

F [REDACTED]  
[REDACTED]  
80802 München

An das  
Sozialgericht München  
Richelstraße 11  
80634 München

München, 20. Mai 2021

Hiermit erhebe ich,

F [REDACTED]  
[REDACTED]  
80802 München

– Kläger –

**Klage nebst Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz**

gegen die

Techniker Krankenkasse  
Bramfelder Straße 140  
22305 Hamburg

– Beklagte –

Zur Begründung führe ich folgendes aus:

Der Kläger war von 2017 bis Ende September 2020 Mitglied<sup>1</sup> bei der beklagten Partei, mit nachgehendem Leistungsanspruch bei Vorliegen der Voraussetzungen bis Ende Oktober 2020. In diesem Zeitraum entstand aufgrund einer schwerwiegenden Eisenüberladung, als unerwartete Komplikation der Behandlung einer extrem seltenen und regelmäßig schnell letal verlaufenden Tumorerkrankung, von mehreren Fachärzten bestätigter Behandlungsbedarf mit dem Arzneimittel Exjade (Deferasirox).

Der sich hieraus ableitende Anspruch wurde mit (strittig vollständig) begründetem Antrag auf Kostenübernahme vom 16. Juli 2020 – zugegangen am 17. Juli 2020 um 00:07<sup>2</sup> – geltend gemacht.

---

<sup>1</sup> Diese, erstmalige, GKV-Mitgliedschaft war auf ausdrücklichen Wunsch der Frau des Klägers entstanden, welche – ungeachtet subjektiv vorteilhafterer Berechnungsgrundlage der Beiträge in der PKV – “aus sozialen Gründen” die gesetzliche einer privaten Krankenversicherung vorzieht.

<sup>2</sup> Tatsächlich erledigt die behandelnde Ärztin des Klägers, nach kurativer Tätigkeit tagsüber, administrativen Aufgaben wie diese oft spät abends oder am Wochenende.

Nach Eintritt der Genehmigungsfiktion wurde bei ernstlicher Verweigerung eines Anerkenntnis, wie zuvor auch gegenüber der Gegnerin angekündigt, Klage erhoben nebst Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz. Während des laufenden Verfahrens endete die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten entgegen der ursprünglichen Absichten des Klägers, nicht zuletzt veranlasst durch offenkundige Rechtswidrigkeit der Verwaltung und um mit Versicherungswechsel einer ähnlich gelagerten Gesundheitsgefährdung durch die Gegnerin hinsichtlich *zukünftiger* Ansprüche zu entgehen<sup>3</sup>. Daß durch den Wechsel kein ersatzweiser Anspruch gegenüber dem Nachversicherer entsteht war stets klar und wurde im Verfahren vorab, also vor dem Wechsel, der Gegnerin gegenüber so kommuniziert<sup>4</sup>.

Trotz offenkundigem Fehlen aller Voraussetzungen des § 105 Abs 1 SGG wurde durch Gerichtsbescheid entschieden<sup>5</sup>. Ein Leistungsanspruch scheidet demnach im Wesentlichen aus jenem Grund aus, daß der Kläger nunmehr – also zum Zeitpunkt des Gerichtsbescheides – nicht mehr Mitglied bei der Beklagten sei.

Die 12. Kammer am SG München weicht damit von der gesamten bisherigen Rechtsprechung ab, und somit sogar von ihrer eigenen, in anderen Verfahren, vorgetragenen Interpretation der Rechtsgrundlagen für einen Leistungsanspruch. Gefestigte Rechtsprechung war zuvor gewesen, daß es – nur – auf einen durch Antrag geltend gemachten Anspruch während der Mitgliedschaft ankommt. Auch aus dem Wortlaut des § 19 Abs 2 SGB V, wo klare Unterscheidung zwischen Mitgliedschaft und Anspruch getroffen wird, oder dem Begriff des Anspruchs wie er in § 27 Abs 1 SGB V Verwendung findet, hatte man auf eine solche Trennung in zwei zu unterscheidende rechtliche Konzepte noch schließen dürfen. Mit der durch die 12. Kammer am SG München nun initiierten Wendung in der Rechtsprechung zum Leistungsanspruch ist die gefestigt geglaubte Rechtsprechung für Bayern überholt.

---

<sup>3</sup> Aufnahme in die PKV, bei eigentlich unversicherbarem Risiko, wurde spontan und aufgrund einer besonderen Konstellation möglich, und war weder zum Zeitpunkt des Antrags noch zur ursprünglichen Klage zu erwarten – Umzug in die Vereinigten Staaten zum Jahresende war geplant.

<sup>4</sup> Die Gegnerin gemeinsam mit der Vorsitzenden, Frau Wicke von der 12. Kammer, machten sich diesen für die Beklagte eigentlich günstigen Umstand zunutze um den Kläger zum Versicherungsbetrug hinsichtlich des gesamten Arzneimittelbedarfs zu nötigen und verweigerten ein ordentliches Verfahren unter Einhaltung rechtsstaatlicher Prinzipien.

<sup>5</sup> Daß in der Entscheidung keine substantiellen Tatsachenfeststellungen zur medizinischen Begründetheit des Leistungsanspruchs getroffen wurden und der Vortrags des Klägers nahezu vollständig unberücksichtigt blieb, spielt zunächst keine Rolle, da als Erstes die Frage zu klären sein wird, welche Folgen daraus entstehen, wenn sich die Beklagte unzutreffend als Versicherung bezeichnete. Der Vortrag der Klägers zu den medizinischen Tatsachen blieb außerdem unwidersprochen, und kann daher nach § 138 Abs 3 ZPO als zugestanden gelten. Hierfür wird die Akte aus dem den anderen Verfahren heranzuziehen sein.

Nach Ansicht der Kammer und mit Zustimmung der Beklagten wurde das Verfahren mit der Az S 12 KR 1268/20, in welchem zur Grundlage der Leistungspflicht entschieden wurde, vermeintlich rechtskräftig<sup>6</sup> abgeschlossen.

**Daß die Leistungspflicht der Gegnerin sich nach Mitgliedschaft zum Zeitpunkt einer gerichtlichen Entscheidung bestimmt und nicht, wie in der zuvor anwendbaren Rechtsprechung, und entsprechend jeglicher rechtlicher Intuition, nach Mitgliedschaft zum Entstehen und Geltendmachung eines Anspruchs richtet, wurde somit zwischen den Parteien (zunächst<sup>7</sup>) bindend entschieden.**

Eine solche Sichtweise ist jedoch klar unvereinbar mit dem Begriff der *Versicherung*. Unter einer solchen wird allgemein, und auch vom Gesetzgeber, die kollektive Risikoübernahme und ein Anspruch auf Leistung bei Eintritt des Risikos verstanden. Dies war in der Vergangenheit, also bis zur Einführung einer neuen RSp durch Frau Wicke, auch im Bereich der GKVen, entsprechend der RSp des BSG, so; hier wurde die Leistungspflicht bislang nach dem *Versicherungsprinzip*<sup>8</sup> oder dem *Versicherungsfallprinzip* zugeordnet. Eine höchstrichterliche Entscheidung zur Abgrenzung zwischen GKV und PKV fehlt jedoch.

Gegenständlich kommt, entsprechend der neuen, und für den Freistaat Bayern nach Bestätigung durch das LSG bereits etablierten, Rechtsansicht von Frau Wicke, jedoch ein neues Prinzip zur Anwendung; man könnte dieses als das Willkürprinzip bezeichnen.

**Denn ist für die Leistung jener Zeitpunkt maßgeblich, zu welchem später eine gerichtliche Entscheidung getroffen wird, und allfällige Leistungspflicht somit völlig losgelöst vom *Risikoeintritt*, dann ist dies vom Gedanken einer *Versicherung* so weit entfernt, daß man von einer solchen hier nicht mehr sprechen kann. Wenn also faktisch kein versicherungstypischer *Anspruch* auf Leistung besteht, das Bestehen eines Anspruchs durch Verzögerung durch die Beklagte oder das Gericht *einseitig bestimmbar* ist, oder wie hier geschehen ein bereits entstandener und auch rechtzeitig geltend gemachter Anspruch *rückwirkend* durch Gerichtsbescheid aufgehoben wird, dann kann ein solches Rechtsverhältnis zutreffend nur als eine Art Steuer – mit allfälliger, hier eher willkürlich orientierter, *Leistungsgewährung* ohne echten Anspruch – bezeichnet werden, nicht jedoch als Versicherung.**

Gegen Anwendbarkeit des Versicherungsbegriffs im Verhältnis zwischen den Parteien spricht auch, daß der Beklagten, in Abweichung zur gesetzgeberischen Intention im PatRG,

---

<sup>6</sup> Der Kläger hält dies für klar rechtsfehlerhaft, denn der Gerichtsbescheid gilt per Gesetz als nicht ergangen. Aus Sicht der Gerichtsverwaltung hat hier jedoch bei der noch ungeklärten Verfahrenssituation die Zuweisung dieser Sache so zu erfolgen, als ob Abschnitt E, Z 1.1 des GVP keine Anwendung findet. Der Eingang dieser Klage spät abends wird mit Sicherheit die letzte am Tag sein, die korrekte Anwendung des Schemas im GVP somit trivial überprüfbar.

<sup>7</sup> Rechtlich ist eine solche Entscheidung aus Sicht des Klägers offenkundig unvereinbar mit dem Gesetz. Bis zur strafrechtlichen Verurteilung von Julia Wicke oder einer Aufhebung der zugrundeliegenden Entscheidungen bestehen diese aber fort.

<sup>8</sup> Dies kann in der Abgrenzung zur PKV eigentlich keine Anwendung finden, der Kläger hatte im anderen Verfahren aber ohnehin den Anspruch entsprechend diesem Prinzip reduziert.

eine beliebige Verlängerung der Entscheidungsfrist durch Verkettung neuerlicher Fünfwochen-Fristen zugestanden wurde, welche nach Rechtsansicht von Frau Wicke, entgegen dem Vortrag des Klägers, auch nicht hinreichend begründet sein braucht; Voraussetzung für den neuerlichen Beginn einer Frist ist lediglich, daß jeweils ein neues, konkretes Entscheidungsdatum genannt wird. Die Beklagte kann somit, entsprechend bindender Entscheidung der 12. Kammer, durch einseitige administrative Handlungen leistungsfrei bleiben, und einen Anspruch auf solche Weise dauerhaft abwehren.

Die Beklagte hat diesen, von Frau Wicke neu in die Rechtsprechung eingeführten Grundsätzen, in den Verfahren ausdrücklich zugestimmt. Der 5. Senat am LSG München hat in weiterer Folge die Aufgabe der bisherigen Rechtsprechung in einer Entscheidung<sup>9</sup> zum einstweiligen Rechtsschutz, Az. L 5 KR 145/21 B ER, bestätigt.

**Daraus folgt, die Beklagte hatte zuvor unrichtig – da, wie von der Beklagten nun selbst bestätigt, rechtlich unzutreffend<sup>10</sup> – behauptet, Krankenversicherung anzubieten, und den Kläger hierüber von Beginn der Mitgliedschaft an getäuscht. Daraus entstand dem Kläger ein Schaden.**

Die Beklagte wirbt, entgegen der von ihr in den anderen Verfahren nun vertretenen Rechtsansicht, dennoch auch weiterhin in verschiedensten Dokumenten, einschließlich des Antragsformulars zur Mitgliedschaft, mit “Versicherung”.

Eine Täuschung liegt hier deshalb vor, weil der Kläger sowie seine Ehefrau sich unter der Prämisse, daß bei der Beklagten kein Krankenversicherungsschutz besteht, sich niemals für Mitgliedschaft bei der Gegnerin entschieden hätten – so wie es auch kaum ein anderer, rational denkender Mensch tun würde.

Daher ist nun Klage zu erheben mit folgenden Anträgen:

- (1) Die Beklagte leistet Schadensersatz in jenem Umfang, welcher der Leistung bei korrekter Erledigung entspricht, wenn die Gegnerin, wie von ihr zuvor gegenüber dem Kläger in offenkundig täuschender Absicht behauptet, Krankenversicherung anbieten würde.
- (2) Die Beklagte unterlässt es zur Vermeidung weiterer Täuschungen, insbesondere Dritter, den nach neuester Rechtsprechung nun klar für Bayern unzutreffenden Begriff der *Versicherung* im Zusammenhang mit ihrer Geschäftstätigkeit zu verwenden.

Des weiteren wird die Gewährung von einstweiligen Rechtsschutz beantragt. Die Begründung ist hier, daß durch eine Leistung durch den Nachversicherer aufgrund des Vertrags – da es es sich hier, im Gegensatz zum Rechtsverhältnis mit der Gegnerin, auch tatsächlich um *Versicherung* handelt – ausgeschlossen ist. Der Behandlungsbedarf wurde

---

<sup>9</sup> Aktueller Verfahrensstand ist die Anhörungsrüge, es dürfte Beschwerde an das BVerfG folgen.

<sup>10</sup> Für den Kläger jedenfalls überraschend.

auch nicht durch zwischenzeitliche Erholung der hierfür maßgeblichen Laborwerte unterbrochen, so daß ein Anspruch *de novo* entstehen könnte. Aus den MB/KK iVm VVG folgt daher zweifelsfrei, Leistung ist für den gegenständlichen Fall ausgeschlossen<sup>11</sup>. Folglich besteht ein Rechtsschutzbedürfnis des Klägers weiterhin.

Ob die Gegnerin hier, würde sie wie zuvor behauptet Versicherung anbieten, nach dem Versicherungsfallprinzip oder nach dem Versicherungsprinzip zu leisten gehabt hätte kann zunächst dahingestellt bleiben, denn der medizinisch begründete Leistungsumfang entspricht aus heutiger Einschätzung einer Versorgung über jenen Zeitraum, bei welchem die voraussichtlich gesamte benötigte Leistung auch aus dem enger gefassten Versicherungsprinzip, also aus Anspruch während Mitgliedschaft, ableitbar wäre. Stellt sich dies später als unzutreffend heraus, dann wird dann die Frage zu beantworten sein, wie ein Wechsel von Versicherungsprinzip (i.e. GKV nach alter, nunmehr im Zuständigkeitsbereich des LSG München wohl nicht mehr anwendbarer, Rechtsprechung) zu Versicherungsfallprinzip (i.e. PKV) verfassungskonform erfolgt, ob einer der Versicherer für eine allfällig entstehende echte Leistungslücke eintreten müsste, und ob Veranlassung durch rechtswidriges Verhalten eines Vorversicherers, und somit ein begründeter Versicherungswechsel, dabei rechtlich erheblich ist.

Unstrittig zwischen den Parteien ist, dem Kläger entstehen während der fehlenden Arzneimittelversorgung fortlaufend weitere Organschäden. Das tatsächliche Eintreten von Schäden wurde in auch bereits in den anderen Verfahren glaubhaft gemacht. Dem hat die Beklagte nicht widersprochen.

Hätte es in den anderen Verfahren eine andere Anspruchsgrundlage als Sachleistung gegeben, etwa Kostenerstattung, dann wären die Gerichte der Fürsorgepflicht aus § 106 Abs 1 SGG gefolgt und hätten den Kläger/Ast auf eine mögliche Änderung des Antrags hingewiesen. Dies erfolgte nicht; hieraus folgt im Umkehrschluss, nur Sachleistung kommt als Anspruchsgrundlage in Frage. Es fehlt auch eine gesetzliche Grundlage zur Abweichung vom Sachleistungsprinzip – auch bei Kostenerstattung nach Eintritt der Genehmigungsfiktion entsteht ein Anspruch *sui generis*, welcher einen Sachleistungsanspruch nicht ersetzt sondern diesen ergänzt.

Es wird folglich beantragt:

- (3) Die Beklagte wird vorläufig verpflichtet, die beantragte Leistung in jenem Umfang als Sachleistung zu erbringen, wie es der alten Rechtsprechung, also Sachleistungsanspruch aufgrund Antrag während Mitgliedschaft, in Verbindung mit der sich nachträglich als täuschend herausstellenden Behauptung der Beklagten, sie würde Krankenversicherung anbieten, entsprochen hätte.

Aufgrund der unstrittigen Schwere der Folgen unterbliebener Arzneimittelversorgung – Organschäden, zudem das bereits im Dezember 2020 eingetretene Risiko Sepsis, mit

---

<sup>11</sup> Der Kläger könnte die benötigte Leistung – wie von Frau Wicke sowie der Beklagten in den anderen Verfahren vorgeschlagen – nur durch Betrug gegenüber seinem nunmehrigen Versicherer erlangen. Zum Vertragsbruch ist er jedoch nicht bereit.

möglicher Todesfolge – ist im einstweiligen Rechtsschutz das bloss finanzielle Interesse der Beklagten, bei ohnehin nur vorläufiger Regelung, gegenüber dem Recht des Klägers auf menschliches Leben abzuwägen.

Daß die Sachleistung organisatorisch nun schwieriger zu erbringen ist hat die Beklagte zu vertreten, denn sie war zum einen Veranlasser des Versicherungsverwechslens, zum anderen hatte der Kläger den beabsichtigten Wechsel im Verfahren, mit ausdrücklichen Hinweis auf fortbestehendem Anspruch, vorab angekündigt, und weder Beklagte noch das Gericht hatten einen Einwand vorgetragen. Da es hier nur um ein Arzneimittel geht, nicht aber um ärztliche Behandlung, ist die Hürde eine sehr geringe. Die Beklagte kann hier Sachleistung relativ einfach erbringen, indem sie beispielsweise die Rechnung für eine Bestellung des Klägers mit Privatrezept bei einer Online-Apotheke direkt und vorab begleicht.

Da es sich bei Exjade (Deferasirox) um ein außerordentlich kostspieliges Arzneimittel handelt, wäre Vorleistung durch den Kläger hier weder plausibel noch wäre es in der Sache angemessen. Als Maßstab kann das Prozedere im Bereich der PKV herangezogen werden: Bei Beträgen ab etwa 700-1000 EUR, unterschiedlich nach Versicherer, erfolgt die Abrechnung für den gesamten Betrag mit dem Versicherer in der Regel direkt; ein Patient geht selbst im Rahmen eines PKV-Vertrags in Deutschland bei nichttrivialen Beträgen praktisch nie in Vorleistung, da Erstattung nahezu immer erfolgt bevor Verzug bei der Rechnung eintritt. Eine im Bereich der GKV angemessene Grenze der zumutbaren Vorleistung ist, bei typischerweise wirtschaftlich schwächeren Mitgliedern im Vergleich, entsprechend niedriger anzusetzen.

Für den Fall, daß das Gericht Sachleistung für ausgeschlossen hält, wird subsidiär Kostenerstattung beantragt:

- (4) Hilfsweise zu 3: Die Beklagte wird verpflichtet, im Umfang der beantragten Leistung entsprechend hypothetischer – weil nur vorgetäuschter – *Versicherung* durch die Beklagte, dem Kläger Ersatz für unterbliebene Sachleistung aus Anspruch während Mitgliedschaft – i.e., nach alter Rechtsprechung – im Wege vorausgehender oder unverzüglicher Kostenerstattung zu leisten.

Daß das konkret beantragte Arzneimittel die einzige Therapieoption darstellt und keine Alternativen bestehen, wurde vom Kläger bereits in den anderen Verfahren zu Beweis gegeben. Die Beklagte hat dem auch nicht widersprochen<sup>12</sup>, folglich gilt diese Tatsache entsprechend § 138 Abs 3 ZPO als zugestanden. Gleichfalls als zugestanden, da unbestritten, gelten kann die Feststellung des Klägers, jenes der Ablehnung zugrundeliegende Gutachten war durch Henriette Moscatelli vom MDK als fachfremde Ärztin fehlerhaft und mit grober Verletzung von Berufspflichten erstellt worden. Es ist folglich hier nicht als mehr als medizinisches Gutachten, sondern als – durch den Kläger in allen wesentlichen Punkten unwidersprochen widerlegten – qualifizierten Parteienvortrag der Beklagten zu werten. Hierfür wird – dem Kläger zuvor durch Unterlassung durch die Beklagte sowie vereitelte Akteneinsicht durch die 12. Kammer verwehrte – Einsicht in die Verwaltungsakten zu den anderen Verfahren zweckmäßig sein.

---

<sup>12</sup> Offenkundig im vollständigem Vertrauen in die Rechtsbeugung durch Frau Wicke.

Würde die Beklagte – bei rechtlicher Unvereinbarkeit mit den anderen Verfahren – hier nun aber behaupten, es hätte keine Täuschung vorgelegen denn sie würde tatsächlich *Krankenversicherung* erbringen, dann steht das Delikt des Prozessbetrugs in den anderen Verfahren im Raum, jedenfalls wird die Wahrheitspflicht entsprechend § 138 ZPO verletzt sein. Tritt dieser Fall ein, dann wird hier im weiteren Verlauf ein Antrag auf Schadenersatz aufgrund unerlaubter Handlungen der Beklagten den vorliegenden Antrag wegen Täuschung ersetzen.

Zum von Frau Wicke neu betretenen Terrain der Loslösung des Anspruch vom Entstehen während Mitgliedschaft und der nunmehrigen Maßgeblichkeit des Zeitpunktes einer, beliebig verzögerbaren, gerichtlichen Entscheidung, wird höchstrichterliche Bestätigung zu suchen sein. Dies steht gegenständlich einer Entscheidung per Gerichtsbescheid entgegen, denn die Voraussetzungen des § 105 Abs 1 SGG können bei erstmaliger und einzigartiger Abkehr von gefestigter Rechtsprechung nicht zutreffen.

Eine mit dem Gesetz tatsächlich vereinbare Entscheidung ist hier bedeutsam. Denn wird auch in diesem Verfahren bestätigt, die Rechtsansicht der 12. Kammer sowie des 5. Senats sei mit dem Gesetz vereinbar, dann kommt die Qualifikation der Gegnerin als *Versicherung* im Zuständigkeitsbereich des LSG München nicht mehr in Frage. Die Beklagte wird dieselbe, damit verbundene Täuschung auch gegenüber Dritten für Bayern aufgeben müssen. Beispielhaft wird dann Werbematerial der Gegnerin, in welchem sie ihr Angebot als Krankenversicherung bezeichnet, mit einen Zusatz zu versehen sein, daß diese Aussage für Bayern unzutreffend ist. Bestehende Mitglieder sind über den nun geklärten Umstand der fehlenden *Versicherung* und blosser, auf Gewohnheit oder Willkür basierender, Leistungsgewährung durch die Beklagte in Kenntnis zu setzen, damit informiert über allfälligen Wechsel zu echter Krankenversicherung entscheiden werden kann.

Die hier geltend gemachten Rechte beruhen auf der – eigentlich im Gesetz nunmehr fälschlich als solche bezeichneten – Versicherteneigenschaft des Klägers. Das Verfahren ist für den Kläger daher gerichtskostenfrei, § 183 Satz 1 SGG. Der Antrag zu Ziffer 2 wird im überwiegend allgemein-öffentlichen Interesse gestellt, und es wäre unbillig, einem dabei gemeinnützig agierenden Kläger Gerichtskosten aufzubürden.

Ist – zufälligerweise – in der gegenständlichen Sache wiederum Frau Wicke die gesetzliche Richterin, dann wird sogleich Antrag auf Ablehnung wegen Befangenheit zu stellen sein.

Die Beweismittel aus den anderen Verfahren, einschliesslich möglicherweise fehlender Schriftsätze, können auf Verlangen zum Inhalt auch dieser Akte gemacht werden, so die Gegnerin die medizinischen Tatsachen nicht als zugestanden anerkennen möchte. Weiterer Vortrag ist ausdrücklich vorbehalten.



F 