des GG nicht und seien in Verdacht schon deshalb **nichtig zu sein**.

Gemäß Art. 1 Abs. 3 und Art. 20 Abs. 3 seien die Grundrechte unmittelbar geltendes Recht und binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung. Dies führte dazu, dass SGB V als auch VVG als nichtige Gesetze nicht angewandt werden dürften oder folglich nur als Vertragsverhältnis zwischen dem Unternehmen und dem Vertragspartner (Mitglied) gemäß Handelsrecht nach Antragstellung und Vertragsabschluss. Dann sollte jedoch beiderseitiges Wissen über die Art und die Folgen des Vertrages und ein Einverständnis und Willen zum Fortbestehen des Vertragsverhältnisses bestehen. Fraglich wäre, ob ein solcher Vertrag nicht gemäß § 305 c BGB aufgrund der Täuschung und Überraschtheit über die Art des Vertragsverhältnisses mit seiner Ausgestaltung unwirksam werden würde. Zumindest hätten beide Vertragspartner in dem Fall das Recht, jederzeit den Vertrag zu kündigen. Dies wiederum könnte nur dann verweigert werden, wenn die "Person" im Status eines Sklaven nur über Privilegien und nicht über Rechte verfügen würde, die ihr willkürlich gegeben oder entzogen werden könnten, wenn also grundgesetzlich verankerte Rechte und Freiheiten abgeschafft und flächendeckende Täuschung der Massen die Regel wäre. Dann müsse dieser "Person" jedoch die Beendigung des Sklavenverhältnisses gewährt werden. Vor allem dann, wenn sich diese "Person" unter seine Hoheit stellte und ein Vertragsverhältnis zur Bundesrepublik Deutschland oder auch Deutschlands durch eine entsprechende Willenserklärung und eine Rückgabe der Dokumente und Urkunden beendete.

Der Revisionsführer erklärt:

Falls der Grundrechteingriff verneint würde, da seit der Einführung der Versicherungspflicht das SGB V und das VVG in das Grundrecht auf Vertragsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG deshalb nicht eingreifen würde, da eine (vorrangige) Alternative zur Krankenkasse oder Krankenversicherung statthaft sei, dann müsste(n) diese vorrangige Alternative(n) bestehen und sie müssten auch ohne Mühe erreichbar sein. Wenn aber die tatsächliche Durchführbarkeit einer Absicherungseinrichtung durch nachrangige Regularien so weit erschwert oder verengt würde, dass sich faktisch keine echten Alternativen zu den Konzernen entwickeln könnten, wäre ein unzulässiger Eingriff in die Grundrechte anzunehmen.

Privatleute oder Personen, die durch vielfach immer wieder gefordertes bürgerschaftliches Engagement eine "anderweitige Absicherung" für den Fall von Krankheit einzurichten beabsichtigten, denen müssten diese Freiheit gewährt werden, wenn sichergestellt ist, dass die qualitativen Mindestanforderungen im Sinne des § 193 Abs. 3 S. 1 und § 192 Abs. 1 VVG zum Schutze der Abgesicherten erfüllbar sind.

"Für ab dem 1. April 2007 geschlossene Verträge, d.h. für Neuverträge, ordne § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG an, dass der Vertrag "mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung" umfassen muss. Ergänzend ist § 192 Abs. 1 VVG heranzuziehen. Gefordert werde insoweit nur eine Kostenerstattung für "medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen." (BGH, Urteil vom 4.4.2012 – IV ZR 125/11, Rn. 11)

Die formulierten Ziele der Versicherungsaufsicht seien die Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verträge (S. § 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 VAG) sowie die Wahrung der Belange der Versicherten (S. § 81 Abs. 1 S. 2 VAG). Diese Aufsicht werde von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (kurz: BaFin) getätigt.

Dies BaFin sei jedoch ein Unternehmen und sie würde von Banken und Versicherungsunternehmen finanziert die sie beaufsichtige und sie unterliege den Weisungen der privaten EZB. Die Konzerne finanzierten ihre eigene sog. "Aufsicht". Es werde keine zureichende demokratische Kontrolle über diese "Anstalt" ausgeübt.

Hier zeigen sich schon und auch im Folgenden zahlreiche Gründe für die Verletzung des Gewissens des Revisionsführers und diese Gewissensnöte nötigen geradezu dazu auf, eigene verbesserte Strukturen zu schaffen. Dies gebiete dem Revisionsführer auch das Subsidiaritätsprinzip.

Was der Revisionsführer hier ablehne, seien nicht die Gesetze der Bundesrepublik Deutschland (§ 1 SGB V), sondern ihre mangelhafte Durchführung, denn diese "Erfüllbarkeit der Verträge" sei faktisch bisher die Weiterreichung eines Großteils der eingenommenen Beiträge der Versicherten an die Pharmakonzerne, welche sowohl die Preise für Medikamente bestimmten, als auch vorschreiben würden, was als "Heilung" oder auch als "wirksam" qualifiziert würde, also erstattungsfähig sei. Mithilfe lobbygesteuerter Interessengruppen wurden und werden diese Kriterien festgelegt und fixiert. Sinnvolle Strukturveränderungen im Gesundheitswesen warteten seit langer Zeit auf ihre Umsetzung, das habe vor Jahren auch schon Horst Seehofer beklagt. Gegen dieses Kartell sei bislang kein Werkzeug gefunden worden, um das Kartell zu rechtstreuem Verhalten zu führen.

Die im VAG formulierte Aufgabenstellung sollte aber nicht dazu dienen können, dass die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (kurz: BaFin) jegliche Tätigkeiten einer Einrichtung zur Unterstützung im Krankheitsfall zu einem aufsichtspflichtigen Versicherungsgeschäft zu qualifizieren suchte, der in diesem für die Konzerne lukrativen "Markt" des Versicherungsgeschäftes mit der Krankheit, tätig sei.

Faktisch könne diese Befugnis der BaFin dann dazu führen, dass die Konzerne den "Markt" nur unter sich aufteilen und sogar gegen jeden rigoros vorgehen könnten, der sich ehrlich bemühte, die Volksgesundheit zu bessern. Die Strafanzeige angeblich unerlaubter Geschäfte wurde schließlich von der BaFin getätigt. Es habe sich niemand als Nebenkläger angeschlossen, denn es gäbe auch keine Geschädigten, sondern nur Menschen, die die enormen Vorteile der NDGK genossen hätten.

Wohl aufgrund der Art der Ausgestaltung der BaFin, also der Tatsache, dass die BaFin ein gewinnorientiert arbeitendes Unternehmen sei, ihrer Finanzierung durch die Konzerne, der Abhängigkeit von der privaten EZB und fehlender Kontrolle durch ein demokratisches Gemeinwesen, neige diese "Aufsicht" dazu, jede echte "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" folglich als ein von ihr zu beaufsichtigendes "Unternehmen" zu qualifizieren und die von den Konzernen festgelegten Standards an eine solche Einrichtung anzulegen. Das jedoch nicht, um die Erfüllbarkeit der Verträge zu sichern oder die Wahrung der Belange der Ver- oder Abgesicherten zu schützen, sondern um die Tätigkeit der Einrichtung zu

verunmöglichen, die Einrichtung gar zu zerstören und somit die Monopolstellung der Konzerne zu sichern.

Das zeige die Praxis und das sei es, was der Revisionsführer ablehne.

Der Revisionsführer erklärt:

Folglich sei die Objektivität der Beurteilung der vorliegenden Rechtsfrage durch die BaFin und damit deren Gewicht infrage zu stellen. Durch die oben beschriebene Ausgestaltung der BaFin habe diese wohl Interesse daran, möglichst viele Institutionen entgegen dem Regelungszweck des Gesetzgebers (BT-Drucksache 16/3100) unter den Begriff der "Versicherung" zu subsumieren.

Aufgrund ihres Unternehmercharakters sei fraglich, ob von der BaFin hier überhaupt eine objektive, am Gemeinwohl ausgerichtete Haltung, eingenommen werden könne. Es sei auch offenkundig, dass sich durch die Kooperation der Pharmaindustrie und den Versicherungskonzernen (die nicht selten den gleichen Familienclans zuzurechnen seien) und der BaFin (die von den Konzernen finanziert wird) eine unzulässige Kartellbildung ergeben hat, die der Allgemeinheit sehr schweren Schaden zufügt.

Der Verein des Revisionsführers habe mithilfe des Zweckbetriebes NDGK trotz vergleichsweiser Überalterung der Beitragszahler mithilfe der Haupt- und nebenvertraglichen Einzelfallverträge durchschnittlich etwa je 100 Euro Überschuss oder mehr je Vertrag erzielt. Der Überschuss sei wiederum in der Vereinigung direkt für die Förderung des Allgemeinwohls eingesetzt worden. Das sei auch in der UA auf Seite 27 ausgeführt worden. Dies sei durch eine effiziente Vorsorge zur Steigerung der Volksgesundheit erreicht worden.

Der Revisionsführer erklärt:

Dies würde auch schon in § 1 SGB V von den Kassen gefordert, aber nicht wirklich geleistet. Das bemängelt der Revisionsführer und das erzeuge Gewissensnöte, wenn er sich nicht für eine Besserung dieser haltlosen Zustände und/oder Gesetzesverletzungen deutschen Rechtes einsetzen würde. Er erklärt, dass er Recht wieder herstellen wolle und nicht ablehne. Er lehne die rechtsfehlerhaften Ansichten der Bediensteten der BaFin und ihre Vorgehensweise ab.

Der Beschwerdeführer erklärt:

Die Differenz zwischen seinen effektiven durchschnittlichen Kosten für Gesundheitsdienstleistungen und Verwaltung und dem Durchschnitt der Beitragshöhe, die die Kassen und Versicherungen erhalten, das sei der erste Teil des echten tatsächlichen Schadens, den die Allgemeinheit erfährt. Ein weiterer Schaden sei, dass die Pharma-Kartelle die Preise für Medikamente absprechen und auch hier der Allgemeinheit enormen Schaden zufügen. Das zeige sich schon offenkundig durch den Fakt, dass die Herstellung eines Schmerzmittels etwa 10 Cent kostete, der Verkaufspreis aber etwa 10 Euro betrage. Nirgendwo sonst gäbe es solche, gesetzlich ermöglichten oder sogar geförderten, Gewinnspannen. Das lehne der Revisionsführer ab, denn auch hier sei der Einfluss der Konzerne auf die Gesetzgebung ersichtlich. Der Revisionsführer lehne also nicht grundsätzlich die Ordnung der Bundesrepublik ab. Er lehne nur ab, wenn "mafiöse" Strukturen die Gesetzgebung gekauft hätten oder unwissende Politiker sich von "mafiösen" Strukturen zur Schädigung des Volkes benutzen lassen würden.

Der Einfluss auf die Gesetzgebung sei auch wieder an der Strafverschärfung für "unerlaubte Versicherungsgeschäfte" zu beobachten, die von damals einem Jahr Höchststrafe, als der Revisionsführer mithilfe des Zweckbetriebes NDGK der Vereinigung Neudeutschland seine Tätigkeiten aufnahm, dann auf drei und dann schon bald sogar auf 5 Jahre Gefängnisstrafe

erhöht wurde. Auch daran sei für den Revisionsführer deutlich sowohl der Einfluss der Konzerne auf die Gesetzgebung, als auch ihre Bemühungen zur Erhaltung ihrer Monopolstellung und der Ausschaltung der Konkurrenz erkennbar. Diese Strafverschärfung für Vergehen, die keine Verbrechen sind, die nicht einmal im Strafgesetzbuch formuliert seien und bei der niemand geschädigt würde, geschehe offensichtlich nicht, um die Belange der Versicherten zu schützen, die Erfüllbarkeit von Verträgen zu sichern oder den Bürgern grundgesetzliche Rechte und Freiheiten zu gewähren.

Der Rechtspfleger belehrt den Antragsteller darüber, dass der folgende Absatz nicht zu Protokoll genommen wird. Der Antragsteller besteht jedoch auf die Aufnahme in das Protokoll:

Der Revisionsführer bringt folgende Fragen an: Wurde hier der Gesetzgeber gekauft, genötigt oder anderweitig zur Strafverschärfung beeinflusst? Warum sonst wohl sollte ein Vergehen so hart bestraft werden, bei dem Niemand einen Schaden erfährt? Die Abgesicherten erhalten von der vom Revisionsführer geschaffenen Vereinigung mithilfe der NDGK Fürsorge, die viel weiter erreicht als bei der Krankenkasse, die Vereinsbeiträge sind geringer als bei den Krankenversicherungen und die Überschüsse werden für die Förderung des Allgemeinwohls eingesetzt und auch das Gesetz zur Vermeidung von Beitragsschulden in der Krankenversicherung verhinderte zu einer Zeit, dass ein Abgesicherter auch nur irgendeinen hohen Schaden erfahren könne, sollte dieser eventuell seiner völkergewohnheitsrechtlichen (Art. 20 Abs. 2 AEMR) und der zudem grundgesetzwidrigen Krankenversicherungspflicht nicht nachkommen.

Einzig die profitorientierte Pharmaindustrie erführe Einbußen, wenn Menschen gesund gemacht werden. Der Revisionsführer frage sich, ob er verfolgt würde, weil er den Menschen im Sinne des § 1 SGB V zur Gesundheit ver helfe? Für die Konzerne bringen bekanntermaßen ja nur kranke Personen Profite.

Das seien die Zustände, die der Revisionsführer ablehne und nicht grundsätzlich die Bundesrepublik, deutsche Gesetze oder eine gerechte und echte Rechteordnung.

Der Revisionsführer erklärt, er fühle sich durch die Ausführung der Richterin Baumgarten aufgefordert zu fragen: Bedeute "soziale Marktwirtschaft" **im Sinne der Inhaberfamilien der Konzerne**, die Gesetze von den bezahlten Regierungsvertretern als PR-Agenten der Konzerne so ausgestalten zu lassen, dass den Konzernen Maximalprofite in einem von Konkurrenz bereinigten Markt garantiert werden? Dabei würden die Belange der Menschen nur insoweit eine Rolle spielen, als dass diese als "Statisten" in der Funktion eines "Werkzeuges" ihre Arbeitskraft ebenjenen Inhaberfamilien der Konzerne möglichst störungsfrei zur Verfügung zu stellen und diesen zu dienen hätten. Alles "Soziale" beschränkte sich dann zielorientiert nur darauf, diese Arbeitskraft mit dem Hintergedanken zu erhalten, einen größtmöglichen "Nutzen" aus dieser ziehen zu können. Wohl deshalb würden auf Kosten des Langzeitinteresses eines dauerhaften Gesundheitszustandes immer nur mit einem Pharmaprodukt bei 1000% Gewinnspanne die momentanen körperlichen Symptome unterdrückt, um den Kranken schnellstmöglichst wieder für den Arbeitsalltag im Dienst an den Eliten fit zu machen. Jeder Mensch wäre mithilfe der "Person" so zum Nutztier degradiert, wobei die Geschäftsinhaber die Gesetze so machen würden, dass der Einzelne in deren Rechnung ein optimales Kosten-Nutzen-Ertragsverhältnis ergäbe. Bedeutet dies, den "Nutzen" des deutschen Volkes zu mehren? Diesen "Nutzen zu mehren", beeidete ja

bekanntlich bisher jede/r jeweilige Bundeskanzler/in bei seiner/ihrer sogenannten "Amtseinführung". Das zumindest könnte man annehmen, wenn hier nicht bald eine echte Alternative zu den Konzernen und Krankenkassen geschaffen würde. Diese Alternative zuzulassen und sich verwirklichen zu lassen, sei aber der ausdrückliche Wunsch des Gesetzgebers. Das würde bisher aber immer noch nicht umgesetzt sein.

Dass bisher jedoch diese Verunmöglichung einer tatsächlichen Alternative, einer "anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall", faktisch geschehe, zeige sich für den Revisionsführer schon daran, dass es bisher immer noch keinerlei echte und tatsächliche ernstzunehmende Alternative zu den Krankenkassen und Krankenversicherungen gäbe, obwohl der Gesetzgeber diese ausdrücklich wünsche und die Krankenversicherung subsidiär ausgestaltet sei. Zur Nachrangigkeit der Versicherungspflicht gäbe es mehrere Urteile bundesrepublikanischer Höchststrichterlicher Rechtsprechung. Ein paar Beispiele wolle er erwähnen:

"Der Senat hat in der Vergangenheit wiederholt betont [...], dass sich aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V im Zusammenspiel mit anderen Bestimmungen in § 5 SGB V, § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 SGB V, sowie unter Berücksichtigung der Regelungsabsicht bzw. der Normvorstellungen des Gesetzgebers ergibt, dass die Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V subsidiär ausgestaltet ist; diese Subsidiarität darf bei Bestehen anderweitiger Absicherung (nicht nur "Versicherung") im Krankheitsfall nicht eingeschränkt werden." (vgl. dazu Bundessozialgericht, Urteil vom 03.07.2013 – B 12 KR 2/11 Rn. 29)

"Entgegen der Ansicht des SG und der Beklagten kann mit Rücksicht auf die innere Systematik des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie auf § 5 Abs. 8a, § 2 SGB V und auf die diesbezügliche Entwurfsbegründung gerade nicht der Schluss gezogen werden, der Gesetzgeber unterscheide auch auf der Tatbestandsseite des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGBV nur die GKV und die PKV mit Folge, dass auch die Beigeladene bei der Anwendung dieser Norm entweder dem einem oder dem anderen System zugeordnet werden müsste. Vielmehr kennt § 5 Abs. 1 Nr. 13 mit den in § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V und der Begründung hierzu genannten Beispielen auch andere Sicherungsformen im Krankheitsfall, die weder GKV noch PKV zuzurechnen sind." (BSG, Urteil vom 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R, Rn. 19)

Oder:

*"Zu den anderweitigen Ansprüchen auf Absicherung im Krankheitsfall ist des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zählen auch Leistungsansprüche gegen ausländische Krankenversicherungen. Dies folgt aus einer an Systematik und Regelungszweck orientierten Auslegung, die durch die Gesetzesmaterialien bestätigt wird. Der Wortlaut des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V selbst gibt zwar keinen Aufschluss darüber, ob auch ausländische Versicherungen als anderweitige Absicherungen in Betracht kommen, schließt dies aber auch nicht aus. Dies gilt auch für § 5 Abs. 8a SGB V, durch den das (negative) Tatbestandsmerkmal "kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" konkretisiert wird [...]. Dass ausländische Krankenversicherungen in § 5 Abs. 8a SGB V nicht genannt werden, steht deren Qualifizierungen als anderweitige Absicherung nicht entgegen, **denn die dortige Aufzählung ist nicht abschließend** (stRspr des Senats, aaO). Systematisch ergibt sich hieraus jedoch, dass § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erst dann eingreifen soll, **wenn alle anderen***

denkbaren Absicherungsmöglichkeiten ausscheiden. Es handelt sich also um eine subsidiäre Absicherung (BSG SozR 4-2500 § 5 Nr. 10 RdNr 17; BSGE 107, 26 = SozR 4-2500 § 5 Nr. 12, RdNr 24; BSGE 107, 177 = SozR 4-2500 § 5Nr. 13, RdNr 12) für Personen, die anderenfalls die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen selbst tragen müssten (Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG- im Folgenden: Fraktionsentwurf – BT-Drucks 16/3100 S 94 zu Art. 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und cc). Trotz seiner Nachrangigkeit gegenüber anderweitiger Ansprüchen auf Absicherung genügt § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V [...] dem danach **zentralen Regelungsziel**, wonach in Deutschland **niemand ohne Schutz im Krankheitsfall** sein sollte (vgl. Fraktionsentwurf, aaO, sowie Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Druck 16/4247 S 66 zu Art. 43 – VVG – Nr 1 - § 178 a – Abs. 5). Für die Nachrangigkeit des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGBV kann es jedoch keine Rolle spielen, ob eine anderweitige Absicherung auf der Grundlage ausländischer oder deutscher Rechts besteht; **entscheidend ist allein, dass eine dem Regelungsziel entsprechende Entlastung von den im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen erfolgt.** Dass dies nicht nur durch Absicherungen nach deutschem Recht möglich sein sollte, zeigte sich schon daran, dass die Begründung zum Entwurf des GKV-WSG ausdrücklich auch Personen "für die aufgrund über- und zwischenstaatlichen Rechts ein Anspruch auf Sachleistungen besteht" als Person ansieht, die über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen (Fraktionsentwurf; BT-Drucks 16/3100, aaO ebenda). (BSG, Urteil vom 20.03.2013 – B 12 KR 14/11 R, Rn 29).

Hier sei ersichtlich, dass es in der Regierung als auch in der Gerichtsbarkeit tatsächliche Bestrebungen gäbe, wenigstens eine Möglichkeit zur Beendigung der Monopolstellung der Konzerne zur profitablen "Nutztierhaltung" und eine Alternative zu den "Versicherungen" zu ermöglichen. Dieses zentrale Regelungsziel sollte durch die NeuDeutsche Gesundheitskasse der Vereinigung des Revisionsführers erreicht werden.

Bisher formulierten zwar SGB V und VVG, als auch die höchstrichterliche Rechtsprechung die subsidiäre Ausgestaltung der Krankenversicherungen, diese sei jedoch durch die faktische weitere Ausgestaltung der nachrangigen Durchführungsweisen ausgehebelt oder zumindest unzumutbar verengt. Dies geschehe bisher auf mehrere Weise wie folgt:

1. Bisher verlangten die Sozialgerichte von jeder "anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall" die Gewährung eines Rechtsanspruches im Sinne des § 194 BGB auf Leistungen. Nur wenn diese Ansprüche gewährt würden, könnte dem Mitglied der Krankenkasse oder dem Vertragspartner einer Krankenversicherung eine Entlassung gestattet sein. Deshalb entlassen sowohl die Krankenkassen als auch die Krankenversicherungen ihre Mitglieder nur, wenn von der Einrichtung "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" Rechtsansprüche gewährt würden. So gelänge seit Einführung der Versicherungspflicht niemanden mehr der legale Ausstieg aus dem Versicherungswesen, der einen Wohnsitz in der BRep oder Deutschland angemeldet habe. Sobald eine Einrichtung in der Vergangenheit einen Rechtsanspruch auf Leistung gewährte, wurde diese von der BaFin sofort als aufsichtspflichtiges Versicherungsgeschäft eingestuft und es wurde dagegen bis hin zur Existenzvernichtung der Absicherungseinrichtung "eingeschritten", ohne dass die BaFin außer dem Rechtsanspruch weitere Tatbestandsmerkmale einer Versicherung prüfte. Schon deshalb konnte sich keine vom

Gesetzgeber gewünschte "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" entwickeln. Der Revisionsführer betonte hier aber, dass das Entscheidende allein sei, dass eine dem Regelungsziel entsprechende Entlastung von den im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen erfolgte. Wie sich diese Einrichtung ausgestaltete, bleibt dem Gestalter der Einrichtung vorbehalten.

Zudem erklärt der Revisionsführer zu Protokoll des Rechtspflegers:

Die gesetzlichen Krankenkassen nahmen im Anklagezeitraum bei Arbeitnehmern sowohl die Beiträge für die Krankenkasse als auch für die Renten- und Unfallkasse, sowie die Arbeitslosenversicherung ein. Die Beiträge für die Rentenkassen seien nach einem nur den Krankenkassen bekannten Schlüssel an die Rentenkassen weiterverteilt worden. Das konnte bisher folglich noch keine "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" leisten. Aus diesem Grund und aufgrund der ebenso ungerechten und allgemeinwohlschädlichen Strukturen im Rentenwesen schuf der Revisionsführer auch die aufsichtsfrei tätige "Deutsche Rente" (kurz: DR). Diese funktioniere nach völlig anderen Prinzipien als die üblichen Rentenversicherungen oder Rentenkassen. Altersarmut gehöre in der Rechtsordnung des Königreich Deutschland (kurz: KRD) mithilfe der DR schnell der Vergangenheit an. Alle diesbezüglichen Demographieprobleme könnten durch den Revisionsführer gelöst werden, wenn man es wollen würde und zuließe.

Die Krankenkassen verfügten zudem über bei der BaFin gelistete Betriebsnummern. Die Krankenkassen als auch die Krankenversicherungen entlassen häufig nur, wenn der Kündigende nachweist, bei einer der BaFin gelisteten Krankenkasse oder Krankenversicherung einen Neuvertrag abgeschlossen zu haben. Eine anerkannte "anderweitige Absicherung" müsste also auf Nachfrage einer Krankenversicherung oder -kasse von der BaFin die Auskunft erhalten, dass diese Absicherung als "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" anerkannt sei, einen Rechtsanspruch gewähren würde oder auch bei Aufsichtsfreiheit eine Betriebsnummer vergeben.

Zudem:

Die Steuerberaterfirmen und andere derartige Dienstleister arbeiten hauptsächlich mit einem Computerprogramm, welches von den Unternehmen geliefert wird. Nur wer in diesem Programm in den Stammdaten gelistet sei, an den tätigen die Steuerberatungsunternehmen auch gern die Abrechnung für die Arbeitnehmer der Firmen. In den neuen Programmen sei kein Spielraum mehr für eigene ergänzende Eintragungen durch die Beraterfirmen. So täten sich diese Firmen bei neuen Einrichtungen gelegentlich noch schwer. Eine "anderweitige Absicherung" müsste also ebenso in den Stammdaten dieser Programme gelistet werden, da es ansonsten viele Gespräche mit den jeweiligen Steuerberatungsfirmen geben müsste.

Das seien die Fakten und dieser Zustand sei die Realität, obwohl das Bundessozialgericht als auch der Bundesgerichtshof explizit und mehrfach auf die Intentionen des Gesetzgebers hinweise, die Krankenversicherungen subsidiär ausgestaltet zu haben und nicht nur "Versicherungen" zuzulassen.

Der Revisionsführer erklärt:

Das Recht auf negative Vereinigungsfreiheit gemäß Art. 20 Nr. 2 AEMR, Art. 11 MRK und Art. 9 Abs. 1 GG komme zudem für alle Antragsteller zum Tragen, wenn der **öffentlich-rechtliche** Zwangszusammenschluss die Gründung entsprechender privater Vereinigungen erheblich behindere (BVerfGE 38, 281/303 f.). Auch das sei offensichtlich der Fall, was die o.g. Fakten und die Realität deutlich zeigen würden. Deutschland/die BRep. in Verbindung mit der BaFin in Verbindung mit der Rechtsprechung untergeordneter Sozialgerichte in Verbindung mit den gesetzlichen Krankenkassen als öffentlich-rechtlich Vereinigungen (Zwangsverbände) erschweren und behindern bisher in Zusammenarbeit das Aufkommen von "anderweitigen Absicherungen im Krankheitsfall" denn die gesetzlichen Krankenkassen entlassen Arbeitnehmer, die nicht über die Beitragsbemessungsgrenze kommen, weder in die private Versicherungswirtschaft, noch in eine "anderweitige Absicherungen im Krankheitsfall". In die Privatwirtschaft entlassen die Kassen deshalb nicht, weil diese Menschen zu wenig Verdienst erhalten und in eine anderweitige Absicherung bisher nicht, weil es die o.g. Rahmbedingungen nicht gestatten würden und es zudem faktisch keine solche "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" gäbe, die ein normaler Arbeitnehmer bisher wählen könnte, der eine Tätigkeit in einer Firma, welche in der Bundesrepublik Deutschland ihren Firmensitz gemeldet habe, nachgehe. Hier wird also für einen Teil der Menschen (für Menschen unter der Beitragsbemessungsgrenze) der Zugang zu privaten Einrichtungen gänzlich verunmöglicht oder mindestens erheblich erschwert. Das sei grundgesetzwidrig.

Zudem:

Weil die BaFin und die Sozialgerichtsrechtsprechung bisher nur Absicherungseinrichtungen anerkennen wollen, die Rechtsansprüche im Sinne der Legaldefinitionen des § 194 Abs. 1 BGB gewähren, werden aus den Krankenkassen in eine "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" weder diejenigen entlassen, die ein Einkommen unter als auch über der Beitragsbemessungsgrenze haben. Wie schon ausgeführt, werden den Absicherungseinrichtungen zudem regelmäßig unerlaubte Versicherungsgeschäfte unterstellt, sollten diese einen Rechtsanspruch gewähren. Dabei prüfte die BaFin bisher auch nicht die anderen Tatbestandsmerkmale einer Versicherung. So wurde bisher ohne eine tatsächliche fundierte Prüfung regelmäßig das Versicherungsgeschäft unterstellt und eingeschritten, sobald ein Rechtsanspruch gewährt wurde.

Der Revisionsführer rügt:

Die Mitglieder in einer **privatrechtlich organisierten Krankenversicherung** nach deren Kündigung nicht zu entlassen, verstoße sowohl gegen allgemeines Völkerrecht (Art. 20 Nr. 2 AEMR) als auch gegen Art. 2 (Für Jedermann) und Art. 9 GG (für Deutsche). Jeder, der einen Antrag zu Seiner Versicherung unter Hoheit und Rechteordnung und eine Nebenabrede im Gesundheitsfonds oder der "NeuDeutsche Gesundheitskasse" (kurz NDGK) oder einer gleichartigen Einrichtung des Revisionsführers stellte oder stellen wolle, müsse folglich auch aus einer Krankenkasse als auch einer Krankenversicherung entlassen werden. Eine Nichtentlassung und fortgesetzte Beitragsforderung der Krankenkassen oder Krankenversicherungen verstoße gegen allgemeines Völkerrecht als auch gegen o.g. Grundrechte.

Dazu wiederholte Er aus dem Kommentar zum Art. 9:

Rn. 7

"Die negative Vereinigungsfreiheit wird ebenfalls erfasst, also die Entscheidung, einer Vereinigung fern zu bleiben (BVerfGE 50, 290/354, Bauer DR 46 oder aus ihr auszutreten (BGHZ 130,243/254); **sie ist auch im Art. 20 Nr. 2 AEMR verankert.** [...] **Öffentlich-rechtliche Vereinigungen** fallen generell nicht unter Art. 9 Abs. 1 (oben Rn.5). **Gegen die Pflichtmitgliedschaft in einer solchen Vereinigung schützt Art. 2 Abs. 1 (Rn 5 zu Art. 2); [...]** **Art. 9 Abs. 1 kommt aber zum Tragen, wenn der öffentlich-rechtliche Zusammenschluss die Gründung entsprechender privater Vereinigungen erheblich behindert** (BVerfGE 38, 281/303 f.). **Schließlich dürfte Art. 9 die negative Vereinigungsfreiheit im Hinblick auf privatrechtlicher Zwangsvereinigungen schützen** (dafür BGHZ 130, 243/256).

Auf die oben geschilderte und andere Weise wurde bisher in der BRep/ in Deutschland wirksam jede Konkurrenz zu den Versicherungskonzernen ausgeschaltet und es konnte sich keinerlei Initiative der Bürger realisieren, welche die Absicht haben, hauptsächlich eine alternative Ausrichtung im Gesundheitswesen oder auch gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zu bevorzugen. Das alles geschieht unter dem Deckmantel des "Rechtes" und mit der Behauptung, zum Schutze der sog. Versicherungsnehmer und im "öffentlichen Interesse" tätig zu sein. Hier sei aber kein "öffentliches Interesse" erkennbar, sondern es seien nur die privaten Interessen der Konzerne, die hier eine Rolle spielen. Der Revisionsführer frage sich, ob soziale Marktwirtschaft etwa tatsächlich heiße, dass Politiker nur PR-Agenten der Konzerne zur Maximierung von deren Profiten sind? Wenn das so wäre, dann sollte dies beendet werden, denn das alles geschähe auf Kosten der Gesundheit der Menschen und Personen und der Allgemeinheit.

Die Behauptung der Unmöglichkeit des Bestehens einer Alternative zu den Krankenkassen und Krankenversicherungen unter Aufsicht der BaFin vertrat auch der vernommene Zeuge Mitschke von der BaFin in seiner Vernehmung. Die BaFin und ihre Finanziere, die Banken und Versicherungskonzerne ignorieren hier also vorsätzlich sowohl die Vorgaben des sog. bundesrepublikanischen Gesetzgebers als auch die bestehende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesgerichtshofes.