

SOZIALGERICHT MÜNCHEN

S 12 KR 2059/20

Dez.: Prof. Dr. Wicke

Eingang: 26.12.2020

Vollmacht Bl.: ...
Schweigepflicht Bl.: ...

Rechtsstreit

██████████, geb. ██████████ ██████████ 80802 München

- Kläger -

gegen

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

- Beklagte -

Krankenversicherung

Pauschgebühr: gebucht

Weglegenummer: 8107/2021

S 12 KR 2059/20

Stand: 04.08.2021

Beiaktenverwaltung

Az: S 12 KR 2059/20

	Eingang	zurück
Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, 1 Bd. Verwaltungsakten (Bl. 1-43)	22.01.2021	06.05.2021

Transfervermerk

erstellt am: 28.12.2020, 07:36:12

(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16089965739003715561054632817133

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde vom De-Mail-Dienst versandt.

Eingang auf dem Server: 26.12.2020, 16:29:35
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)

Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xsl, visitenkarte.xml, visitenkarte.xsl,
herstellerinformation.xml

Anhänge: 20201226-klage2.pdf, De_Mail_Pruefprotokoll.pdf,
nachrichteninhalt_de_mall.pdf, demall.txt, de-mall.eml,
De_Mail_Pruefprotokoll.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID DE.Justiz.7e277e33-6d42-40d1-a9bb-84f34958927b.9829

Anrede Juristische Person

Akademischer Grad

Name/Firma De-Mail-Dienst

Vorname

Organisation BLK-AG IT-Standards in der Justiz

Organisationszusatz

Straße Postfachinhaber per Mail erreichbar

Hausnummer 0

Postleitzahl 00000

Ort Postfachinhaber nur per Mail erreichbar

Bundesland

Land DE

AZ: De-Mail-Dienst -Klage gegen Wi

Prüfvermerk vom 28.12.2020, 07:36:12

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Sicherer Übermittlungsweg per absenderbestätigter De-Mail.

Eingangszeitpunkt: 26.12.2020, 16:29:31
 Absender: ██████████@t-online.de-mail.de, ██████████
 Nutzer-ID des Absenders:
 Aktenzeichen des Absenders:

Empfänger: Sozialgericht München
 Aktenzeichen des Empfängers:

Betreff der Nachricht: De-Mail-Dienst -Klage gegen Widerspruchsbescheid
 Text der Nachricht:
 Nachrichtenkennzeichen: ffd5798b-5a17-4f69-ade2-a336ef921f2b@t-online.de-mail.de

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
20201226-klage2.pdf	pdf	nein				
nachrichteninhalt_de_mail.pdf	pdf	nein				

De-Mail-Prüfprotokoll über die sichere und absenderbestätigte Anmeldung:

Der Absender der De-Mail mit den nachfolgenden Angaben war bei Versand der Nachricht sicher im Sinne des § 4 Abs.1 S.2 des De-Mail Gesetzes angemeldet.

Die sichere Anmeldung ist bestätigt worden.

Der De-Mail-Absender hat eine De-Mail-Eingangsbestätigung angefordert. Diese wurde automatisch erstellt und an den De-Mail-Absender versandt.

Sie als Empfänger der De-Mail erhalten diese Eingangsbestätigung mit gesonderter EGVP-Nachricht ebenfalls zur Kenntnis.

Angaben:

De-Mail-Empfänger	sg-muenchen@egvp.de-mail.de
De-Mail-Absender	██████████@t-online.de-mail.de
Betreff	Klage gegen Widerspruchsbescheid
Nachrichten ID der De-Mail	ffd5798b-5a17-4f69-ade2-a336ef921f2b@t-online.de-mail.de
Eingang beim De-Mail Empfänger	Samstag, 2020.12.26 16:29:31 +0100
automatisierte Versandbestätigung erteilt	Ja
automatisierte Eingangsbestätigung erteilt	Ja
gesonderte Eingangsbestätigung per De-Mail-Nachricht erteilt	Nein

siehe Anhang

S. 9. S 12 KR 20 30/20 ER

Klage und Antrag auf ER, 26. Dezember 2020, p.1

428 510
[Redacted]
[Redacted]
München

geb. [Redacted]

KR

An das
Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

390

Sozialgericht München	
Eingel. 25. Dez. 2020	
Vollmacht	Umschlag
Besch./WB	Anlagen
Rechnung	
Az: S 12 KR 20 30/20	

München, 26. Dezember 2020

Gegen den Widerspruchsbescheid der Techniker Krankenkasse vom 26. November 2020 wird hiermit Klage erhoben.

Die Gegnerin behauptet unrichtig, der Widerspruch wäre unzulässig, da der Kläger trotz des Eintritt des Falles des §13 Abs. 3a SGB V (Genehmigungsfiktion) nicht in Vorleistung gegangen war. Dem ist zu entgegnen, es handelt sich hierbei um Kosten in einer Höhe welche einem gesetzlich Versicherten keinesfalls als Vorleistung zumutbar sind. Insofern kann die Vorleistung auch nicht als Voraussetzung für eine Leistungspflicht nach Fristversäumnis verlangt werden. Anderes würde zu einer materiellen Unterscheidung zwischen entsprechend liquiden Versicherten und solchen die es nicht sind führen und damit den Gleichheitsgrundsatz verletzen. Die Argumentation der Gegnerin ist daher bereits aus verfassungsrechtlichen Gründen unrichtig. Vielmehr hatte der Kläger ein berechtigtes Interesse daran, daß die Gegner den Umstand des Fristversäumnis anerkennt und der Gegnerin die Gelegenheit dazu gegeben. Ein Anerkenntnis hatte die Gegnerin ernstlich verweigert. Deshalb war die Klage bereits infolge der ernstlichen Verweigerung einer Leistungspflicht aus §13 Abs. 3a SGB V statthaft geworden, und es ist hierzu seit dem 17. September 2020 bereits die Klage rechtshängig, welche unter der Az. S 12 KR 1268/20 in der Hauptsache geführt wird.

Ein weiterer Grund, daß einem Versicherten hier das finanzielle Risiko der Vorleistung nicht zumutbar ist, ist in der inkonsistenten Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit zu derart begründeten Leistungsansprüchen zu finden.

Zudem war die Beschwerde des weiteren damit begründet, daß die Leistungsentscheidung auch materiell nicht zu vertreten war, und insbesondere durch Pflichtverletzung der MDK-Ärztin zustande gekommen war. Die Gründe für den materiell-rechtlichen Anspruch, welcher neben dem Anspruchsgrund Genehmigungsfiktion besteht, sind in den Schriftsätzen zur Az. S 12 KR 1268/20 ausführlichst dargelegt und mit Beweisen aus der einschlägigen Fachliteratur untermauert. Mit dem materiell-rechtlichen Anspruch hatte sich der Widerspruchsausschuss

aber in keiner Weise nicht befasst, und auch kein ärztliches Gutachten beauftragt wie man es nach einem klar rechtswidrig zustande gekommen MDK-"Gutachten" erwarten könnte. Hierbei liegt ein offensichtlicher Verfahrensfehler vor. Der Bescheid ist bereits aus diesem Grund aufzuheben.

Obwohl zur Sache bereits Klage erhoben wurde, da diese bei Fristversäumnis mit gleichzeitiger Verweigerung eines Anerkenntnis bereits statthaft geworden war, ist als Schutz gegen die erkennbar rechtsbeugenden Tendenzen der Vorsitzenden der ersten Instanz zur Az. S 12 KR 1268/20 – konkret ist von dieser zu erwarten dass sie die Zulässigkeit der Klage verneint obwohl dies rechtlich unrichtig ist – hier die neuerliche Klage gegen den nunmehr vorliegenden Widerspruchsbescheid innerhalb der dafür gebotenen Frist notwendig und zweckmässig.

Inhaltlich sei auf die Vielzahl der Schriftsätze aus der Gerichtsakte zur Az. S 12 KR 1268/20 verwiesen. Von der Vollständigkeit dieser Gerichtsakte konnte sich der Kläger aber nicht überzeugen, denn deren Herausgabe war, höchst unorthodox durch die Vorsitzende per Schreiben vom 10. Dezember 2020 verweigert worden. Bei Bedarf können aber die Schriftsätze des Klägers in beiden Verfahren auch in diesem noch einmal eingebracht werden. Zweckmässiger wird aber die Prozessverbindung per § 147 ZPO sein.

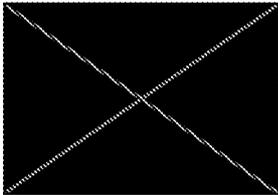
Der nachträgliche Versicherungsvertrag des Klägers – ohnehin bedingt durch das enorme Gesundheitsrisiko welches vom bisherigen Verhalten von Gegnerin, MDK, sowie dem SG ausgeht – ist für die Bewertung des Leistungsanspruches zum Zeitpunkt des Antrags unerheblich. Insofern sind die Ausführungen der Gegnerin hierzu rechtlich unzutreffend. Ein nachträgliches Beendigung der Versicherung mag für den Umfang der Leistungspflicht eine Rolle spielen, sofern sich diese aus dem Intervall von Entstehen (fünf Wochen nach Antrag) bis zum Ende des nachgehenden Leistungsanspruches (per 30. Oktober 2020) ableiten lässt. Allerdings wird ohnehin im Rahmen der Verhandlung zu klären sein, ob nicht die medikamentöse Therapie einer Komplikation welche kausal zur Gänze einer Behandlung im Rahmen der Versicherung bei der Gegnerin zuordenbar ist, in ihrer Gänze zu lasten des damaligen Versicherers erfolgen muss. Daß es hier das BVerfG zulassen würde, daß bei offensichtlich fehlender Leistungspflicht des Nachversicherers eine Lücke entsteht, hält der Kläger für ausgeschlossen.

Es wird daher beantragt, die Gegnerin zur antragsgemäßen Leistung und entsprechend den Rechtsverhältnissen, wie sie zum Antragszeitpunkt bestanden, zu verpflichten. Kann diese de facto nicht mehr im Rahmen kassenärztlicher Behandlung erbracht werden, so wird vorab Kostenersatz für eine äquivalente privatärztliche Behandlung zu leisten sein. Hilfsweise wird daher beantragt, die Gegnerin leistet Schadenersatz in jenem Umfang, wie der zur Herstellung des rechtmässigen Zustandes erforderlich ist.

Des weiteren haben sich die medizinischen Umstände zwischenzeitlich so geändert, daß es einen neuerlichen Anlass für einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gibt. Infolge der nach wie vor fehlenden Therapie der schwerwiegenden Eisenüberladung entstand für den Kläger nämlich am 7. Dezember 2020 ein medizinischer Notfall mit dem Aufnahmegrund Sepsis.

Diesem schloss sich ein zehntägiger stationärer Aufenthalt zur Therapie eines generalisierten Infektes an, und die Therapie wird bis Mitte Januar ambulant fortgeführt. Bei einem eskalierenden Infekt ohne jeglichen Zusammenhang mit einem Trauma handelt es sich um eine charakteristische Morbidität der schwerwiegenden Eisenüberladung. Dies kann anhand der einschlägigen Fachliteratur glaubhaft werden; entsprechende Beweismittel zum Notfall sowie zur Kausalität werden vom Kläger in Kürze nachgereicht werden.

Es wird daher neuerlich beantragt, im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes und entsprechend der Kriterien aus Az. L 18 SO 320/18 B ER, insbesondere zur "Verhinderung von schweren und unzumutbaren Nachteilen", die Gegnerin zur antragsgemäßen Leistung zu verpflichten. Ein schwerer sowie unzumutbarer Nachteil ist nämlich im vorliegenden Fall sogar bereits eingetreten; es handelt sich also keinesfalls um ein lediglich geringes oder abstraktes Risiko, sondern hier liegt die konkrete Gefahr vor, daß ein ähnlicher Notfall wiederum eintritt. All dies war übrigens bereits im vorangehenden Verfahren glaubhaft gemacht worden und von der Vorsitzenden ignoriert worden. Konkret wird hier ein erhöhtes Infektrisiko infolge onkologischer Behandlung mit dem Infektrisiko aufgrund schwerwiegender Eisenüberladung kumuliert, sodass im Ergebnis eine medizinisch völlig unzumutbare Situation vorliegt. Eine Sepsis ist prinzipiell sogar geeignet, den raschen Tod des Klägers herbeizuführen. Daneben ist ohnehin unstrittig, daß bei fehlender Therapie als Folge schwerwiegende Organschäden bis hin zum Organverlust zu erwarten sind. Es sind daher wenige Situationen vorstellbar, in welchen einem Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz klarer stattzugeben ist, als in der vorliegenden.



7

Az.: S 12 KR 2059/20

Verfügung

1. Eingang

Die Klageschrift vom 26.12.2020 ist hier am 26.12.2020 eingegangen.

2. Rechtsbehelfsfrist

Die Rechtsbehelfsfrist ist gewahrt. nicht gewahrt.

3. Fall nach § 197a SGG, Wv an Teamleiter(in) bzw. Kostensachbearbeiter(in)

Vorläufiger Streitwert: €

4. Eingangsbestätigung bzw. Aktenzeichenmitteilung an:

████████████████████

Anfordern:

- Schriftsätze und Unterlagen 2-fach

5. Übersendung der Abschrift bzw. Aktenzeichenmitteilung an:

Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung,

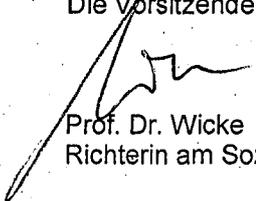
Anfordern:

- Schriftsätze und Unterlagen 2-fach
- Äußerung zur Klage
- Akten

Erledigung bis 08.03.2021

6. Wiedervorlage: 12.03.2021

Die Vorsitzende der 12. Kammer


Prof. Dr. Wicke
Richterin am Sozialgericht

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Herr

████████████████████
████████████████████
████████████████████ München

ERS

Ihr Zeichen

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

14.01.2021

Sehr geehrter Herr ██████████

in dem Rechtsstreit

████████████████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

ist die Klageschrift vom 26.12.2020 hier am 26.12.2020 eingegangen.

Das Verfahren wird unter dem o.a. Aktenzeichen geführt. Es wird gebeten, dieses Aktenzeichen bei allen Zuschriften anzugeben, Anschriftenänderungen sofort mitzuteilen und in Zukunft alle Schriftsätze sowie nach Möglichkeit die Unterlagen 2-fach einzureichen.

Sofern eine am Gerichtsverfahren beteiligte Person sehbehindert bzw. blind ist, werden ihr auf Wunsch die gerichtlichen Dokumente in einer für sie geeigneten Form zugänglich gemacht, soweit dies im Verfahren zur Wahrnehmung ihrer Rechte erforderlich ist. In den Sitzungssälen des Gerichts steht bei Bedarf eine induktive Höranlage zur Verfügung.

Auf die Möglichkeit, Schriftsätze im Wege des elektronischen Rechtsverkehrs einzureichen, wird hingewiesen.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Dienstgebäude	Besuchszeiten	Hinweise zum Datenschutz
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr Mo, Di, Do nachmittags nach Vereinbarung	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf "www.lsg.bayern.de" unter der Rubrik "Datenschutz", auf Anfrage auch in Papierform.
		Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Ihr Zeichen

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

14.01.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird eine Abschrift der hier am 26.12.2020 eingegangenen Klageschrift vom 26.12.2020 übersandt.

Das Verfahren wird unter dem o.a. Aktenzeichen geführt. Es wird gebeten, dieses Aktenzeichen bei allen Zuschriften anzugeben, Anschriftenänderungen sofort mitzuteilen und in Zukunft alle Schriftsätze sowie nach Möglichkeit die Unterlagen 2-fach einzureichen.

Sie werden gebeten, sich zur Klage bis 08.03.2021 schriftlich zu äußern.

Das Gericht kann auch verhandeln und entscheiden, wenn die Äußerung nicht innerhalb der Frist eingeht (§ 104 SGG).

Bitte übersenden Sie:

* Ihre Akten (im Original, einfach, vollständig, geheftet, chronologisch geordnet und paginiert)

Auf die Möglichkeit, Schriftsätze im Wege des elektronischen Rechtsverkehrs einzureichen, wird hingewiesen.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dienstgebäude	Besuchszeiten		Hinweise zum Datenschutz
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr Mo,Di,Do	8.30 - 11.30 Uhr nachmittags nach Vereinbarung	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf "www.lsg.bayern.de" unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.
		Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de	

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

10

Anlagen

1 Abschrift der Klageschrift

71



Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg

**Fachzentrum
Widersprüche**

Dario Meß
Tel. 040 - 69 09-24 71

Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

Sozialgericht MÜNCHEN	
Eingel. 22. Jan. 2021	
No.	
Vollmacht	Umschlag
Bescheid/WB	Anlagen
Rechnung	

Geschäftszeichen
████████████████████

19. Januar 2021

S 12 KR 2059/20

In dem Rechtsstreit

████████████████████ ./ Techniker Krankenkasse

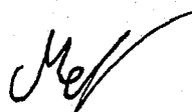
wird der Eingang der Klageschrift bestätigt.

Die Beklagte beantragt, die Klage als unbegründet abzuweisen. Zur Begründung dieses Antrages wird - um Wiederholungen zu vermeiden - auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Widerspruchsbescheides, der am 27. November 2020 als einfacher Brief zum Postversand aufgegeben wurde, verwiesen.

Die Beklagte verwendet ein digitales Postmanagementsystem. Der beigefügte Ausdruck der elektronisch geführten Verwaltungsakte wird deshalb nicht mehr benötigt.

Es wird darum gebeten, im weiteren Schriftverkehr stets das hiesige Geschäftszeichen ██████████ anzugeben.

Um die Wahrnehmungen von Verhandlungsterminen effizient koordinieren zu können, wird gegebenenfalls darum gebeten, der Ladung eine Kopie der Terminrolle beizufügen.


Dario Meß

0846096702 - 5160761 - 02169209000009
KA150620



503043428945

Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg, Fax 040 - 69 09-25 78
Telefonservice: Mo.- Do. 8 - 18 Uhr, Fr. 8 - 16 Uhr | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

Rechnung		No. 11	
Gebrüder W. & A.		München	
Anlagen		München	
München		München	

1) San. ke. jk

2) WmE o 465

6
1/2

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Herr

████████████████████
████████████████████
████████████████████ München

Ihr Zeichen

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

28.01.2021

Sehr geehrter Herr ██████████

in dem Rechtsstreit

████████████████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird eine Abschrift des Schriftsatzes vom 19.01.2021 zur Kenntnis übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen

wie im Text erwähnt

1) der Kl. Ausdrücken Ausgabenzit 415

2) WmEo 415

415
23/2

13

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Herr

████████████████████
████████████████████
████████████████████ München

erw

Ihr Zeichen

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
S 12 KR 2059/20

Durchwahl
108

Datum
01.03.2021

Rechtsstreit

████████████████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

Sehr geehrter Herr ██████████

nach eingehender Prüfung der Sach- und Rechtslage ist die Vorsitzende zu der Überzeugung gelangt, dass nach derzeitigem Kenntnisstand die von Ihnen eingereichte Klage keinerlei Aussicht auf Erfolg hat.

Zur Vermeidung weiterer Kosten wird daher dringend nahegelegt, die Klage zurückzunehmen.

Um Erledigung **bis zum 29.03.2021** wird gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Dienstgebäude	Besuchszeiten		Hinweise zum Datenschutz
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr Mo,Di,Do	8.30 - 11.30 Uhr nachmittags nach Vereinbarung	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.
		Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de	

1) der Betrieffte
Lösung AB 465

2) Wurf 0 465



3/3

14



Sozialgericht München

Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Az.: S 12 KR 2059/20

Mit Postzustellungsurkunde

Herr

████████████████████
████████████████████
████████████████████ München

Ihr Zeichen

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
S 12 KR 2059/20

Durchwahl
108

Datum
09.03.2021

Sehr geehrter Herr ██████████

in dem Rechtsstreit

████████████████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

beabsichtigt das Gericht, diesen Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid zu entscheiden (§ 105 des Sozialgerichtsgesetzes).

Sie erhalten Gelegenheit, sich hierzu **bis zum 07.04.2021** zu äußern.

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende der 12. Kammer

Prof. Dr. Wicke
Richterin am Sozialgericht

Dienstgebäude	Besuchszeiten		Hinweise zum Datenschutz
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr Mo,Di,Do nachmittags nach Vereinbarung	Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

15



Sozialgericht München

Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Gegen Empfangsbekanntnis

Ihr Zeichen



Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
S 12 KR 2059/20

Durchwahl
108

Datum
09.03.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit



./. Techniker Krankenkasse, Hamburg

beabsichtigt das Gericht, diesen Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid zu entscheiden (§ 105 des Sozialgerichtsgesetzes).

Sie erhalten Gelegenheit, sich hierzu **bis zum 07.04.2021** zu äußern.

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende der 12. Kammer

Prof. Dr. Wicke
Richterin am Sozialgericht

Dienstgebäude	Besuchszeiten		Hinweise zum Datenschutz
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr Mo,Di,Do	8.30 - 11.30 Uhr nachmittags nach Vereinbarung	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.
		Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de	

Zustellungsurkunde



1.1 Aktenzeichen
▶ S 12 KR 1268/20
S 12 KR 2059/20
1.3 Adressat

1.2 Ggf. weitere Kennz.

ger. Schreiben v. 09.03.2021

Weitersenden innerhalb des	
1.5	Bezirks des Amtsgerichts
1.6	Bezirks des Landgerichts
1.7	<input checked="" type="checkbox"/> Inlands

16

Herr
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted] München

Bei der Zustellung zu beachtende Vermerke	
1.8	Ersatzzustellung ausgeschlossen
1.9	Keine Ersatzzustellung an:
1.10	Nicht durch Niederlegung zustellen
1.11	Mit Angabe der Uhrzeit zustellen

1.4 Bei erfolglosem Zustellversuch: Vermerk über den Grund der Nichtzustellung.

1.4.1 Adressat unter der angegebenen Anschrift nicht zu ermitteln

1.4.2 Adressat verzögert nach:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

1.4.3 Weitersendung nicht möglich Weitersendung nicht verlangt

1.4.4 Empfänger unbekannt verzogen

1.4.5 Anderer Grund:

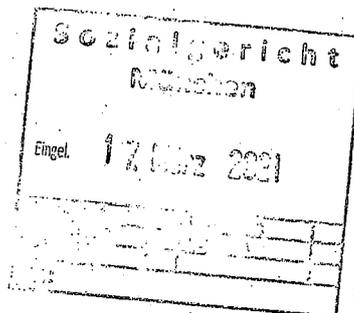
1.4.6 Datum

1.4.7 Unterschrift

1.4.8 Postunternehmen/Behörde: Deutsche Post AG
Zustellstützpunkt

Zustellungsurkunde/Zustellungsauftrag zurück an Absender

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstr. 11
80634 München



Das mit umseitiger Anschrift und Aktenzeichen versehene Schriftstück (verschlossener Umschlag) habe ich in meiner Eigenschaft als

2 Postbediensteter Justizbediensteter Gerichtsvollzieher Behördenbediensteter

3 **übergeben, und zwar (4.1 bis 8.3)**

4.1 unter der Zustellanschrift (siehe 1.3)

4.2 an folgendem Ort: Straße, Hausnummer
(soweit von 1.3 abweichend) Postleitzahl, Ort

5.1 - dem Adressaten (1.3) persönlich.
5.2 - einem Vertretungsberechtigten (gesetzlichen Vertreter/Leiter): 5.4 Herr/Frau (Name, Vorname)
5.3 - dem durch schriftliche Vollmacht ausgewiesenen rechtsgeschäftlichen Vertreter:

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Wohnung nicht erreicht habe, dort

6.1 - einem erwachsenen Familienangehörigen: 6.4 Herr, Frau (Name, Vorname)
6.2 - einer in der Familie beschäftigten Person:
6.3 - einem erwachsenen ständigen Mitbewohner:

7.1 , weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in dem Geschäftsraum nicht erreicht habe, einem dort-Beschäftigten: 7.2 Herr, Frau (Name, Vorname)

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Gemeinschaftseinrichtung nicht erreicht habe, dort

8.1 dem Leiter der Einrichtung: 8.3 Herr, Frau (Name, Vorname)
8.2 einem zum Empfang ermächtigten Vertreter:

9 **zu übergeben versucht. (10.1 bis 12.3)**

Weil die Übergabe des Schriftstücks in der Wohnung/in dem Geschäftsraum nicht möglich war, habe ich das Schriftstück in den

10.1 - zur Wohnung
10.2 - zum Geschäftsraum
gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung eingelegt.

11.1 Weil auch die Einlegung in einen Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung (10.1, 10.2)/die Ersatzzustellung in der Gemeinschaftseinrichtung (8.1 bis 8.3) nicht möglich war, wird das Schriftstück bei der hierfür bestimmten Stelle niedergelegt, und zwar in

11.1.1 Niederlegungsstelle
11.1.2 Straße, Hausnummer
11.1.3 Postleitzahl, Ort

Die schriftliche Mitteilung über die Niederlegung habe ich

11.2 - in der bei gewöhnlichen Briefen üblichen Weise abgegeben, nämlich (Art der Abgabe):

11.3 - an der Tür zur Wohnung/zum Geschäftsraum/zur Gemeinschaftseinrichtung angeheftet.

Weil die Annahme der Zustellung durch Name, Vorname: Beziehung zum Adressaten:
12

verweigert wurde, habe ich das Schriftstück

12.1 - in der Wohnung/dem zur Wohnung gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.
12.2 - in dem Geschäftsraum/dem zum Geschäftsraum gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.
12.3 - an den Absender zurückgeschickt, da keine Wohnung oder kein Geschäftsraum vorhanden ist.

13 Den Tag der Zustellung - ggf. mit Uhrzeit - habe ich auf dem Umschlag des Schriftstücks vermerkt.

13.1 Datum 13.2 ggf. Uhrzeit 13.3 Unterschrift des Zustellers
130321

13.4 Postunternehmen/Behörde Deutsche Post AG Zustellstützpunkt
13.5 Name, Vorname des Zustellers (in Druckbuchstaben) KLINK ADIWA

17

Sozialgericht München



Digitalisiert von der TK ▲

Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München
Übersendung zum Zwecke der Zustellung an:
Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Ihr Zeichen: [REDACTED]

Empfangsbekanntnis

über die Zustellung (§ 63 Abs. 2 SGG, § 174 ZPO)

Name des Klägers

[REDACTED]

Anlage(n):

Gerichtl. Schreiben vom 09.03.2021

Aktenzeichen

S 12 KR 2059/20

Freiumschlag

Techniker Krankenkasse 15.03.2021
Dario Meß
15.03.2021

empfangen am:

Unterschrift, ggf. Stempel des Empfängers

Sozialgericht München

Eingel. **15. März 2021**

Vollmacht	Umschlag
Besch./WB	Anlagen
Rechnung	
Azi	

Bitte sofort zurück an:

(Telefax: 089 / 13062 - 223)

An die Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München



Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg
10 3020 B310 69 0001 7454

DV 03 0,80 Deutsche Post 



Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

Sozialgericht München

Eingel. **17. März 2021**

Vollmacht	Umschlag	
Besch./WB	Anlagen	
Rechnung		
Az:		

**Fachzentrum
Widersprüche**

Dario Meß
Tel. 040 - 69 09-24 71

Geschäftszeichen



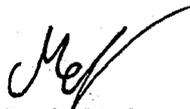
15. März 2021

S 12 KR 2059/20

In dem Rechtsstreit

 ./ Techniker Krankenkasse

wird mitgeteilt, dass einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid keine Einwände entgegenste-
hen.


Dario Meß

0888193111 - 6520969 - 02732700005957
KA150620



503268879295

Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg, Fax 040 - 69 09-25 78
Telefonservice: Mo.- Do. 8 - 18 Uhr, Fr. 8 - 16 Uhr | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

19

Transfervermerk

erstellt am: 25.03.2021, 15:47:00

(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16166831410132582939827733124934

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde vom De-Mail-Dienst versandt.

Eingang auf dem Server: 25.03.2021, 15:39:01
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)

Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xsl, visitenkarte.xml, visitenkarte.xsl,
herstellerinformation.xml

Anhänge: 20210325-sg1-akte.pdf, De_Mail_Pruefprotokoll.pdf,
nachrichteninhalt_de_mall.pdf, demall.txt, de-mall.eml,
De_Mail_Pruefprotokoll.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID DE:Justiz.7e277e33-6d42-40d1-a9bb-84f34958927b.9829

Anrede Juristische Person

Akademischer Grad

Name/Firma De-Mail-Dienst

Vorname

Organisation BLK-AG IT-Standards in der Justiz

Organisationszusatz

Straße Postfachinhaber per Mail erreichbar

Hausnummer 0

Postleitzahl 00000

Ort Postfachinhaber nur per Mail erreichbar

Bundesland

Land DE

AZ: 12 KR 1268/2

De-Mail-Prüfprotokoll über die sichere und absenderbestätigte Anmeldung:

Der Absender der De-Mail mit den nachfolgenden Angaben war bei Versand der Nachricht sicher im Sinne des § 4 Abs.1 S.2 des De-Mail Gesetzes angemeldet.

Die sichere Anmeldung ist bestätigt worden.

Der De-Mail-Absender hat eine De-Mail-Eingangsbestätigung angefordert. Diese wurde automatisch erstellt und an den De-Mail-Absender versandt.

Sie als Empfänger der De-Mail erhalten diese Eingangsbestätigung mit gesonderter EGVP-Nachricht ebenfalls zur Kenntnis.

Angaben:

De-Mail-Empfänger	sg-muenchen@egvp.de-mail.de
De-Mail-Absender	[REDACTED]@t-online.de-mail.de
Betreff	S 12 KR 1268/20 und weitere, Termin Akteneinsicht
Nachrichten ID der De-Mail	80bbbaa0-e0f1-4a61-866b-9558ece18590@t-online.de-mail.de
Eingang beim De-Mail Empfänger	Donnerstag, 2021.03.25 15:38:57 +0100
automatisierte Versandbestätigung erteilt	Ja
automatisierte Eingangsbestätigung erteilt	Ja
gesonderte Eingangsbestätigung per De-Mail-Nachricht erteilt	Nein

Prüfvermerk vom 25.03.2021, 15:47:00

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Sicherer Übermittlungsweg per absenderbestätigter De-Mail.

Eingangszeitpunkt: 25.03.2021, 15:38:57
 Absender: [REDACTED]@t-online.de-mail.de, [REDACTED]
 Nutzer-ID des Absenders:
 Aktenzeichen des Absenders:

Empfänger: Sozialgericht München
 Aktenzeichen des Empfängers:

Betreff der Nachricht: De-Mail-Dienst -S 12 KR 1268/20 und weitere, Termin Akteneinsicht
 Text der Nachricht:
 Nachrichtenkennezeichen: 80bbbaa0-e0f1-4a61-866b-9558ece18590@t-online.de-mail.de

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
20210325-sg1-akte.pdf	pdf	nein				
nachrichteninhalt_de_mail.pdf	pdf	nein				

Von: [REDACTED]@t-online.de-mail.de
Gesendet: Donnerstag, 25. März 2021 15:20
An: sg-muenchen@egvp.de-mail.de
Betreff: S 12 KR 1268/20 und weitere, Termin Akteneinsicht
Anlagen: 20210325-sg1-akte.pdf

siehe Anhang

████████████████████
████████████████████
██████████ München

An das
Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 1268/20 und weitere

München, 25. März 2021

Die Übermittlung des vollständigen Inhalts der **Gerichtsakten** im Wege des elektronischen Rechtsverkehr, wie in den Schreiben vom 26. November 2020, 15. Februar 2021, 3. März 2021, 10. März 2021, sowie 16. März 2021 gefordert ist entgegen der Pflicht des Gerichts zur Rücksichtnahme auf die Beteiligten und substantiiertem Vortrag von Gründen, welche diese Form rechtfertigen, unterblieben.

Folglich sieht sich der Ast/Kläger zur Vermeidung von Fristversäumnissen gezwungen, unter Inkaufnahme erheblicher persönlicher Gesundheitsrisiken während einer Pandemie, die Akteneinsicht nunmehr persönlich vorzunehmen. Um dringende Kontaktaufnahme zwecks **Vereinbarung eines Termins**, wie vom Gericht gefordert, wird daher gebeten. Zur späteren Nachvollziehbarkeit, nicht zuletzt um das Gericht vom allfälligen Vorwurf von Verfahrensmängeln zu befreien, hat die Terminvereinbarung im Wege des elektronischen Rechtsverkehrs zu erfolgen. Wie aus dem bisherigen Verfahrensverlauf ersichtlich – es gab bereits ausgehende Kommunikation auf diesem Weg – ist die 12. Kammer zu dieser Kommunikationsform fähig.

Als mögliche Termine werden folgende Zeiten vorgeschlagen:

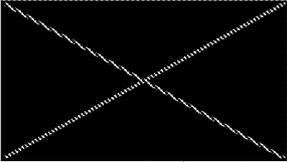
- Montag, 29. März 2021 11:00-14:00
- Dienstag, 30. März 2021 10:00-14:00
- Mittwoch, 31. März 2021 10:00-14:00

Jenseits der ihn selbst betreffenden Gerichtsakten begehrt der Kläger ebenso Einsicht in die Entscheidungen und Urteile der letzten drei Jahre, an welchen Julia Wicke beteiligt war. Selbstverständlich werden die Persönlichkeitsrechte der jeweiligen Verfahrensbeteiligten gewahrt, und sollten einzelne Dokumente weitergehende Verwendung finden, wird klarerweise die Privatsphäre der Beteiligten in angemessener Weise und unter Zuhilfenahme technisch einwandfreier Methoden zur Redaktion gewahrt. Aufgrund des Öffentlichkeitsgrundsatzes wird am Recht zur vergleichsweisen Durchsicht von Entscheidungen und Urteilen kein Zweifel bestehen (u.a. Art. 6 Abs. 1 EMRK).

Es ist zu erwarten, daß letzteres einige Zeit in Anspruch nehmen wird, und daher wird ein Termin von angemessener Dauer zu vereinbaren sein. Kann letzteres aufgrund glaubhaft gemachter Ressourcenknappheit am Gericht nicht zeitnah erfolgen, dann ist zunächst die

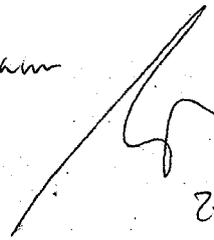
Einsicht in die eigenen Akten zu priorisieren, und für die Durchsicht der Wicke-Urteile und Entscheidungen werden in Folge weitere Termine zu vereinbaren sein.

Aufgrund der erhöhten Gesundheitsrisiken objektiver sowie subjektiver Natur sind Hygieneregeln und Abstände bei jedem Termin strikt einzuhalten.



1) Stimmensicht in dem in
der 12. Kammer angehört
Verfahren des Klägers genehmigt
(vor Ort am 06.12.),
hins. sonstige Verfahren weiterer
Kammer abzuholen!

2) W sodann


27/13

24

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Herr
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted] München

Ihr Zeichen	Aktenzeichen (Bitte stets angeben)	Durchwahl	Datum
---	S 12 KR 2059/20	108	29.03.2021

Sehr geehrter Herr [Redacted]
in dem Rechtsstreit
[Redacted] ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

wurde Ihr Antrag auf Akteneinsicht genehmigt. Die Akten zum Aktenzeichen S 12 KR 2059/20 können

am Dienstag, 30.03.2021 um 10.30 Uhr

im Gerichtsgebäude des Sozialgerichts München eingesehen werden. Bitte melden Sie sich hierzu vorher an der Information an.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Dienstgebäude	Besuchszeiten	Telefon	Hinweise zum Datenschutz
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr Mo, Di, Do nachmittags nach Vereinbarung	(089) 1 30 62 - 0 (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

Az.: S 12 KR 2059/20

Bestätigung der Akteneinsicht

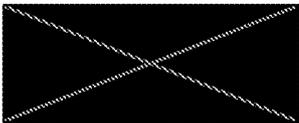
in dem Rechtsstreit

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburgwegen Krankenversicherung

habe ich am folgende Akten und Unterlagen

- 1. VERWEIGERT WURDE S 12 KR 1268/20
- 2. VERWEIGERT WURDE S 12 KR 1265/20 ER
- 3. PER SEITE AUF ANWEISUNG VON WICKE
- 4. GESTATTET UND ERLEDIGT S 12 KR 2059/20
- 5.
- 6.
- 7.

eingesehen.



Unterschrift

30/03/2021

13³⁰-

Aktennotiz

in dem Rechtsstreit

...../I. Techniker Krankenkasse, Hamburg

Az: S 12 KR 2059/20

Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München



Gesprächspartner:

Firma – Anschrift – Aktenzeichen

Telefon:

Telefax:

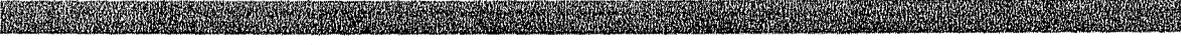
E-Mail:

Datum:

30.03.2021

Uhrzeit:

angerufen wurde



Der Kläger hat am 30.03.2021 um 13.30 Uhr bis ca. 14.05 Uhr Akteneinsicht in die Akte S 12 KR 2059/20 genommen.

Er trägt vor, dass ihm Akteneinsicht in die Verfahrensakten S 12 KR 1268/20 und S 12 KR 1265/20 ER seiner Ansicht nach verweigert wurde.

Gemäß gerichtlichem Schreiben vom 29.03.2021 wurde nur die Akte S 12 KR 2059/20 für die Akteneinsicht benannt.

Erledigungsvermerk

zur Kenntnis

anrufen

WV

besprechen mit

zur Akte

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Herr

████████████████████
████████████████████
████████████████████ München

Ihr Zeichen

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

30.03.2021

Sehr geehrter Herr ██████████

in dem Rechtsstreit

████████████████████ / Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird eine Abschrift der Aktennotiz vom 30.03.2021 zur Kenntnis übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen

wie im Text erwähnt

Dienstgebäude	Besuchszeiten	Telefon	Hinweise zum Datenschutz
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr Mo, Di, Do nachmittags nach Vereinbarung	(089) 1 30 62 - 0 (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

28

Transfervermerk

erstellt am: 08.04.2021, 06:00:54
(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16178275020205027946579737645117

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde vom De-Mail-Dienst versandt.
Eingang auf dem Server: 07.04.2021, 22:31:52
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)
Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xsl, visitenkarte.xml, visitenkarte.xsl, herstellerinformation.xml
Anhänge: 20210406-sg2-105sgg.pdf, De_Mail_Pruefprotokoll.pdf, nachrichtinhalt_de_mail.pdf, demail.txt, de-mail.eml, De_Mail_Pruefprotokoll.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID DE.Justiz.7e277e33-6d42-40d1-a9bb-84f34958927b.9829
Anrede Juristische Person
Akademischer Grad
Name/Firma De-Mail-Dienst
Vorname
Organisation BLK-AG IT-Standards in der Justiz
Organisationszusatz
Straße Postfachinhaber per Mail erreichbar
Hausnummer 0
Postleitzahl 00000
Ort Postfachinhaber nur per Mail erreichbar
Bundesland
Land DE

AZ: 12 KR 2059/2

29

Elektronisches Gerichts- und Verwaltungspostfach

Nachrichtentyp:	Allgemeine Nachricht
Signaturniveau:	
Empfängererkennung:	safe-sp1-1400596851847-015540811
Betreff:	De-Mail-Dienst -S 12 KR 2059/20, §105 SGG
Aktenzeichen Empfänger:	
Aktenzeichen Absender:	
Freitext:	
Anlage:	Hinzugefügt am: 2021-04-07T22:31:38.976+02:00, Name: 20210406-sg2-105sgg.pdf
Anlage:	Hinzugefügt am: 2021-04-07T22:31:38.976+02:00, Name: demail.txt
Anlage:	Hinzugefügt am: 2021-04-07T22:31:38.976+02:00, Name: de-mail.eml
Anlage:	Hinzugefügt am: 2021-04-07T22:31:38.976+02:00, Name: De_Mail_Pruefprotokoll.pdf
Anlage:	Hinzugefügt am: 2021-04-07T22:31:38.976+02:00, Name: De_Mail_Pruefprotokoll.xml
Anlage:	Hinzugefügt am: 2021-04-07T22:31:38.976+02:00, Name: nachrichteninhalt_de_mail.pdf

De-Mail-Prüfprotokoll über die sichere und absenderbestätigte Anmeldung:

Der Absender der De-Mail mit den nachfolgenden Angaben war bei Versand der Nachricht sicher im Sinne des § 4 Abs.1 S.2 des De-Mail Gesetzes angemeldet.

Die sichere Anmeldung ist bestätigt worden.

Der De-Mail-Absender hat eine De-Mail-Eingangsbestätigung angefordert. Diese wurde automatisch erstellt und an den De-Mail-Absender versandt.

Sie als Empfänger der De-Mail erhalten diese Eingangsbestätigung mit gesonderter EGVP-Nachricht ebenfalls zur Kenntnis.

Angaben:

De-Mail-Empfänger	sg-muenchen@egvp.de-mail.de
De-Mail-Absender	[REDACTED]@t-online.de-mail.de
Betreff	S 12 KR 2059/20, §105 SGG
Nachrichten ID der De-Mail	72c7ff9c-4c41-47e4-a258-5cbf3fb5e03e@t-online.de-mail.de
Eingang beim De-Mail Empfänger	Mittwoch, 2021.04.07 22:31:32 +0200
automatisierte Versandbestätigung erteilt	Ja
automatisierte Eingangsbestätigung erteilt	Ja
gesonderte Eingangsbestätigung per De-Mail-Nachricht erteilt	Nein

31

9b5d7b9e8b0c437fad5b9f34e36df6c5_demail.txt

@t-online.de-mail.de

██████████
██████████
██████████ München

An das
Sozialgericht München
Richeistraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 2059/20

München, 6. April 2021

Der Kläger war per Schreiben von Frau Wicke vom 9. März 2021 aufgefordert worden, sich zur von ihr beabsichtigten Entscheidung dieses Rechtsstreits ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid zu äußern. Diesem Begehren wird hiermit, innerhalb der gesetzten Frist zum 7. April 2021, nachgekommen.

Rechtsgrundlage für eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung ist § 105 SGG. Daß die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Natur aufweise, und der Sachverhalt geklärt sei, ist gegenständlich keinesfalls zutreffend. Nicht das Volumen der Beweismittel ist hier ausschlaggebend, sondern die Vielzahl der offenen Rechtsfragen, wie sie in den Schriftsätzen aufgeworfen werden und welche erst höchstrichterlicher Klärung bedürfen.

Aus Sicht des Klägers handelt es beim Verfahren mit der Az S 12 KR 2059/20 um eine reine Formalität, mit dem Zweck, bezüglich des – erst infolge der aufgrund des PatRG bereits statthaften Klage mit der Az S 12 KR 1268/20 ergangenen – Widerspruchsbescheids keine Zweifel über dessen fehlende Bestandskraft aufkommen zu lassen. Entsprechend findet sich der Kern des substantiierten Vortrags des Klägers in der anderen Akte.

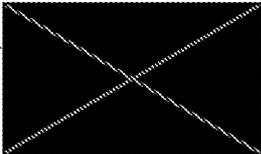
Frau Wicke würde den ihr zustehenden Ermessensspielraum hier bei weiten überschreiten – wie sie es im Verfahren zur Az S 12 KR 1268/20 auch bereits, unter Verletzung der Anhörungspflicht, getan hat – würde Sie hier per Gerichtsbescheid entscheiden. Gegenstand des eigentlichen Rechtsstreits sind nicht nur, für den Kläger zwar bereits aufgrund des Schrifttums eindeutige aber aus Perspektive des Gerichts wohl noch durch Gutachten zu klärende medizinische Tatsachenfragen, sondern ebenfalls eine Reihe rechtlicher Fragen

Aufgrund der problematischen bisherigen Verfahrensleitung durch Frau Wicke ist eine Entscheidung nach öffentlicher, mündlicher Verhandlung unter dem Beisein der ehrenamtlichen Richter hier von überragender Bedeutung.

Überdies wurde, im anderen Verfahren, kürzlich ein objektiv begründeter Antrag auf Ablehnung als Vorsitzende in Aussicht gestellt, welcher der Korrektheit und Vollständigkeit halber erst nach Akteneinsicht zu den rechtshängigen Verfahren gestellt werden kann. Dieser ist auch hier zunächst abzuwarten. Frau Wicke kann diesen Vorgang beschleunigen, indem sie von ihrem

Vorhaben, für den Kläger/Ast die Einsicht in die Papierakten sowie die digitalen Akten ohne besondere Gründe zu vereiteln, absieht und damit den Hinderungsgrund für weitere Verfahrensschritte beseitigt. Da hier, bis dies erfolgt, der Fortschritt des Verfahrens blockiert ist, besteht Anlass zur Besorgnis, daß das Verfahren nicht in einer angemessenen Zeit abgeschlossen wird. Dementsprechend ist auch hier die Verzögerungsrüge nach §198 Abs. 3 GVG geboten und sie wird hiermit erhoben.

Der Vollständigkeit halber werden manche der bereits zur Az S 12 KR 1268/20 sowie zur Az S 12 KR 1265/20 ER eingereichten Schriftsätze und Urkundenbeweise auch in diesem Verfahren nochmalig zum Akteninhalt gemacht. Die Dokumente können, wegen offener Fragen zur Vollständigkeit verschiedener Akten, nur irreversibel markiert zur Verfügung gestellt werden. Zweck ist hier nicht Schikane des Gerichts, sondern daß diese Dokumente von der Urversion unterscheidbar bleiben. Die besser lesbaren Urversionen müssen ohnehin in den jeweiligen Akten zur Verfügung stehen.



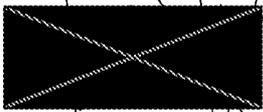
Anhänge:

Schreiben mit B2, B3
Schreiben mit B4, B5
Schreiben mit B6-B10
Schreiben mit B13-B16

1) SS an Bekl. zt

z/W kein

AW
1014


An das
Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 1268/20

München, 25. September 2020

Anbei übermittle ich, der Aufforderung vom 22.9.2020 entsprechend, den mir vorgelegten Ausdruck, ausgefüllt sowie eigenhändig unterschrieben:

Des Weiteren bringe ich, ergänzend zur Klageschrift, als Beweismittel den Antrag auf Kostenübernahme, wie er bei der Beklagten am 17.7.2020 eingegangen war, ein. Dieser ist als Anhang B2 beigelegt.

Aufgrund der rechtshängigen Klage konnte ich zwischenzeitlich Akteneinsicht beim Medizinischen Dienst (MDK) nehmen und daraus ist für mich nunmehr zweifelsfrei erkennbar, daß bereits der lege artis verfasste Antrag hinreichend begründet war. Darüber hinausgehend lagen der Beklagten wie auch dem MDK alle entscheidungsrelevanten Fakten, insbesondere die im Rahmen der Mitwirkung geforderten Laborwerte, bereits ab initio vor.

Folglich halte ich nunmehr, in Abweichung zur Klageschrift, nur mehr jene Position vertretbar, daß das Fristversäumnis durch die Beklagte bereits mit dem 21. August 2020 eingetreten ist. Im Zusammenhang mit der strittigen Sichtweise zum Fristenlauf weist der Kläger auf das Urteil des LSG München vom 12. Januar 2017 (L 4 KR 295/14) hin.

Zur Frage der Seltenheit, sofern entscheidungsrelevant, darf man diese anhand der sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK vom 11. Mai 2020 als bereits geklärt betrachten. Dieses Dokument ist hier als Anhang B3 beigelegt.

Anlagen:

- Fragebogen zu behandelnden Ärzten
- Erklärung der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- B2: Antrag auf Kostenübernahme vom 16. Juli 2020
- B3: Sozialmedizinische Stellungnahme des MDK vom 11. Mai 2020

Absender:

80796 München

Bitte unterschrieben zurück:

An die Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 1268/20

Erklärung der Entbindung von der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht.

in dem Rechtsstreit

/ Techniker Krankenkasse, Hamburg

ist nach Auffassung des Gerichts zur Aufklärung des Sachverhalts und Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse die Beiziehung von medizinischen Unterlagen nötig. Hierfür ist Ihre Einwilligung erforderlich. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wird sie verweigert, kann dies jedoch dazu führen, dass der Sachverhalt nur unzureichend aufgeklärt werden kann und Sie deshalb mit Ihrem Begehren keinen Erfolg haben.

Ich willige ein, die medizinischen Unterlagen (z.B. Gutachten, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen) der behandelnden Ärzte, Psychologen und anderer Heilberufe bzw. Heilhilfsberufe (z.B. Psychotherapeuten, Pflegedienste) beizuziehen sowie von dort Auskünfte einzuholen und bitte die behandelnden Personen, auch diejenigen, bei denen früher Behandlungen stattgefunden haben, von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass die Unterlagen den Beteiligten des Verfahrens zugänglich gemacht werden können. Ich stimme zu, diese Unterlagen im Verfahren zu verwenden.

München, 25 Sept 2020

Ort

Datum

eigenhändige Unterschrift
bzw. des gesetzl. Vertreters



Med. Zentrum f. Hämatologie u. Onkologie München MVZ GmbH
Waldstr. 7 • 80638 München

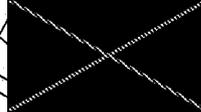
Techniker Krankenkasse
Rosenheimer Str. 141
81671 München

Vorab per Fax: 040 / 460 661 019

Prof. Dr. med. Dr. med. habil.

Angestellte Fachkräfte für Zahnmedizin,
Hämatologie und Internistische Onkologie

Ihr Ansprechpartner:

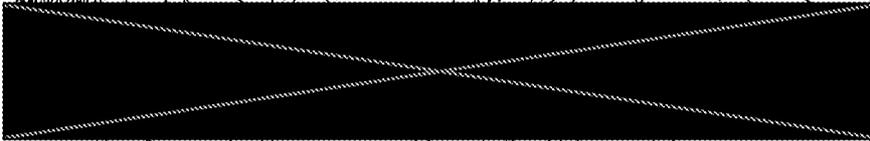


München, 16.07.2020

Digitalisiert von der TK

Versicherungs-Nr.:

Nachrichtlich:



Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich berichte über Herrn [redacted] Florian, geb. [redacted] der sich seit 27.11.2017 in meiner Behandlung befindet und für den ich hiermit um Kostenübernahme für den off-label Einsatz von Deferasirox bei chronischer, nicht-transfusionsabhängiger Eisenüberladung bitte.

Onkologische Diagnosen:

ED 10/2017

DSRCT - Desmoplastic small-round-cell tumor

Explorative Laparoskopie und partielle Peritonektomie am 10.10.2017

Histologie (PE kleines Becken und Oberbauch) vom 13.11.2017:

Infiltration durch einen solide wachsenden hochmalignen Tumor mit kleinzelligen Nekrosen. Immunhistochemie: negative Reaktion mit Synaptophysin und Chromogranin, S100, Aktin, Melan A, HMB45, CD3, CD20, Calretinin, CD34, DOG1, SOX10, Myogenin, p53, TLE1 und SATB2). Diffuse Expression von Pankreatin, AE1/AE3 bei diffuser nukleärer Expression des C-Terminus WT1-Antikörpers und kräftigen, jedoch stark variablen Positivitäten mit Desmin. Ki-67 heterogen, abschnittsweise bis 50 - 60%.

FISH-Analyse: EW5R1-WT1-Translokation t(11;22)

CT Abdomen: peritoneale Tumorherde diaphragmal / rechts subphrenisch, Ligamentum teres hepatis, Ligamentum gastro-colicum rechts, freiglich im Douglas Raum.

FDG-PET 11/2017: 3 PET-pos. Herde: paracardial dem Zwerchfell aufliegend, unterhalb des Zwerchfells und dem Leberunterrand aufliegend + nicht PET-pos. kleinknotige Herde im kleinen Becken (hier biopsisch gesicherter DSRCT-Befall)

Fertilitätsprotektion; Kryokonservierung

Zyklus 1 + 2: neoadjuvante primär systemische Therapie nach dem A1-60/9-Schema in Kombination mit RHT (regionaler Tiefenhyperthermie)

ab 12/17

0723255078 - 1254312 - 00691800901654



502502857465

35



Seite 2

Digitalisiert von der TK

01/18 Nuk PET-CT (low-dose) vom 11.01.18
 Thorax: deutliche PR der supradiaphragmalen Tumormanifestationen: re. paracardial mit einer Größe von 1,7 x 0,7 (VU 2,7 x 1,4; SUV max 1,0 - VU 7,4) und im Bereich der Herzspitze mit einer aktuellen Größe von 0,8 cm (VU 1,9 x 1,2 cm; SUV max 0,7 - VU 7,4). Milchglasartigen Verdichtungen im linken Ober- und Unterlappen sowie im rechten Unterlappen dorso-basal (jeweils ohne Stoffwechsellaktivität). Kein Pleuraerguss.
 Abdomen: CR der Speicherdrüsen im Bereich der Leberpforte / auf Höhe des Bauchnabels (hier a.e. reaktiv nach Laparotomie). Keine Stoffwechsellaktiven Lymphknoten.

01-02/18 Zyklus 3 + 4: neoadjuvante primär systemische Therapie nach dem AI 60/6 Schema (Deeskalation auf AI 60/6 bei Knochenmarktoxizität) in Kombination mit RHT (regionaler Tiefenhyperthermie)

26.02.18 OP + HIPEC (Rotkreuzklinikum München)
 Im OP-Situs keine sichtbaren Herde mehr. Komplette Entfernung des mediastinalen Fettgewebes. Komplette Omentektomie. Resektion eines 5mm großen Befundes am Antrum präpylorisch. Der einstufige Befund am Ligamentum hepatoduodenale nicht mehr sichtbar.

04-06/18 4 Zyklen adjuvante Systemtherapie nach dem AI 60-6 Schema (in DR 80 % zu C2, DR 70% ab C3 wegen ausgeprägter Neutropenie) in Kombination mit RHT (regionaler Tiefenhyperthermie)

06/18 PET-CT vom 07.06.18:
 Komplette Remission der vorbekannten Lymphknoten prähepatisch bzw. paracardial. Kein Nachweis neu aufgetretener, malignomtypisch stoffwechsellaktiver Raumforderungen im abgebildeten Untersuchungsereich. Unverändert flauo Mammektroskopierung der 8. lateralen Rippe rechts ohne wesentliche FDG-Mehrspeicherung.

06 + 07/18 Radiotherapie Ganzabdomen mit 30 x 1,5 Gy

09/18 PET-CT vom 05.09.18:
 Kein vitaler Tumor nachweisbar. Bei: schmaler Pleuraerguss links

09/18 - 04/19 Erhaltungstherapie nach dem O-TIE-Schema analog der CWS-2007-HR Studie mit Etoposid, Idarubicin, Trofosamid p.o.
 O-TIE q6w:
 Zyklus 1 / Block 1: TRO-IDA (O-TI)
 TRO 2 x 75 mg/m² (2 x 130 mg = 260 mg tgl); Ixoten® 50 mg 3-0-2 (= 250 mg) d1-10
 IDA 1 x 5 mg/m² (8,8 mg); Zavedos® 5 mg 1 x tgl; (DR 60%) d1,4,7,10
 Zyklus 1 / Block 2: TRO-ETO (O-TE)
 TRO 2 x 75 mg/m² (2 x 130 mg = 260 mg tgl); Ixoten® 50 mg 3-0-2 (= 250 mg) d1-10
 ETO 2 x 25 mg/m² (2 x 44 mg = 88 mg); Vepesid® 50 mg 1-0-1 (110 %)
 Wegen prolongierte Panzytopenie nach C1: Therapieverzögerung um 3 Wochen
 ab C2 Block 1: TRO-IDA (O-TI)
 TROFOSFAMID (Ixoten®) 2-0-1 = 150 mg (DR 60 %) d1-10
 IDARUBICIN (Zavedos®) 1 x tgl; 5 mg d1,4,7,10
 ab C2 Block 2: TRO-ETO (O-TE)
 TROFOSFAMID (Ixoten®) 2-0-1 = 150 mg (DR 60%) w4
 ETOPOSID (Vepesid®) = 50 mg 1-0-0 (DR 45%).
 PET-CT 12/18: NED

seit 04/19 Fortführung der Erhaltungstherapie mit Trofosamid 150 mg tgl.
 Prozedere: Erhaltungstherapie mit Trofosamid 150 mg tgl, für insgesamt 2 Jahre
 • alle 3 - 4 Monaten Remissionskontrolle mittels PET-CT
 • Einleitung einer Eisen-Chelattherapie mit Deferasirox 10 mg/kg KG tgl

Vorerkrankungen:
 Nephrothiasis: 10/2017
 Appendektomie mit 15 Jahren



Medizinisches Zentrum für
 Hämatologie und Onkologie
 (Gemeinschaftspraxis)
 Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Waldstraße 7 · 80639 München
 Tel. 089 46 13 55-210
 Fax 089 46 13 55-219
 www.haematologie-onkologie-muenchen.de

Gesellschaft Dr. David Tuschke,
 Dr. Mirco Schepke, Bernd Ruckhoff
 Ammergasse München, HB 222319
 (UID: DE305919228)

Bankverbindung:
 Deutsche Bank AG
 BLZ: 2512051000 0764 2378 00
 BIC: DEUTDE33HAN

0723255078 - 1254312 - 00691800901654



502502857465



Seite 3

Digitalisiert von der TK

Anamnese:

Der Patient hatte sich wegen rechtsseitiger Oberbauchschmerzen Anfang Oktober 2017 in der Notaufnahme der Rotkreuzklinikums vorgestellt. In der CT-Diagnostik stellten sich neben Nierensteinen abdominelle Raumforderungen dar. Es erfolgte eine Ureterschleimung und Nierensteinextraktion sowie laparoskopische PE und Resektion von abdominal detektierbaren Herden. Die histologische Aufarbeitung des Materials erbrachte o.g. Diagnose.

Körperliche Untersuchung:

Größe: 172cm, Gewichtsabnahme von 75 kg auf 68/69 kg, weitere Gewichtsabnahme bis auf aktuell 61 kg im Laufe der Therapie. Schilddrüse nicht vergrößert; keine vergrößerten Lymphknoten cervical, axillär, claviculär, inguinal, Pulmo vasikuläres Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche, Herztöne rein, regelmäßig, RR 120/80 mm Hg, Hf 100 /min, ECG D, Abdomen weich, Leber und Milz nicht vergrößert tastbar, Darmgeräusche regelrecht, Nierenlager frei, keine peripheren Ödeme, Ossar kein Klopfschmerz.

Echokardiographie / Ruhe-EKG:

Normale linksventrikuläre Pumpfunktion (Auswurf fraktion 65%)
Inkompletter Rechtsschenkelblock ohne pathologischen Stellenwert.

CT-Thorax/Abdomen 09/17:

Peritoneale Tumorherde diaphragmal / rechts subphrenisch, Ligamentum teres/hepatis, Ligamentum gastro-colicum rechts, fraglich im Douglas Raum.

Nuk PET-CT (low-dose) vom 01/17 nach 2 AI 60/6:

Hals/Thorax: keine Stoffwechselaktiven Lymphknoten Cervikal, axillär und mediastinal, gering stoffwechselaktive Lymphknoten bds. hilar (OD: reaktiv- SIV max 2,3), deutliche PR der supradiaphragmalen Tumormanifestationen: re. paracardial mit einer aktuellen Größe von 1,1 x 0,7 (VU 2) x 1,4; SUV max 1,0 - VU 7,4) und im Bereich der Herzspitze mit einer aktuellen Größe von 0,8 cm (VU 1,9 - x/1,2 cm, SUV max 0,7 - VU 7,4), weitgehend unveränderte Darstellung der milchglasartigen Verdichtungen im linken Ober- und Unterlappen sowie im rechten Unterlappen dorso-basal (jeweils ohne Stoffwechselaktivität). Kein Pleuraerguss.
Abdomen: CR der Speicherherde im Bereich der Leberpforte, auf Höhe des Bauchnabels (s.a. reaktiv nach Laparotomie). Keine Stoffwechselaktiven Lymphknoten.

Nuk PET CT von 08/18 nach Op und 4 x adjuvant AI 60/6:

Komplette Remission der vorbekannten Lymphknoten prähepatisch bzw. präcardial. Kein Nachweis neu aufgetretener, malignomtypisch stoffwechselaktiver Raumforderungen im abgebildeten Untersuchungsbereich. Unverändert flauere Mehrklosterisierung der 6. lateralen Rippe rechts ohne wesentliche FDG-Mehrspeicherung.

Nuk PET-CT von 09/18 nach Ganzabdomenbestrahlung IMRT:

Kein vitaler Tumor nachweisbar. Neu: schmaler Pleuraerguss links.

Nuk PET-CT Ganzkörper (low-dose) von 02/18 unter O-TIE-Erhaltungstherapie:

Kein Hinweis auf FDG-aviden Tumorrezidiv des desmoplastischen Rundzelltumors. Regredienter schmaler Pleuraerguss links.

PET CT vom 07.08.18: Aktuell komplette Remission der vorbekannten Lymphknoten

prähepatisch bzw. präcardial. Kein Nachweis neu aufgetretener, malignomtypisch stoffwechselaktiver Raumforderungen im abgebildeten Untersuchungsbereich. Unverändert flauere Mehrklosterisierung der 6. lateralen Rippe rechts ohne wesentliche FDG-Mehrspeicherung. Kontrollbedürftig.

PET-CT vom 05.08.18:

In der VU waren die Tumormanifestationen als sehr intensiv speichernde FDG Foci erkennbar, aktuell: kein vitaler Tumor nachweisbar. neu: schmaler Pleuraerguss links.

Nuk PET-CT Ganzkörper (low-dose) vom 10.12.18:

Kein Hinweis auf FDG-aviden Tumorrezidiv des desmoplastischen Rundzelltumors- Regredienter schmaler Pleuraerguss links.

Molekulares Zentrum für
Hämatologie und Onkologie
Hörbeh.: 147 71 44 4
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 2015

Wittelsstraße 7 - 60630 München
Tel.: 089 46 13 55-210
Fax: 089 46 13 55-219
www.hemato-onkologie-muenchen.de

Geschäftsführer: Dr. Doreen Tischer
Dr. Mirco Schöckel, Daniel Hoffmann
Antiquarisch München, HRB 222215
USt-Id. DE305878228

Bankverbindung:
Deutsche Bank AG
IBAN: DE89 2507 0000 0004 2378 00
BIC: DEUTDE33HAN

0723255078 - 1254312 - 00691800001654



502502857465

Seite 4

Digitalisiert von der TK

PET-CT vom 11.03.19:
Kein Anhalt für Rezidiv in der PET und ergänzenden diagnostischen CT: Minimaler Aszites im Becken - evtl. methodisch bedingt - in der Voruntersuchung nicht erkennbar.

PET-CT vom 18.06.19:
Kein Anhalt für ein Rezidiv.

Nuk PET-CT, Ganzkörper mit i.v. KM vom 16.09.19:
Kein Hinweis auf eine Lokalrezidiv oder Metastasen.

Nuk PET-CT Ganzkörper mit i.v. KM vom 07.01.20:
Kein Nachweis von Tumormanifestationen.
Minimale hypodense mutmaßliche Flüssigkeit auf der Gerota-Fazie ventral der Niere. Dieser Befund ist sehr diskret auch an den Voruntersuchungen erkennbar. Einzelne bis 4 mm große linke paraaortale Lymphknoten auf Höhe des Abgangs des Truncus coeliacus, diese unverändert und FDG negativ. Der vorbestehende Perikarderguss ist im Vergleich zu den Voruntersuchungen allenfalls rudimentär an der ventralen Basis des rechten Ventrikels erkennbar. Kein Nachweis kontrastmittelauflnehmender solider, subdiaphragmaler bzw. paracardialer Läsionen.

PET-CT Ganzkörper mit i.v. KM (PET-CT/Nymphenburg) vom 16.06.2020:
Unveränderter Befund zu den früheren Untersuchungen. Kein Nachweis einer FDG positiven Tumormanifestation.
Ähnlich zu den VU minimaler Perikarderguss an der Basis vor dem rechten Ventrikel.
Unspezifische FDG-Anreicherung des Colon ascendens und der Bauhinschen Klappe.

Labor:
Next-Generation-Sequencing (NGS-Analyse):
Kein Nachweis von tumorspezifischen/Mutationen in den untersuchten Genen.

Zellanalyse im peripheren Blut vom 05.09.18:
WBC 2,1 G/l, ANC 1,3 G/l, Lymphozytopenie mit Verminderung der T- und B-Zellen, Hb 12,4 g/dl, Plt 46 G/l; keine Thrombozytenaggregation, keine Blasten, keine Dysplasien.
Unauffälliges Oberflächenprofil der T-Zellen und keine Leichtkettenrestriktion der B-Zellen

Differentialblutbild vom 09.03.20: WBC 2,7 G/l - ANC 1,9 G/l - Hb 9,4 g/dl - Plt 77 G/l

Differentialblutbild vom 03.07.20: WBC 1,5 G/l - ANC 0,8 G/l - Lymphozyten 0,4 G/l - Monozyten 0,3 G/l - Hgb 8,8 g/dl - Plt 142 G/l

Serumchemie: nach Abdomen-Bestrahlung GGT + AP passager erhöht; - seit 06/19 wieder i.N.
Außerhalb der Norm liegen aktuell:
Ferritin max. 2439, aktuell: 2023 µg/l (N: 20 - 250); Transferrin-Sättigung max. 79, aktuell 58 %
Transferrin max 182, aktuell 169 µg/l, CRP 7 mg/l (N: bis 5), LDH 275 U/l (N: < 250)
H63D-Mutation: heterozygot, kein C282Y-Nachweis

Epikritische Befundzusammenfassung und Prognose:
Nach Abschluss der Primärtherapie mit perioperativer Chemotherapie in Kombination mit regionaler Tiefenhyperthermie und OP in Kombination mit HIPEC ergab sich bisher kein Hinweis für vitale und bildmorphologisch erfassbare Tumoresiduen. Der Patient entschloss sich aufgrund der aggressiven Tumorbilologie zur konsolidierenden adjuvanten Ganz-Abdomenbestrahlung, welche über einen Zeitraum von 4 Wochen von Juni bis Juli 2018 appliziert wurde und eine anhaltende hyporegenerative Knochenmarkinsuffizienz nach sich zog, weshalb die im September 2018 initiierte Erhaltungstherapie nach dem C-715-Schema nur in deutlich-dosisreduzierter Form durchgeführt werden konnte. Seit Mai 2019 erhält der Patient aufgrund des hohen Rezidivierungsrisikos des Tumors eine Mono-Therapie mit Tofosinamid als Erhaltungstherapie.

In den bisher durchgeführten Remissionskontrollen mittels FDG-PET ergab sich unter der fortgeführten maintenance-Therapie no evidence of disease.

Allerdings ist unter der fortgesetzten Chemotherapie eine mit signifikanter Transferrin-Sättigungserhöhung einhergehende Hyperferritinämie zu beobachten. Da Heterozygotie für H63D ohne C282Y-Nachweis nicht als Risikofaktor für eine hereditäre Eisenspeicherkrankheit (Hämochromatose Typ 1) gilt, muss von einer therapieinduzierten Eisenresorptionsstörung ausgegangen werden.

0723255078 - 1254312 - 00691800001654



502502857465

Medizinisches Zentrum für
Hämato-onkologie und Onkologie
Lehrstuhl für Hämatologie
Zertifikat nach DIN EN ISO 5001:2015

Winklertstraße 7, 80330 München
Tel. 089 46 1345-210
Fax: 089 46 1345-215
www.hematologieklinik-muenchen.de

Stichtitzführer: Dr. Otfried Tuschke,
Dr. Myca Schwabe, Bernd Podtiff
Anlageort: München, HRB 222316
UID-ID: DE305878226

Bankverbindung:
Deutsche Bank AG
IBAN: DE80 2007 0900 0704 2378 00
BIC: DEUTDE33HAN



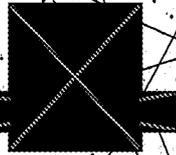
19.07.2020_09:43:53

Seite 5

Eine Phlebotomie ist aufgrund der Trifosamid bedingten Knochenmarktoxizität mit Panzytopenie nicht durchführbar. Zur Vermeidung sekundärer Organschäden durch die Eisenüberladung ist deshalb eine Chelattherapie mit Deferasirox analog der Anwendung bei Patienten mit Eisenüberladung bei HFE-Homozygotie oder nicht-transfusionsabhängiger Eisenüberladung bei Thalassämie mit Exjade® 10 mg/kg KG tgl. anzuraten, für welche ich hiermit um Kostenübernahme ersuche.

Für eine Kostenförsprache wäre ich im Sinne des Patienten sehr dankbar,
stehe für Rückfragen jederzeit zur Verfügung und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Dr. med.



Digitalisiert von der TK

0723255078 - 1254312 - 00691800001654



Medizinische Zentrum für
Hämatologie und Onkologie
München, 80339
Zertifizierung: DIN EN ISO 9001:2015

Wittelsstraße 7 - 80339 München
Tel: 089 46 13 55-210
Fax: 089 46 13 55-219
www.hjg.med.uni-muenchen.de

Geschäftsführer: Dr. Guido Tischer,
Dr. Mirco Schölsche, Bernd Rodloff
Arztgesellschaft München, HRB 222315
UID-Nr.: DE305878226

Bankverbindung:
Qinwohle Bank AG
IBAN: DE89 2007 0600 0794 2378 00
BIC: MUTDE33HAN

Fax S von ID: an: 69246 17.07.2020 00:07:04 CEST (Europe/Berlin GMT+02:00) Uhr [00:02:00] OK S.005/005

Eingangskanal Fax.

502502857466

MDK BAYERN

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
in Bayern

MDK Bayern - 81658 München

Logistikzentrum KV

Techniker Krankenkasse
Fachzentrum Ambulante Leistungen
20905 Hamburg

Tel: 0911 65 068-555
Auftrag-KV@mdk-bayern.de
www.mdk-bayern.de

11. Mai 2020

Sozialmedizinische Stellungnahme

Versicherte/r

[REDACTED]
80796 München/
geb. [REDACTED] Geschlecht: männlich
KV-Nr. F891 [REDACTED]

Ausführender Gutachter: Dr. med. [REDACTED]
Begutachtungsdatum: 11.05.2020
Gutachtenart: Erstbegutachtung
Erledigungsort: MDK
Erledigungsart: Aktenlage
Anlass: Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden
(Verordnender) Arzt:
Frau Dr. med. [REDACTED] München

Diagnose/ICD-10
C49.9 Desmoplastischer Rundzelltumor

Fragestellung der Kasse
Kostenübernahme PET/CT

Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung

Mit ärztlichem Schreiben, Prof. Dr. Ch. [REDACTED] München, wird die Kostenübernahme für eine PET/CT-Untersuchung angefragt. Der Versicherte leidet an einem sog. desmoplastischen small-round-cell-Tumor im Bauchraum, das PET soll der Rezidiv/Metastasensuche dienen nach Chemotherapie.

Es handelt sich um einen extrem seltenen (seit Erstbeschreibung 1989 nur wenige hundert Fälle weltweit), sehr malignen Weichteiltumor mit früher Metastasierungsneigung und ungünstiger Prognose.

Ein PET/CT kann in dieser fast singulären Erkrankung ohne systematische Erforschbarkeit nicht von G-BA positiv bewertet sein, stellt aber nach Chemotherapie praktisch die einzige realistische Möglichkeit dar, verbliebene Tumorreste, die theoretisch im ganzen Körper auftreten können, zu entdecken und ggf. eine erneute Therapie einzuleiten.

Die Kriterien des § 2 Abs. 1a SGB V sind im vorliegend beschriebenen äußerst seltenen, prognostisch sehr ungünstigen Krankheitsfall als erfüllt zu erachten:

Ergebnis

Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt

Versandumfang:

Techniker, Krankenkasse Fachzentrum Ambulante

Alles

Leistungen, 20905 Hamburg

Frau Dr. med. [REDACTED]

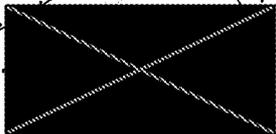
Alles

[REDACTED] München

Freundliche Grüße

Ihr MDK Bayern

Dieses Schreiben wurde in einem automatischen Verfahren erstellt und bedarf nach § 24 Abs. 1 Satz 2 AGO keiner Unterschrift.


An das
Sozialgericht München
Richterstraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 1268/20

München, 28. September 2020.

In einer weiteren Ergänzung zur Klageschrift, bringe ich als Beweismittel den erwartungsgemäß im Routineverfahren erstellten, ablehnenden Bescheid der Beklagten, welcher sich vollinhaltlich auf die beigelegte Meinung des MDK stützt, ein. Dieser war mir am 26. September 2020 zugegangen und ist hier als Anhang B4 beigelegt. Leider steht der inhaltlich relevant Textteil nicht in besserer Qualität zur Verfügung, auch mir wurde der Text bloß in dieser kaum leserlichen Form übermittelt.

Ich greife hier dem zu erwartenden Handeln der Beklagten vor, welche nach aller Wahrscheinlichkeit, gestützt auf die Meinung des MDK versuchen wird zu erreichen, daß mir einstweiliger Rechtsschutz verwehrt wird.

Tatsächlich ist dieses Gutachten aber grob fehlerbehaftet, und zwar sowohl hinsichtlich der medizinischen Fragestellung als auch betreffend der rechtlichen Bewertung der Leistungspflicht. Darauf gehe ich in meiner, hier als Anhang B5 beigelegten, Darstellung gegenüber dem MDK detailliert ein.

Im Zusammenhang mit dem gegenständlichen Antrag bzw. Klage vermute ich, daß die Ausführungen zu (2)(a) sowie eventuell (2)(b) hier von Bedeutung sein könnten für die Frage, ob entgegen der Meinung von Kasse und MDK einstweiliger Rechtsschutz zu gewähren ist. Auf die unstrittige, schwerwiegende Erkrankung, bei welcher unbehandelt das "Risiko schwerer Folgestörungen bis zum Organverlust" besteht (Meinung des MDK, cf. anbei B4, Seite 7) sei an dieser Stelle nochmals hingewiesen.

Anlagen:

- B4: Bescheid der Beklagten vom 24. September 2020
- B5: Stellungnahme des Klägers vom 28. September 2020



Techniker Krankenkasse, 20005 Hamburg

OD 3020 B31155 A004 1EC3

DV 09 0,95 Deutsche Post 



Fachzentrum
Ambulante Leistungen

Tel. 040 - 46 06 62 01 50

Geschäftszeichen


Herrn


München

24. September 2020

EXJADE – leider können wir die Kosten nicht übernehmen

Guten Tag Herr 

vielen Dank für Ihre Unterlagen.

Leider können wir die Kosten für EXJADE nicht übernehmen, da dieses Arzneimittel für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht zugelassen ist. Es wird nur in besonderen Ausnahmefällen auf einem Kassenrezept verordnet. Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass dies unter folgenden Voraussetzungen möglich ist:

- Es besteht eine schwerwiegende Erkrankung, die die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.
- Es gibt keine andere Behandlungstherapie, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann.
- Aufgrund von Forschungsergebnissen wird erwartet, dass die Einnahme des Arzneimittels zu einem Behandlungserfolg führt.

Wir haben die Unterlagen Ihrer Praxis erhalten. Diese haben wir an den Medizinischen Dienst (MD) weitergeleitet. Die Ärztinnen und Ärzte des MD beraten uns bei der Klärung, ob ein Arzneimittel auf einem Kassenrezept verordnet werden kann.

Die Antwort des MD liegt uns nun vor. Dieser hat festgestellt, dass die Voraussetzungen nach der Entscheidung des BSG bei Ihnen leider nicht vorliegen. Das Gutachten stelle ich Ihnen gern zur Verfügung.

Wenn Sie mit dieser Entscheidung nicht einverstanden sind, beachten Sie bitte unseren Hinweis am Ende des Schreibens.

Wir archivieren alle Dokumente elektronisch. Dabei erfüllen wir alle Auflagen, die mit der europäischen eIDAS-Verordnung und dem Vertrauensdienstegesetz verbunden sind. Sie erhalten deshalb einen Ausdruck, den Sie wie das Original verwenden können.

0768433333 - 2364762 - 0121090 X588

KA608029



502677817386

Techniker Krankenkasse, Tel. 040 - 46 06 62 01 50
Telefonservice: Mo. - Do. 8 - 18 Uhr, Fr. 8 - 16 Uhr | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Mariens

39

2 - [REDACTED] 24. September 2020
Geschäftszeichen [REDACTED]

Falls Sie Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir beraten Sie gern.

Freundliche Grüße

Julia Walz

Julia Walz
Kundenberaterin

Hinweis: Sie haben die Möglichkeit, Widerspruch zu erheben. Bitte informieren Sie uns hierüber schriftlich innerhalb 1 Monats, nachdem Sie unseren Brief erhalten haben: per Post an die Techniker Krankenkasse, 20905 Hamburg, oder elektronisch in schriftformersetzender Form (Näheres unter tk.de/widerspruch). Sie können Ihren Widerspruch auch in der Bramfelder Str. 140, 22905 Hamburg oder in jeder anderen Geschäftsstelle aufnehmen lassen. Nähere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter tk.de/datenschutz.

0768433333 - 2364762 - 01211 04588

KA666029



502677817386

Techniker Krankenkasse, Tel. 040 - 46 06 62 01 50
Telefonservice: Mo. - Do. 8 - 18 Uhr, Fr. 8 - 16 Uhr | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens



MDK BAYERN

MDK Bayern - 81656 München

Techniker Krankenkasse
Fachzentrum Ambulante Leistungen
20006 Hamburg

Medizinischer Dienst
der Krankenkassen
in Bayern

Logistikzentrum KV

Tel: 0911 65 066-555
Auftrag: KV@mdk-bayern.de
www.mdk-bayern.de

Digitalisiert von der TK

18. September 2020

Sozialmedizinische Stellungnahme

Versicherter/

Bayern München
Geschlecht: männlich
KV Nr. [redacted]

Ausführender Gutachter: Moschall
Beratungsdatum: 18.09.2020
Gutachtenart: Folgebegutachtung

Erfolgungsort: MDK
Erfolgungsart: Aktenlage

Anlass: Zulassungsüberschreitender Arzneimittelsatz
(Verordnender) Arzt:
Frau Dr. med. Kat [redacted] München

- Diagnose/ICD-10
- C49.9 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet
 - C48.2 Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
 - C49.4 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens

0768433209 - 2364762 - 01210900 388



502677818004



40

Z92.6 Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der
Eigenanamnese
E83.1 Störungen des Eisenstoffwechsels

Fragestellung der Kasse

***Angaben zum Arzneimittel**

Ist das Arzneimittel in der beantragten Anwendungsform indikationsbezogen zugelassen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder durch die European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA)?

Liegt ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vor, nach dem das Arzneimittel Exjade (Deferasirox) in dem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet (Off-Label Use) im Rahmen der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinien (AMR) verordnungsfähig ist?

Angaben zur Erkrankung

Liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor oder droht der Eintritt einer irreversiblen schwerwiegenden Behinderung?

Liegt eine Erkrankung vor, die die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt?

Liegt eine seltene, nicht erforschbare Erkrankung vor?

Angaben zu vertraglichen Alternativen

Welche vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden gibt es in diesem Einzelfall?

Würden alle vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden in diesem Einzelfall durchgeführt?

Kann in diesem Einzelfall auf ein in Deutschland zugelassenes Alternativ-Präparat umgestellt werden?

Sind die vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden im Hinblick auf zu erwartende Nebenwirkungen unzumutbar bzw. ungeeignet? Bestehen eventuell Gegenindikationen oder Unverträglichkeiten?

Digitalisiert von der TK

0768433213 - 2364762 - 0121C 004588



502677818016



Digitisiert von der TK ▲

Angaben zur Zulassung

Ist das Arzneimittel in der beantragten Anwendungsform in einem einzelnen europäischen Land oder außerhalb der Europäischen Union zugelassen?

Ist das Arzneimittel in der beantragten Anwendungsform in einem einzelnen europäischen Land oder außerhalb der Europäischen Union für andere Indikationen zugelassen?

Wenn ja, liegen zuverlässige Daten und Studien vor, die die Unbedenklichkeit und therapeutische Wirksamkeit für diese Indikationen belegen?

Weitere Angaben zur Zulassung

Ist zu erwarten, dass das Arzneimittel in der beantragten Anwendungsform und aufgrund der Datenlage indikationsbezogen arzneimittelbehördlich zugelassen werden kann?

Angaben zum Nutzen

Liegen wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die die Annahme rechtfertigen, dass der voraussichtliche Nutzen die möglichen Risiken der Therapie überwiegen wird?

Gibt es einen Konsens in den einschlägigen medizinischen Fachkreisen über die indikationsbezogene Behandlung mit dem Arzneimittel?

Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf

Besteht durch die Verabreichung des Arzneimittels eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf?





4.1

Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung

Begutachtungsrelevante Unterlagen:

- Begutachtungsaufträge der Krankenkasse vom 21.07.2020 und 10.09.2020
- Schreiben des Versicherten vom 26.08.2020
- Sozialmedizinische Stellungnahme des MDK Bayern vom 29.07.2020
- Adressierter Patient-Entscheidungsfindungsprozess nach Zuckermann für Hämatologie und Onkologie München MVZ vom 16.07.2020
- Verschiedene Facharztbefunde bzgl der onkologischen Grunderkrankung 2017-2020
- Umfangreiche Laborbefunde 2017-2020

Digitalisiert von der TK

Sachverhalt:

Fachärztlicherseits wird die Kostenübernahme einer off-label-Therapie mit Deferasirox bei chronischer, nicht-transfusionsabhängiger Eisenüberladung beantragt. Nach vorliegenden Unterlagen leidet der Versicherte an einer sehr seltenen, multipel vorbehandelten, onkologischen Grunderkrankung. Unter der fortgesetzten Chemotherapie käme es zu einer signifikanten Erhöhung der Transferrinsättigung, eine hereditäre Eisenspeicherkrankheit läge nicht vor. Ein Aderlass sei aufgrund der laufenden/ statischsten Chemotherapie nicht durchführbar, weswegen nun zur Vermeidung oder zumindest Verzögerung sekundärer Organschäden durch die Hämochromatose eine Therapie mit Deferasirox indiziert sei, um Kostenübernahme wird gebeten. In den nachgeschickten Befunden sind teilweise bis zu 10fach erhöhte Eisenwerte nachvollziehbar.

Die Krankenkasse bittet um Begutachtung der o.g. Fragestellung

Sozialmedizinische Stellungnahme:

EXJADE (Wirkstoff Deferasirox) ist in Deutschland zugelassen zur Behandlung

- der chronischen Eisenüberladung auf Grund häufiger Transfusionen bei Patienten mit Beta-Thalassämia major im Alter von 6 Jahren und älter.

- der chronischen, transfusionsbedingten Eisenüberladung, wenn eine Deferoxamin-Therapie bei verschiedenen Patientengruppen kontraindiziert oder unangemessen ist

- der chronischen Eisenüberladung, wenn eine Deferoxamin-Therapie bei Patienten mit nicht-transfusionsabhängigen Thalassämie-Syndromen im Alter von 10 Jahren und älter (Quelle: Fachinfo, Stand 06/2020)

Für die hier vorliegende, nicht-transfusionsabhängige, nicht-thalassämiebedingte/ erworbene, chronische Eisenüberladung liegt keine Zulassung oder bekannte Zulassungsbestrebungen (Recherchedatum EMA-Homepage 18.09.2020) vor. Es handelt sich damit um einen off-label-use. Inwiefern eine Zulassung für Exjade in der hier vorliegenden Indikation in einem anderen (europäischen oder außereuropäischen) Land besteht, kann gutachterlicherseits nicht abschließend recherchiert werden.

0768433222 - 2364762 - 01211 4588



502677818028



Digitalsiert von der TK ▲

Die vom BSG (Urteil vom 19.03.2002, AZ: B1 KR 37/00) geforderten, strengen Kriterien für einen Off-Label-Use zu Lasten der GKV sind im vorliegenden Fall also wie folgt zu beurteilen:

1. Eine schwerwiegende Erkrankung ist anzunehmen, eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität nachvollziehbar. Unbehandelt besteht das Risiko schwerer Folgestörungen bis zum Organverlust. (Kriterium erfüllt)
2. Auch wenn verschiedene Therapien zur Verfügung stehen, die teilweise in der Praxis zur Verfügung stehen, eine fachliche Begründung, dass diese Therapien nicht eingesetzt werden können, liegt nicht vor. (Kriterium nicht erfüllt)
3. Es liegen vereinzelt Publikationen zur Anwendung von Dofetilid bei nicht-transfusionsbedingter Eisenüberladung vor, diese entsprechen jedoch nicht den strengen Kriterien der BSG Rechtsprechung. Der Verweis auf die seltene Erkrankung ist dabei gutachterlich nicht nachvollziehbar, da mit dem antragsgegenständlichen Arzneimittel die Eisenüberladung (keine seltene Erkrankung/ Symptomatik) und nicht die zweifelsfrei seltene, onkologische Grunderkrankung behandelt wird. (Kriterium nicht erfüllt)

Zusammenfassend sind damit die Kriterien der BSG Rechtsprechung nicht kumulativ erfüllt.

Ergebnis
Voraussetzungen im Sinne der Fragestellung nicht erfüllt

Freundliche Grüße
Ihr MDK Bayern

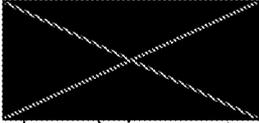
Dieses Schreiben wurde in einem automatisierten Verfahren erstellt und bedarf nach §24, Abs. 1 Satz 2 AGO keiner Unterschrift.

0768433231 - 2364762 - 01210900 588



502677818035

42



An den
MDK Bayern
Haidenauplatz 1
81667 München

München, 28. September 2020

Bezüglich des **MDK-Gutachtens vom 18. September 2020**, welches von der Techniker Krankenkasse infolge eines Antrages auf **Kostenübernahme für Off-Label-Use von Deferasirox** teile ich mit, daß dieses zum einen (a) in grober Weise inhaltlich fehlerbehaftet ist, und um anderen (b) der beauftragten Gutachterin die fachliche Qualifikation zu einer korrekten Bewertung objektiv fehlt. Des Weiteren ist die Verletzung von Amtspflichten nebst klaren Verstößen gegen die Berufserfordernisse anzulasten. Dazu im Einzelnen weiter unten.

(1) Procedere

Nicht zuletzt aufgrund der Dringlichkeit des Therapiebedarfes und unter Wahrung meiner Schadensminderungspflicht hätte ich die Sache **bereits am 17. September 2020 rechtshängig** gemacht (Az. S 12 KR 1268/20) sowie zunächst nur in Hinblick auf die beweisrelevanten Fakten zur Bewertung des **Fristversäumnis durch die GKV**, beim MDK Akteneinsicht begehrt. Im Rahmen dieser Einsichtnahme hatte ich zwar bereits in Erfahrung gebracht, daß der Fall in den Händen einer fachlich zweifelhaft qualifizierten Gutachterin liegt, konnte mich hierzu aber bis dato nicht äußern, um mich nicht dem Vorwurf einer ungebührlichen Einflussnahme auszusetzen.

Es wird den MDK daher wenig überraschen, wenn ich das nunmehr vorliegende Gutachten, welches mir am 26. September 2020 per Schreiben von der TK zugegangen ist, **inhaltlich im laufenden Verfahren gegen die Krankenkasse angreifen** werde.

Die Kasse folgt in Ihrem routinemäßig ablehnenden Bescheid vollinhaltlich dem Gutachten des MDK, dieses ist also **zweifelsfrei kausal** für die unrechtmäßige Ablehnung.

Die nähere Aufklärung der Problematik durch den MDK im Rahmen des **Amtsermittlungsgrundsatzes** wird erwartet.

(2) Materielle Fragen

(2)(a) Inhaltlich fehlerbehaftetes Gutachten

Das Gutachten nimmt auf das Grundsatzurteil des BSG vom 19. März 2002 (Az. B 1 KR 37/00 R) bezug. Hier wurden Kriterien für eine Erstattung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use) durch die gesetzlichen Krankenversicherungen festgelegt.

Summarisch stellen sich diese wie folgt dar:

1. Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung
2. keine andere Therapie verfügbar
3. aufgrund der Datenlage besteht die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg

Ad 1: Diese Frage ist unstrittig und entbehrt hier der Diskussion.

Ad 2: Das Gutachten verweist auf andere Therapieoptionen welche zur Verfügung stünden. Diese Darstellung entspricht aber nicht dem aktuellen medizinischen Stand.

Anhand der mir übermittelten Kopie des Gutachtens ist aufgrund der besonders schlechten Qualität nicht lesbar auf welche Arzneimittel hier im Plural verwiesen wird. Tatsächlich gibt es aber nur drei zugelassene Medikamente zur Eisen-Chelierung, und eines davon (Deferasirox) wurde beantragt; logischerweise können daher nur die beiden verbleibenden, Deferipron und Deferoxamin, gemeint sein.

Zum ersten, Deferipron, ist zu sagen, dieses ist im gegenständlichen Fall **streng kontraindiziert**. Aus der EMA-Zulassungsdokumentation:

Bei Patienten mit bestehender Neutropenie darf eine Behandlung mit Deferipron nicht eingeleitet werden. Das Risiko einer Agranulozytose und Neutropenie ist bei einem Ausgangswert der niedrigen ANZ unter 1,5 G/l größer.

[...] es wurden Fälle von **Agranulozytose mit tödlichem Ausgang** gemeldet

Tatsächlich ist im Antrag klar ersichtlich, daß ein ANZ (=ANC) Ausgangswert von 0,8 G/l besteht. Eine Behandlung mit Deferipron wäre daher ein **grober ärztlicher Fehler**.

Bei Deferoxamin handelt es sich um ein älteres Medikament, welches nicht oral verabreicht werden kann. Diese erfolgt per subkutaner Injektion über mehrere Stunden hinweg an 5-7 Tagen die Woche.

Aufgrund der **Unzumutbarkeit** dieser Verabreichungsform, welche an sich schon problematisch ist aber hier Neutropenie-bedingt noch einmal aus Gründen der Infektionsgefahr erhöht ist, hat in der medizinischen Praxis der Einsatz von Deferasirox die Verwendung von Deferoxamin ersetzt, und zwar international. Das gilt, trotz eines Kostenvorteiles zugunsten Deferoxamin, **auch in streng ökonomisch orientierten Gesundheitssystemen** unterhalb des Leistungsniveaus der gesetzlichen Kassen in Deutschland, wie dem NHS (UK).

Der Verweis auf eine Zulassung in anderen Bereichen ist zu einen unzulässig, als daß für alle drei Arzneimittel keine indikationsspezifische Zulassung entsprechend dem Antrag

vorliegt. Daß eine längere oder kürzere Liste zugelassener Indikationen hier von Relevanz sein soll ist nicht nachvollziehbar.

Zum anderen **entscheidet** über die zugelassenen Indikationen, „jedenfalls bei nicht-generischen Arzneimitteln, **grundsätzlich der pharmazeutische Unternehmer**, und diese werden aus ökonomischen Erwägungen oft so gewählt daß nur solche Indikationen erfaßt sind, innerhalb derer zum einen die gewünschte Preisgestaltung plausibel ist, und zum anderen wo sich in Relation zur Zahl der erwarteten Verschreibungen die Finanzierung der erforderlichen Zulassungsstudien überhaupt lohnt.

In bestimmten Fällen verzichtet der Unternehmer aus solchen Überlegungen sogar bewusst auf die Zulassung zu einer Indikation, auch wenn die Wirksamkeit bereits zweifelsfrei durch Dritte nachgewiesen wurde. Beispielhaft ist die Behandlung der Makuladegeneration mit Bevacizumab anzuführen. Diese entspricht dem medizinischen Standard, dafür ist aber im Gegensatz zu onkologischen Indikationen aber lediglich eine sehr geringe Dosis erforderlich welche einer optimalen unternehmerischen Preisgestaltung, entkoppelt vom Herstellungspreis und orientiert am Nutzwert, nicht entspricht. Die Zulassung wurde in diesem Fall etwa vom NHS per Gerichtsurteil gegen den ausdrücklichen Willen des pharmazeutischen Unternehmers erzwungen.

Ein banaler gutachterlicher Verweis auf eine fehlende Zulassung, wie es hier gemacht wird, ist also eher ein Indiz für ein mangelhaftes Verständnis der Vorgänge als sachgerecht. Die korrekte Bewertung von Off-Label-Use darf die zugrundeliegende Dynamik der Zulassungs nicht ignorieren.

Den **Defiziten des Arzneimittelrechts** trägt auch das BSG in dem hier zwar zitierten, aber gutachterlicherseits wohl niemals gelesenen, Urteil (Az. B 1 KR 37/00 R) ausdrücklich Rechnung:

Der Ausschluss eines Off-Label-Gebrauchs von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt allerdings nicht ausnahmslos.

In der medizinischen Diskussion besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass in bestimmten Versorgungsbereichen und bei einzelnen Krankheitsbildern auf einen die Zulassungsgrenzen überschreitenden Einsatz von Medikamenten nicht völlig verzichtet werden kann, wenn den Patienten eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nicht vorenthalten werden soll. [...] auch für einen Gebrauch außerhalb der zugelassenen Indikation im engeren Sinne wird ein Bedarf gesehen, etwa wenn andernfalls eine ernste, lebensbedrohende Krankheit [...] mangels therapeutischer Alternativen nicht wirksam behandelt werden könnte.

[...]

Die aufgezeigten Defizite des Arzneimittelrechts dürfen nicht dazu führen, dass den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung unverzichtbare und erwiesenermaßen wirksame Therapien vorenthalten bleiben, obwohl die betreffenden Medikamente außerhalb der Krankenversicherung in der nicht zugelassenen Indikation verordnet werden und verordnet werden dürfen. Solange diese Defizite bestehen, kann deshalb die Leistungspflicht

der Krankenkasse für eine die Zulassungsgrenzen überschreitende Anwendung eines Arzneimittels nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

In diesem Zusammenhang ist auch die Seltenheit von rechtlicher Bedeutung, denn ohne systematische Erforschbarkeit und ohne ausreichendes kommerzielles Interesse kann eine Zulassung nach geltendem Arzneimittelrecht nicht erfolgen. Der G-BA selbst schreibt hierzu unter dem Titel "Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (Off-Label-Use)":

Seit 1976 können Arzneimittel in Deutschland nur auf den Markt gebracht werden, wenn sie ein Zulassungsverfahren beim BfArM, beim Paul-Ehrlich-Institut für Sera und Impfstoffe (PEI) oder bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) durchlaufen haben. Auf der Grundlage der vom antragstellenden pharmazeutischen Unternehmen vorgelegten Daten werden dann mit der Zulassung unter anderem die Anwendungsgebiete sowie die Anwendungsart und Dosierung des Arzneimittels festgelegt.

Ein solches Zulassungsverfahren ist aufwändig und kostenintensiv. Daher werden Zulassungen durch die pharmazeutische Industrie **vor allem für solche Arzneimittel** erwirkt, die bei häufig vorkommenden Erkrankungen eingesetzt werden können und dadurch einen **großen Absatzmarkt** erwarten lassen.

Inkorrekt wird im Gutachten die fehlende Seltenheit der Symptomatik bemängelt.

Das ist zunächst eine rechtliche Fehlbewertung, denn Zulassungen erfolgen generell Indikations- und nicht Symptomatik-bezogen.

Auch materiell ist diese Bewertung unzutreffend. Eine korrekte Recherche ergibt, das beantragte Arzneimittel erhielt zunächst im März 2002 Orphan Drug designation, bevor später das normale Zulassungsverfahren beschrieben wurde (siehe EMA, EU/3/02/092). In der Dokumentation dazu wird direkter Bezug auf die Seltenheit genommen:

At the time of designation, chronic iron overload requiring chelation therapy affected approximately 2.7 in 10,000 people in the European Union (EU). This was equivalent to a total of around 103,000 people, and is **below the ceiling for orphan designation**, which is 5 people in 10,000.

Des Weiteren macht es, selbst wenn man nicht die unstrittige extrem seltene Grunderkrankung, sondern bloß deren therapeutisch bedingte Nebenwirkung zur Prüfung der Seltenheit heranzieht, **keinen entscheidungsrelevanten Unterschied**. Denn auch die Komplikation einer Eisenüberladung nach Trofosamid-Chemotherapie und vielleicht sogar nach vergleichbaren Chemotherapie-Protokollen insgesamt darf man ebenso als selten bezeichnen.

Zum einen ist bereits der Einsatz von Trofosamid, wie wohl auch der kontinuierliche Einsatz von Niedrigdosis-Chemotherapie über einen Zeitraum von Jahren insgesamt, an sich nicht häufig. Konkrete Zahlen lassen sich aus einer Studie der Charité ableiten (Reichardt, P., et al. (2002). Oral Trofosamide: An Active and Well-Tolerated Maintenance Therapy for Adult Patients with Advanced Bone and Soft-Tissue Sarcomas. Results of a Retrospective Analysis. *Oncology Research and Treatment*, 25(6), 541-546. doi:10.1159/000068625).

Between 1995 and 2000, 49 patients received trofosamide as maintenance therapy in our institution.

Die Behandlung von Sarkomen erfolgt leitliniengemäß in Deutschland nur in dafür zertifizierten Zentren. Die Datenbank OncoMap der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) weist hierfür aktuell 11 solche Zentren aus, und nur ein Teil davon wird dieses Medikament auch einsetzen. Man kann also aus den Zahlen der Studie extrapolieren, daß der eine Verschreibung von Trofosamid bundesweit eher bei Dutzenden als bei Hunderten von Patienten pro Jahr erfolgt. Bei einer medianen Progressionsfreiheit im Bereich von Monaten ist die Erforschbarkeit therapie-assoziiierter Nebenwirkungen völlig zu verneinen.

Wenn man also das präzise **numerische Prävalenz-Kriterium der Seltenheit** welches sich aus der Definition von Orphan Drugs ableitet akzeptiert, dann ist diese eine schwerwiegende Eisenüberladung als chemotherapeutische Nebenwirkung **zweifelsfrei** als selten zu bewerten.

Die korrekte Betrachtungsweise ist hier also, daß ein Off-Label-Use des beantragten Arzneimittel **nicht nur zulässig ist, sondern dieses auch die einzige, nicht kontraindizierte und angemessen verabreichbare Therapieoption** darstellt.

Ad.3: Sachlich unrichtig und wissenschaftlich unhaltbar ist ebenso die Darstellung im Gutachten, das Kriterium einer begründeten Aussicht auf Erfolg sei nicht erfüllt..

Der BSG befürwortet (Az. B 1 KR 37/00 R./Rz. 25) eine Erstattung in dem Fall, daß

[...] außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse veröffentlicht sind, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels in dem neuen Anwendungsgebiet zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen zulassen und auf Grund deren **in den einschlägigen Fachkreisen Konsens** über einen voraussichtlichen Nutzen in dem vorgenannten Sinne besteht.

Der voraussichtliche Nutzen gilt unter fachkundigen Ärzten, d.h. **Fachärzten der Hämatologie**, als **offenkundig**. Eine diesbezügliche Ausführung im Antrag konnte unterbleiben; da die Annahme zu treffen war, jeder fachkundige Gutachter müsste aufgrund des einfachen Behandlungsprinzips zum selben Schluss kommen.

Der Nutzen kann zudem **auch ohne medizinisches Fachwissen nachvollziehbar** dargelegt werden, und zwar wenn man den Wirkungsmechanismus rein pharmakologisch betrachtet. Denn dieser ist im Vergleich zu anderen Arzneimitteln trivial. Die Chelierung an sich ist ein häufiger, ausgezeichnet erforschter chemischer Prozess mit vielen Anwendungsbereichen. Hier entsteht die Wirkung durch überlegene Bindungsaffinität des Chelators gegenüber Metall-Ionen im Vergleich zu anderen Bindungen, welche diese in ihrer Umgebung (hier: Serum, Gewebe) eingehen. Diese durch Bindung erzeugten Moleküle sind chemisch inert und werden vom Körper auf natürlichem Wege ausgeschieden. Das Prinzip des Chelators kommt daher auch bei verschiedenen Arten der Vergiftung außerhalb einer Eisenüberladung zur Anwendung. Als Beispiel ist auch die Eisenvergiftung genannt, welche in Deutschland

keine Rolle spielt, aber etwa in Entwicklungsländern beim Einsatz ungeeigneter Gefäße zur Lagerung von Lebensmitteln zum Problem wird.

Daher lässt sich ohne daß Zweifel verbleiben argumentieren, daß die Wirkung völlig unabhängig von der medizinischen Indikation, also der Kausalität, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Letztlich verletzt mich das fehlerhafte Gutachten auch in meinen verfassungsmässigen Rechten. Das BVerfG hat nämlich per Beschluss vom 06. Dezember 2005 festgestellt (Leitsatz Az. 1 BvR 347/96), daß hier ein erweiterter Maßstab im Rahmen der Therapiefreiheit anzuwenden ist:

Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Aus welchem Grunde hier eine "nicht ganz entfernt liegende" Aussicht auf Heilung ausgeschlossen sein soll hat das Gutachten nicht ausgeführt. Dieser sehr niedrige Maßstab wird angesichts der Fakten allemal als erfüllt zu sehen sein. Von der "begründeten Aussicht auf Erfolg" wie oben ist dieser Maßstab allenfalls zu unterscheiden.

Ein Eingriff in die Therapieentscheidung, wie es im Gutachten de facto vorgenommen wurde, ist per § 275 SGB V Abs 5 zudem ausdrücklich untersagt:

Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind **nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.**

(2)(b) Mangelnde Gutachterqualifikation

Der hier glaubhaft gemachte Grad gutachterlicher Verfehlung, sowohl in medizinischer Hinsicht wie auch auf Ebene der rechtlichen Bewertung, wirft unmittelbar die Frage auf, wie es zu einer solchen Fehlleistung überhaupt kommen kann. Als Ursache ist zunächst die Person des Gutachters in Betracht zu ziehen.

Aus ausführender Gutachter wird im Schriftstück "Moscatelli" bezeichnet. Es liegt nahe, daß es sich hierbei um die angestellte Ärztin des MDK Bayern, Henriette Moscatelli, handelt.

Die berufliche Qualifikation der Gutachterin war ihrem selbst veröffentlichten Lebenslauf zu entnehmen:

1998–2004	Studium der Humanmedizin, Würzburg
2004–2010	Ausbildung zum Facharzt <u>Transfusionsmedizin</u> , Würzburg
2010–2015	Tätigkeit in der Transfusionsmedizin, Würzburg
01-07/2015	Tätigkeit in der Labormedizin, Würzburg
2016–2020	Ärztliche Gutachterin beim MDK

45

Zum rechtlichen Rahmen muß man zuerst festhalten, daß auch die Tätigkeit als Gutachter beim MDK als ärztliche Berufsausübung zu werten ist; das ergibt sich aus § 1 Abs. 3 der Berufsordnung der Ärzte Bayerns (BO) iVm § 23 Abs. 1 BO eindeutig:

Ärztliche Berufsausübung umfasst nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern jede ärztliche Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse angewendet oder mitverwendet werden.

Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlichrechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

Zunächst fällt hier auf, daß eine fachärztliche Qualifikation im Bereich der Hämatologie-Onkologie, dem Fachgebiet welchem der Antrag zuzuordnen ist, hier nicht nachvollziehbar vorhanden ist. Die Transfusionsmedizin ist zwar ein angrenzendes Fachgebiet, denn Anämie-bedingte Transfusionen sind eine der häufigeren Ursachen für eine Eisenüberladung; im Hinblick auf die Fragestellung spielt dies allerdings keine Rolle. Aus dem Antrag ist eindeutig erkennbar, daß hier keine transfusionsbedingte, sondern eine chemotherapie-assoziierte Hämochromatose gegenständlich ist. Die chemotherapeutische Behandlung ist auch nicht Gegenstand der Weiterbildung zum Facharzt in Transfusionsmedizin; die Nebenwirkungen und ihre Beseitigung können daher durch Moscatelli nicht korrekt bewertet werden.

Dem MDK ist hier also anzulasten, daß er einen nicht im Fachgebiet qualifizierten Gutachter beauftragt hat. Umgekehrt hätte Moscatelli einen fachfremden Auftrag aber auch nicht annehmen dürfen, denn per § 2 Abs. 3 BO:

Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

Die letzte kurative Tätigkeit von Moscatelli liegt scheinbar bereits mehr als fünf Jahre zurück. Daher ist es auch naheliegend zu prüfen, ob die Gutachterin ihrer Weiterbildungspflicht nachgekommen ist. Denn auch außerhalb der kassenärztlichen Tätigkeit besteht in Bayern aufgrund § 4 Abs. 1 BO die Fortbildungspflicht:

Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur **Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse** notwendig ist.

Der Nachweis wird regelmäßig durch ein Fortbildungszertifikat erbracht. Dieses wird erteilt, wenn der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren qualifizierte Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat. Ob dem Arbeitgeber MDK ein solches Fortbildungszertifikat entsprechend der BO vorliegt ist zunächst unklar.

Eine Nachfrage bei der antragstellenden Ärztin zu Fragestellung 2 oben – konkret wird im Gutachten ausgeführt daß eine Begründung für den Einsatz des spezifischen Arzneimittels fehlen würde – hatte Moscatelli trotz konkretem Angebots zur Kontaktaufnahme bei Rückfragen unterlassen, obwohl dies einen klaren Bruch der berufsrechtlichen Verhaltensregeln der § 7 Abs. 3 BO darstellt:

Der Arzt hat im Interesse des Patienten mit anderen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen **zusammenzuarbeiten**. Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, hat er **rechtzeitig andere Ärzte hinzuzuziehen** [...]

Insgesamt ist das Verhalten von Moscatelli nicht mit einer gewissenhaften Ausübung ihres Berufs als Ärztin vereinbar. Die allgemeine Berufspflicht des § 2 Abs. 2 BO sowie das **Gebot der notwendigen Sorgfalt** des § 25 BO ist hier wohl klar verletzt.

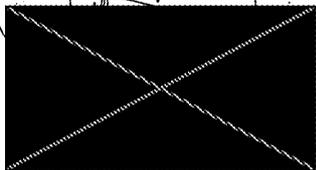
Über die Sorgfaltsverletzung hinaus ist bei Moscatelli auch ein, in Bezug auf die gutachterliche Funktion unangemessenes, **intellektuelles Defizit** zu verorten. Zur korrekten Bewertung von Grenzfragen in der Leistungspflicht – und nur solche sind im Normalfall strittig – ist es notwendig zu verstehen, wie eine korrekte Bewertung auf wissenschaftlicher Basis vorgenommen wird, in welcher Beziehung etwa das Erreichen statistischer Signifikanz und die Zahl verfügbarer Studienpatienten stehen, und insbesondere in welchen Fällen dies aus methodischen Überlegungen ausgeschlossen ist so daß dies nicht als **angemessener Bewertungsmaßstab** in Frage kommt und auch sozialmedizinisch so nicht verlangt wird. Eine solche Befähigung, welche für eine korrekte gutachterliche Tätigkeit aber erforderlich ist, kann man hier gerade nicht erkennen.

(3) Rechtmäßigkeit der Verwaltung

Sofern die Darstellung im Lebenslauf von Moscatelli richtig ist, besteht das Dienstverhältnis seit nunmehr 4 Jahren und 9 Monaten. Daher stellt sich, entsprechend hier anwendbaren Tarifbedingungen MDK-T, demnächst die Frage der Übernahme als **Beamtin auf Lebenszeit**.

Ein Gutachter im hoheitlichen Bereich, welcher seine Aufgaben weisungsfrei und auf Lebenszeit wahrnimmt befindet sich in einer **besonders privilegierten Position**. Ein ärztlicher Gutachter beim MDK urteilt zudem in Fragen welche ihn selbst gar nicht betreffen, denn er unterliegt nicht einer gesetzlichen Versicherungspflicht und ist in der Regel privat krankenversichert. Gutachterliche Fehlbewertungen wie auch die bürokratische Verschleppung können in Fällen schwerwiegender Erkrankung ernste Folgen haben, bis hin zum Tod des Patienten. Dementsprechend sind bezüglich der Eignung besonders hohe Ansprüche, auch **über das normale Maß der allgemeinen Beamtenqualifikation hinaus**, zu stellen.

Die strengen Kriterien des § 11 Abs. 1 Z 2 BBG können hier niemals erfüllt sein und eine Übernahme von Moscatelli als Beamtin auf Lebenszeit entsprechend des § 7 BBG würde das **allgemeine Vertrauen in die Rechtmäßigkeit der Verwaltung** erheblich erschüttern.



An das
Sozialgericht München
Richterstraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 1268/20
sowie S 12 KR 1265/20 ER

München, 13. Oktober 2020.

(1) Fingierter Genehmigungsbescheid

Zunächst ist festzuhalten, daß dem Kläger durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion der Zugang zur Sozialgerichtsbarkeit offen stand und ein Vorverfahren daher nicht abgewartet werden mußte. Die Leistungsklage ist folglich statthaft.

Zum aktuellen Zeitpunkt liegen zwei Bescheide der Beklagten vor. Zum einen der fingierte Genehmigungsbescheid (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az. B 1 KR 25/15 R), welcher per Versäumnis infolge des Antrages vom 16. Juli 2020 mit Ablauf der fünfwöchigen Frist per lege entstanden ist. Dieser wurde durch die Beklagte bislang nicht zurückgenommen.

Schon aufgrund der prozessualen Situation, nämlich daß ein Bewilligungsbescheid schlichtweg nicht vollzogen wird, ist hier ein hoher Grad an Wahrscheinlichkeit für ein Obsiegen des Antragstellers gegeben. Die Sichtweise des BSG hier ist auch ausdrücklich, daß die Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion "nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs" zu bewerten ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az. B 1 KR 25/15 R, RZ 32).

Der Antrag hat hier den Zweck, aufgrund der sehr hohen Arzneimittelkosten, Sachleistung durch die Beklagte zu erzielen. Dem Antragsteller steht es frei, die Leistung entweder als Naturalleistungsanspruch oder im Wege des Kostenersatzes zu realisieren, denn beides wird im vorliegenden Fall als schützwürdig zu betrachten sein (vgl. SG München, Urteil vom 16.06.2016, Az. S 7 KR 409/15).

Die Beklagte vertritt per Schreiben vom 25. September 2020 ihre Sichtweise, sie habe rechtswirksam eine Fristverlängerung bis zum 6. Oktober 2020 erzielt, sie hätte also annähernd drei Monate zur Bearbeitung gehabt statt der vom Gesetz vorgesehenen fünf Wochen. Dies ist zu klar zu verneinen. Eine Fristverlängerung über die fünfwöchige Frist bei Einschaltung des MDK ist zwar in bestimmten Fällen denkbar, dies muß aber hinreichend begründet sein. Genau

das ist hier nicht geschehen. Der wesentliche Textteil, d.h. die "Begründung" der Beklagten, erstellt durch den von der Beklagten alimentierten MDK, sei hier noch einmal wiedergegeben:

Sozialmedizinische Stellungnahme:

Mit den vorliegenden Unterlagen ist eine abschließende Begutachtung der Fragestellung der Krankenkasse auf Basis der aktuellen Rechtsprechung und Gesetzgebung nicht möglich. Bitte Wiedervorlage mit den relevanten Laborparametern im Verlauf sowie Übersicht aller bisher eingesetzten, konkreten medikamentösen (Wirkstoff, Dosierung, Dauer und Kombinationen) und nicht-medikamentösen (Art, Frequenz, Erfolg bitte in Bezug auf Laborwerte) Therapien für die antraggegenständliche und alle weiteren Begleit-/ Grunderkrankungen.

Die Position des Klägers hierzu ist, daß der Antrag auf Kostenübernahme hinsichtlich aller Fragestellungen ab initio vollständig war (vgl. Schreiben des Klägers vom 25. September 2020, Anhang B2). Die relevanten Laborparameter im Verlauf waren bereits angegeben. Daß keine nicht-medikamentösen Therapien stattfinden konnten ist schon im Antrag ausdrücklich erwähnt und begründet. Zu etwaigen anderen medikamentösen Therapien hatte die Beklagte selbst bereits alle Informationen. Diese Frage wurde folglich so beantwortet, daß ein von der Beklagten selbst erstelltes Dokument mit dem Titel "Versicherteninformation Arzneimittel (TK-VIA)" dem MDK vorgelegt wurde. Ein vollständiger Antrag über welchen nach Aktenlage entschieden werden kann gibt keinen Anlaß zur Fristverlängerung.

Es war auch für den Kläger sofort ersichtlich, daß es die "Stellungnahme", aus welcher dann per Einschluß die Begründung zur Aufforderung zur Mitwirkung wurde, lediglich per Copy & Paste und ohne tatsächlichen Bezug zum Antrag erstellt wurde. Es war ab diesem Zeitpunkt klar, daß keine materielle Prüfung des Antrages stattgefunden hatte und die Beklagte nur durch eine vermeintlich sehr hohe Hürde zur Mitwirkung eine erhebliche Fristverlängerung erzielen wollte.

Zusätzlich erschwerend für die Beklagte sind hier drei weitere Fakten:

1. Die Beklagte war grundlos vom wechselseitig vereinbarten Kommunikationsweg zwischen den Parteien, dem empfangsbestätigten digitalen Postfach, abgewichen und der Kläger hatte daher, bei Abwesenheit vom physischen Briefkasten, das Schreiben mit Verzögerung erhalten. Der Kläger konnte auch dieses Mal den elektronische Kommunikationsweg, wie es schon bei der Abwicklung des anderen Antrags bei der Beklagten im Mai 2020 geschehen war, erwarten. Damals wurde übrigens der Bescheid, in diesem Fall bejahend, nach einem Hinweis des Klägers am Tag vor dem Eintritt der Genehmigungsfiktion, erstellt, obwohl die Antwort des MDK bereits mehr als zwei Wochen alt war. Die Beklagte hat an fristgerechten Erledigungen wohl allgemein wenig Interesse.
2. Des weiteren war das Aufforderungsschreiben der Klägerin zunächst unvollständig und daher gar nicht erfüllbar. Im Anschreiben wurde zur Rücksendung anhand eines Weiterleitungsbogens aufgefordert, dieser fehlte dem Schreiben aber (die Beklagte wird das anhand ihrer

elektronischen Dokumentenverwaltung auch jetzt noch nachvollziehen können), am ehesten aus Sorgfaltsmangel, vielleicht auch aus Absicht. Es ist undenkbar, persönliche Gesundheitsinformationen an einen beliebigen Adressaten zu versenden welchen der Kläger vielleicht vermuten konnte aber der im Schreiben der Klägerin nicht näher bezeichnet war. Folglich war die Aufforderung in dieser Form als unerfüllbar zu sehen und der Kläger hat dies der Beklagten sofort nach Kenntnis des Schreibens am 18. August 2020 auch so mitgeteilt, sogar mit einem die Beklagte begünstigenden Hinweis, daß ohne eine erfüllbare Aufforderung wohl die Genehmigungsfiktion eintreten würde. Der Verlauf der Dinge läßt sich also keinesfalls so darstellen, der Kläger habe die Sache verzögert und somit den Eintritt der Genehmigungsfiktion geradezu herbeigeführt, denn gerade das Gegenteil ist beweisbar.

Die Beklagte vertritt offensichtlich auch die Sichtweise, jede beliebige Verlängerung sei rechtmäßig solange bloß ein präzises Datum genannt werde. Das läßt sich weder aus Gesetz noch aus Rechtsprechung ableiten, der Kläger fordert die Beklagte daher hier zu einer Erklärung auf, wie hier eine hinreichend begründete Fristverlängerung bis zu genau diesem Datum gerechtfertigt sein soll.

3. Im Bereich des von der Klägerin beauftragten MDK gibt es deutliche Hinweise auf eine zumindest grob fahrlässige, eventuell sogar vorsätzliche Verletzung der ärztlichen Berufspflichten der dort (noch) beschäftigten Gutachterin Moscatelli. Im Jahresbericht 2019 des MDK Bayern berührt sich diese, auf den Seiten 13f, sie habe die Verwaltungsvorgänge so umgestaltet, daß zunächst gar keine ärztliche Begutachtung stattfindet und die Anträge nur durch Schreibkräfte gesichtet würden. Ohne Einsicht in die Verwaltungspraxis des MDK kann der Kläger nicht abschließend beweisen, daß die unangemessene Aufforderung zur Mitwirkung auf diese Weise entstanden ist, es ist aufgrund der Umstände hier aber eine naheliegende Erklärung. Die betreffenden Seiten hier als Anlage B7.

Wie der Kläger durch Aktenansicht beim MDK mittlerweile in Erfahrung bringen konnte, blieb der Antrag auch tatsächlich materiell unbearbeitet. Es wurden bei der "Erstbegutachtung" keinerlei Feststellungen medizinischer oder rechtlicher Art getroffen, oder auch nur konkrete, offene Fragen aufgezählt. Eine Begutachtung nur per Copy & Paste einer Standardphrase.

Dieser Vorgang ist als nichts anderes zu werten als ein untauglicher Versuch, mit einem bürokratischen Trick, nämlich der sowohl in der Sache unbegründeten sowie auch vom Umfang her unangemessenen Aufforderung zur Mitwirkung, eine der Beklagten nicht zustehende Fristverlängerung zu erreichen.

Als Beweis für diese Charakterisierung kann auch die "Nachbegutachtung" durch den MDK herangezogen werden, welcher keinerlei Feststellungen anhand der angeblich notwendigen Mitwirkung trifft, weder im positiven noch im negativen Sinn.

Da der Kläger selbst eine elektronische Akte mit allen Befunden und Laborparametern führt, war die vollständige Erfüllung ohnehin innerhalb kürzester Zeit ab Kenntnis möglich, wie es vom MDK am 26. August 2020 auch bestätigt wurde. Beim MDK lagen dann 108 Seiten

ausführlicher medizinischer Dokumentation vor. Das darf aber nicht als Anerkenntnis gewertet werden, daß die vorangehende Aufforderung zur Mitwirkung auch berechtigt gewesen wäre, sondern entspricht lediglich einem pragmatischen Umgang mit der Verwaltung.

Die Art der Verwaltungspraxis wie bei der Beklagten wird sozialrechtlich beispielhaft wie folgt bewertet (SG Dortmund, Urteil vom 08.05.2019, Az. S 49 KR 2287/18; in diesem Fall vermeintliche Fristverlängerung per vorsorglich ablehnendem Bescheid, der Trick der Beklagten mit einer nicht hinreichend begründeten Mitwirkungspflicht wird analog zu bewerten sein):

Mit dieser Verwaltungspraxis unterläuft die Beklagte bewusst das gesetzlich bezweckte Ziel der Genehmigungsfiktion, Verwaltungsverfahren im Interesse der Versicherten zu beschleunigen und **nicht hinreichend begründete Verzögerungen** zu sanktionieren. Ferner werden mit diesem Bescheid auch die von Gesetzes wegen vorgesehenen Regularien einer Ablehnung alleine aufgrund fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I umgangen. Eine derartige, nicht nur auf den Einzelfall bezogene, sondern generelle, zielgerichtete Aushöhlung des gesetzgeberischen Willens bzw. eine **bewusste Umgehung der gesetzlich angeordneten Voraussetzungen der Möglichkeit zur Fristverlängerung** nach § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V oder § 66 Abs. 1 und 3 SGB I durch eine gesetzliche Krankenversicherung als Sozialleistungsträger ist mit dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der öffentlichen Verwaltung nach Art. 20 Abs. 3 des Grundgesetzes (GG) unvereinbar. Die Gewährung einer solchen, den eindeutigen Gesetzeswortlaut bzw. die Gesetzessystematik ignorierenden und erklärten Willen des Gesetzgebers bewusst unterlaufenden Verwaltungspraxis ist geeignet, das Vertrauen in die Gesetzmäßigkeit der Verwaltung nachhaltig zu erschüttern und verstößt daher gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden.

Daß der § 13 Abs. 3a SGB V hier Rönalecharakter hat entspricht dem Willen des Gesetzgebers. Das läßt sich den entsprechenden Drucksachen des Bundestages entnehmen, und darauf wird in verschiedenen Urteilen der Sozialgerichtsbarkeit Bezug genommen.

Zusätzlich liegt nunmehr ein zweiter Bescheid vor, nämlich der Ablehnungsbescheid der Beklagten. Aus Sicht des Klägers ist dieser materiell fehlerhaft sowie rechtlich ohnehin unerheblich da die Genehmigungsfiktion bereits eingetreten war und kein Grund für eine rechtmäßige Rücknahme besteht.

Eine Folge des Verhaltens der Beklagten wird übrigens auch sein, daß in Zukunft wohl viele Anträge, statt als ein auf das entscheidungserhebliche beschränkte Dokument, gleich anfangs als undifferenziertes 50-Seiten Fax bei den gesetzlichen Kassen eingehen werden, um einer Verzögerungstrickserei durch "Mitwirkung" von vornherein zu unterbinden.

(2) Materieller Anspruch

Das Schreiben der Beklagten an das SG vom 25. September 2020 hatte der Kläger inhaltlich bereits größtenteils antizipiert, und war bereits im Anhang B5 zum Schreiben an das SG vom 28. September 2020 (die beiden Schriftsätze hatten sich offenbar überschritten) darauf inhaltlich eingegangen.

Insofern braucht an dieser Stelle nur auf jene Aspekte eingegangen werden, welche sich aus dem Schreiben der Beklagten zusätzlich ergeben; in den restlichen Fragen sei daher vollinhaltlich auf den oben genannten Schriftsatz verwiesen.

Ad "Die Frist von fünf Wochen hat sich im zeitlichen Umfang der fehlenden Mitwirkung verlängert", Das hier keine fehlende Mitwirkung besteht, da es sich nur um einen bürokratischen Trick und nicht um eine wirklich begründete Aufforderung handelte, darauf wird bereits oben eingegangen. Selbst wenn man aber ein Mitwirkungserfordernis akzeptiert und dieser Aussage der Beklagten zustimmt, auch dann war die Genehmigungsfiktion zum Zeitpunkt der Klageerhebung bereits eingetreten. Die Fristenläufe in den verschiedenen Mitwirkungs-Szenarien sind bereits in der Klageschrift vom 17. September 2020, als Anhang B1, vergleichsweise gegenübergestellt. Nach jeder der plausiblen Sichtweisen zum Fristenlauf hat die Beklagte aber die gesetzliche Frist versäumt, sie stimmt meiner Position daher durch ihre oben zitierte Aussage zu. Sofern die Beklagte an dieser Sichtweise festhält kann der Rechtsstreit hier auch gleich per Anerkenntnis beendet werden.

Ad "Möglichkeiten einer Vorfinanzierung". Weiter oben geht der Kläger auf die rechtlichen Gründe ein, warum die Leistung auch als Naturalleistung gefordert werden kann. In praktischer Hinsicht weiß die Beklagte ganz genau daß die Arzneimittelkosten hier weit jenseits eines einem gesetzlich Versicherten zumutbaren Betrages liegen, und das erst recht bei der aus dem Antrag klar erkennbaren, sehr erheblichen Einschränkung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Klägers in den vorangehenden Jahren. Diese Aussage kann also nur als purer Zynismus der Beklagten verstanden werden. Dem ist freilich zu entgegnen, daß die Beklagte ohnehin Regress nehmen kann falls sich der Kläger in der Hauptsache nicht durchsetzen sollte. Welcher Partei die initiale Kostenbelastung bis zur Entscheidung eher zuzumuten ist liegt wohl auf der Hand.

Ad "[Alternative] wie Desferal" (Handelsname von Deferoxamin): Das hatte der Kläger antizipiert, und daher bereits im Schreiben vom 25. September 2020 ausführlich begründet warum diese vermeintliche Alternative hier, genau wie die verbleibende medikamentöse Alternative Deferipron, unangemessen ist.

Für jeden in der Fachfrage kompetenten Gutachter müsste es offensichtlich sein, daß es sich bei Deferasirox, dem beantragten Arzneimittel, schlichtweg um die funktional äquivalente Weiterentwicklung zu Deferoxamin durch denselben pharmazeutischen Unternehmer handelt. Anlaß für die Entwicklung war, und darauf nimmt auch die Schrift zur Patentanmeldung ausdrücklich Bezug, daß die Verabreichungsform nunmehr eine Tabletten-dosis am Morgen ist, im Vergleich zur langsamen subkutanen oder intravenösen Gabe über viele Stunden an 5-7 Tagen die Woche beim älteren Arzneimittel aus den 60er Jahren. Die Äquivalenz der Wirksamkeit hat der pharmazeutische Unternehmer in mehreren klinischen Studien im Rahmen des Zulassungsverfahrens bewiesen, und zwar für jene Indikationen zu welchen nach heutigen Standards klinische Studien überhaupt durchführbar sind, und so 2006 erstmalig die EMA-Zulassung erlangt. Deferasirox ist mittlerweile als Originalprodukt in mehr als 70 Ländern verfügbar sowie als Generikum in vielen weiteren.

Man darf Deferasirox daher als klinisch gut etabliert sehen, folglich ist die Anwendung von Deferasirox und nicht Deferoxamin im konkreten Fall auch für jeden kompetenten Facharzt der Hämatologie/Onkologie eine offensichtliche Sache – im Gespräch mit dem Kläger kamen so auch mehrere Ärzte unabhängig voneinander innerhalb kürzester Zeit zu selbigem Schluß. Das Nebenwirkungsprofil und die Verträglichkeit unterscheiden sich zwischen beiden Arzneimitteln in einigen Aspekten, und das Risikoprofil ist etwas anders; Die Entscheidung hierüber sowie über die Angemessenheit der jeweiligen Verabreichungsform wird aber der Verantwortung der behandelnden Ärzte nach medizinischen Kriterien liegen und nicht durch die Verwaltung zu entscheiden sein. Schon gar nicht dürfen solche Therapieentscheidungen die MDK-Ärzte treffen, das schließt bereits die Berufsordnung der Ärzte von vornherein aus.

Wenn die Beklagte hier Kostenkontrolle über Arzneimittelverschreibungen erreichen möchte, dann ist dieser Wunsch nachvollziehbar, aber die verbotene Einflussnahme auf die Therapie via MDK und das Erstellen fehlerhafter Bescheide der falsche Weg. Richtiger wäre es, mit den beiden EMA-Zulassungsinhabern zu Generika von Deferasirox, Mylan und Accord, zu verhandeln und diese zu überzeugen, ihre kostengünstigeren Produkte als Verschreibungsalternative auf dem deutschen Markt einzuführen.

Ad "mit breiterer Zulassung": Die Beklagte versucht hier, das Gericht hinsichtlich der tatsächlichen Situation in die Irre zu führen. Aus der AMWF-Leitlinie zur ärztlichen Behandlung mit diesen Arzneimitteln (AMWF Register-Nr. 025/029), einem mit breitem fachärztlichem Konsens erstellten Dokument zum Stellenwert der verschiedenen Therapieoptionen, wird der Grund für die unterschiedlichen Zulassungen völlig klar:

Die breite, uneingeschränkte Zulassung [von Deferoxamin] beruht in erster Linie auf dem frühen Zulassungszeitpunkt und den damals gültigen Zulassungskriterien.

Ein kompetenter Gutachter hätte den Grund für die unterschiedliche Zulassung bei entsprechender Sorgfalt korrekt erkennen müssen und hätte daher niemals auf eine unangemessene Alternative verwiesen. Nicht einmal die Leitlinien zu lesen ist freilich ein schwerwiegender gutachterlicher Fehler:

Ad "ein Anordnungsgrund ist [nur] dann gegeben, wenn die Gefahr besteht, daß durch die Veränderung eines bestehenden Zustandes [...] Genau diese Situation ist aus dem Antrag in Verbindung mit Fachkenntnis erkennbar. Daß unbehandelt das "Risiko schwerer Folgestörungen bis zum Organverlust" besteht steht so auch im MDK-Gutachten (siehe Anhang B4, Seite 7 beigelegt dem Schreiben des Klägers vom 28. September 2020); welches natürlich auch die Beklagte kennt.

Diesen wesentlichen Inhalt verschweigt die Beklagte dem Gericht in ihrem Schreiben an das SG vom 25. September 2020 allerdings böswillig, um hier durch Täuschung des Gerichts eine einstweilige Verfügung abzuwenden,

Daß der Zustand einer organschädlichen Einlagerung von Eisen bereits eingetreten ist und daher ohne Zeitaufschub medikamentös zu therapieren ist kann anhand der wissenschaftlichen Fachliteratur i.V.m. dem Leistungsantrag glaubhaft gemacht werden. Wie im Antrag ersichtlich, besteht ein Ausgangswert des Serum-Ferritins von circa 2000-2400 ng/mL. Wie der Literatur zu entnehmen ist (etwa Saliba 2017, Anhang B8, relevante Stelle markiert) besteht bereits bei Werten unter 800 ng/mL bereits mit enorm hoher Wahrscheinlichkeit eine klinisch relevante Einlagerung von Eisen in die Leber. Der Schädigungsmechanismus und die pharmakologische Wirksamkeit zur Abwendung dauerhafter Probleme wird im beigelegten Review-Artikel ausführlich beschrieben (Tanaka 2014, Anhang B9, relevante Stellen markiert).

Insbesondere ist hier zu erkennen, daß die Wirksamkeit symptom- und nicht Kausalitätsbezogen ist, also das Gegenteil der Einschätzung zur Wirksamkeit durch MDK-Moscatelli der wissenschaftlich rechtfertigbaren Wahrheit entspricht. Der einfache, chemische Wirkungsmechanismus wird sogar manche naturwissenschaftlich ambitionierte Abiturientin nachvollziehen können.

Daß hier auch ein besonderes Risiko bezüglich des Myocardium (i.e. Herzmuskel) wegen der Vorbehandlung der Grunderkrankung des Klägers besteht, nämlich aufgrund der Kardiotoxizität von Anthrazyklinen – durch Doxorubicin sowie Idarubicin, kumulativ erkennbar an der Grenze der zulässigen Dosis bevor direkte Schäden wahrscheinlich werden – wäre im Leistungsantrag für einen fachkundigen Arzt, jedenfalls einen Onkologen, klar erkennbar gewesen. Das spielt im Zusammenhang mit der Hämochromatose insofern eine Rolle, daß eben auch durch Einlagerung von Eisen eine Belastung dieses Organs verursacht wird, und es im gegenständlichen Fall zur Kumulierung von zwei erheblichen Risikoquellen das Myocardium betreffend kommt.

Der übliche Therapiealgorithmus ist hier als Auszug aus Taher 2013, Abb. 2, beigelegt (Anhang B10). Auch hier kann man erkennen, daß ab einem Serum-Ferritin 800 ng/mL die Therapie ohne Verzug indiziert ist. Zur Wiederholung: Die Werte aus dem Antrag liegen im Bereich 2000-2400 ng/mL und wurden darüber hinaus im Rahmen der "Mitwirkung" für einen langen Zeitraum nachgewiesen.

Ad "eine fachärztliche Begründung [...] liegt nicht vor": Zunächst war hier die Annahme zu treffen, daß die Begutachtung beim MDK durch Fachärzte erfolgt, welche auch tatsächlich über das relevante Fachwissen verfügen. Es kann nicht verlangt werden, daß in jedem Antrag ärztlichen Kollegen die fundamentalen Behandlungsprinzipien des Fachgebiets erklärt werden müssen. Daß die Gutachterin hier hätte selbst recherchieren müssen ist Ausdruck der Sorgfaltspflicht. Zudem ergibt sich aus der Berufsordnung der Ärzte die Pflicht zur Kollegialität; und der Leistungsantrag enthielt die ausdrückliche Einladung zur Kontaktaufnahme bei Fragen:

Die Beklagte möge zu Beweis Zwecken in diesem Rechtsstreit für die Gutachterin das von der Berufsordnung vorgeschriebene Weiterbildungszertifikat von der Ärztekammer vorlegen. Denn der Kläger vermutet, daß nur eine Ärztin nach Verlust ihrer fachliche Eignung durch lange Abwesenheit von jeglicher kurativen Tätigkeit, und ohne ihren Wissensstand auf

dem aktuellen Stand der Medizin zu halten, ein derartig fehlerbehaftetes Gutachten erstellen kann.

Der Kläger und Antragsteller ist also überzeugt, daß also neben der Genehmigungsfiktion auch der materielle Anspruch unabhängig zu bejahen sein wird. Die Beweishürde hierfür im Hauptverfahren zu überwinden sollte für den Kläger aufgrund seines Hintergrundes kein wesentliches Problem darstellen; im mündlichen Verfahren werden Anspruch auf rechtliches Gehör und die Darlegung in einer für das Gericht nachvollziehbaren Form zudem optimaler realisierbar sein.

Die von der Beklagten gewünschte Minderversorgung gesetzlich Versicherter mit Arzneimitteln ist keinesfalls eine akzeptable Situation, eine rechtmäßige Verwaltungspraxis beim MDK muß im Interesse der Allgemeinheit, welche diesem relativ schutzlos ausgeliefert ist, dringend hergestellt werden, und auch die Schadensersatzfrage wird später noch zu klären sein. Daher begehrt der Kläger weiterhin die Feststellung der Leistungspflicht auch anhand der materiellen Fragestellung, selbst wenn auch die Genehmigungsfiktion zu bejahen ist.

(3) Maßnahmen der Selbsthilfe

Der Kläger schätzt seine Erfolgsaussichten in der Hauptsache weiterhin als ausgezeichnet ein. Da aber bereits die lange Verfahrensdauer selbst zum Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz in der Sache unangemessen ist, sind nunmehr Maßnahmen der Selbsthilfe zum Schutz der Interessen des Klägers notwendig geworden.

Diese bestehen im Wesentlichen aus zwei Massnahmen. Zum einen, (a) ein sofortiger Versicherungswechsel in die PKV; parallel (b) die Selbstbeschaffung des beantragten Wirkstoffes auf ökonomisch vertretbare wenn auch rechtlich fragwürdige Weise.

Ad a: Die Möglichkeit zum ersten ergibt sich aus den besonderen persönlichen Umständen des Klägers und mußte nunmehr ohne die ansonsten gebotene, sorgfältige Abwägung von Vor- und Nachteilen – kalkulatorischer Natur sowie betreffend den Leistungsumfang – in die Wege geleitet werden (auch so ein Vorgang braucht nämlich Zeit bis er abgeschlossen ist) damit so ein Problem zumindest in der Zukunft für den Kläger nicht mehr entsteht. Gegeüber einer PKV kann ein Leistungsanspruch bezüglich einer schon vor Vertragsschluss notwendigen Leistung der GKV klarerweise nicht gegeben sein, also ist die Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Pflichten durch die Beklagte für einen gewissen Zeitraum, jedenfalls bis zum vollendetem Vertragswechsel und dem Ablauf etwaiger Wartezeiten bzw. allgemeinvertraglicher Leistungsausschlüsse bei bestehender Erkrankung weiterhin angemessen. Hierbei wird im Streit in einer ungewöhnlichen Konstellation wohl juristisches Neuland betreten werden. Das dauerhafte Verlassen der gesetzlichen Krankenversicherung ist aufgrund des nahezu vollständigen Vertrauensverlustes in die Rechtmäßigkeit der Verwaltung bei der Beklagten wie auch beim MDK klar gerechtfertigt.

Ad b: Zum zweiten Punkt führe ich gerne im Detail aus, welche Pandora-Büchse die Vorsitzende durch ihre in Aussicht gestellte Ablehnung des Antrages auf einstweiligen Rechtsschutz hier öffnet:

Fraglos handelt es sich beim beantragten in Deutschland um ein außerordentlich teures Arzneimittel welches in seinen normalen Beschaffungskosten weit außerhalb der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit nahezu aller Versicherten liegt. Andererseits kann derselbe Wirkstoff aber, wegen der sehr einfachen Synthese in der Herstellung, auch aus Drittländern bezogen werden, und zwar zu Preisen welche zum Beispiel in Indien circa 1/70 des deutschen Arzneimittelpreises entsprechen. Der Unterschied liegt hauptsächlich darin begründet, daß die Gesetzesordnung einiger Ländern trotz großer pharmazeutischer Industrie den Patentschutz auf Arzneimittel generell verneint.

Als Beschaffungsmethode rechtlich zulässig und international gar nicht unüblich – jedenfalls außerhalb westlicher Länder – ist es, diese als Reisender zur eigenen Verwendung mitzuführen und auf diese Weise selbst zu importieren. Dabei gilt als allgemein akzeptierte Mengenbegrenzung jene entsprechend drei Monaten bei der maximalen Dosis welche sich aus der Packungsbeilage ergibt (wie es einer oft visumfreien Reisedauer entspricht); eine Zolldeklaration ist hierbei nicht erforderlich. Aufgrund der Pandemie-Situation kommt dieser Beschaffungsweg aktuell freilich nicht in Frage.

Daher muß auf einen anderen Beschaffungsweg zurückgegriffen werden, und das ist in Pandemiezeiten der Versand. Der Begriff des Inverkehrbringens in den Verbotsnormen des AMG ist weder im Gesetz noch per Rechtsprechung präzise definiert und daher eine Interpretationsfrage. Am ehesten wird damit die Bereitstellung zum Verkauf, im Gegensatz zum eigenen Verbrauch, gemeint sein und das AMG spielt hier keine Rolle. Bei Zollbehörden muß man a priori allerdings eine inkorrekt extensive Interpretation dieses Begriffes, angelehnt an die Definition im EU-Recht zur EUST erwarten, und im besten Fall eine lange Verzögerung des Importvorganges welche den Zweck der Beschaffung vereiteln würde. Die erfolgreiche Beschaffung auf dem Versandweg kann daher nur mithilfe eines Verkäufers erfolgen, welcher mit Zollbehörden bei Problemstellungen entlang der Grenzen des AMG Erfahrung hat. Es dürfte allgemein bekannt sein, daß diese Expertise in sogenannten Dark Net Markets zu finden ist; damit gemeint sind die einseitig anonymen Online-Marktplätze, mit treuhänderisch organisierter Bezahlung per Cryptocurrency, auf welchen – wie allgemein bekannt sein dürfte – nicht nur mit Arzneimitteln sondern auch mit verbotenen Substanzen im Sinne des BtMG nebst anderen Dingen welche eher der kriminellen Welt zuordenbar sind gehandelt wird. Im wesentlichen kann man also hier in Erwägung ziehen seine moralischen Vorbehalte gegen solche Handelspartner zu überwinden und den Wirkstoff Deferasirox auf diese Weise zu beziehen, und zwar aufgrund der Erfahrung der Verkäufer auch mit hinreichender Erfolgsaussicht. Aus Sicht des Klägers würde vermutlich auch nur die Abgabenordnung verletzt, ein Problem welches vermutlich durch rechtfertigenden Notstand, Analogie zur Reisesituation, und dem Erfordernis eines strafrechts-ähnlichen Verfahrens mit Bewertung des subjektiven Unwertsgehaltés, wie es sich aus Art. 6 EMRK ergibt, gelöst werden kann. Im sehr unwahrscheinlichen Fall von Ansprüchen

nach dem PatG durch den pharmazeutischen Unternehmer würde der Kläger sich, nach Erledigung der Hauptsache hier, an der Beklagten schadlos halten.

Die Überprüfung, daß man bei dieser Beschaffungsmethode auch tatsächlich den beabsichtigten Wirkstoff erhält, liegt übrigens im Möglichkeitsbereich des Klägers. Die korrekte Vorgangsweise ist hier der Vergleich per NMR-Spektroskopie mit Referenzen aus der wissenschaftlichen Literatur oder Patentanmeldungen zum Wirkstoff, nicht anders als es auch in der Qualitätskontrolle bei GMP-konformer Arzneimittelfertigung gemacht wird.

Dem Sozialgericht möge also auch bewusst sein, welche Folgen eine gewollte Minderversorgung gesetzlich Versicherter auch auf die Rechtskultur haben kann.

(4) Fazit

Erst wenn die notwendige Arzneimittelversorgung beim Kläger hergestellt ist kann der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz zurückgenommen werden.

Ungachtet der zukünftigen Versorgung verbleibt in der Hauptsache das Feststellungsinteresse aufgrund Schadensersatz; zudem besteht das Erfordernis der Ausschöpfung der Rechtsmittel hinsichtlich der Amtshaftung des MDK. Die Hauptsache bleibt also weiterhin rechtshängig, selbst nachdem dem Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz doch stattgegeben werden sollte.

Anhänge:

B6: Stellungnahme des MDK vom 29. Juli 2020

B7: Jahresbericht 2019 des MDK, Seiten 13f

B8: Saliba 2017

B9: Tanaka 2014

B10: Abb. 2 aus Taher 2013

MDK BAYERN

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
in Bayern

MDK Bayern - 81658 München

Logistikzentrum KV

Techniker Krankenkasse
Fachzentrum Ambulante Leistungen
20905 Hamburg

Tel: 0911 65 068-555
Auftrag-KV@mdk-bayern.de
www.mdk-bayern.de

29. Juli 2020

Sozialmedizinische Stellungnahme

Versicherte/r



geb. [redacted] Geschlecht: männlich

KV-Nr. [redacted]

Ausführender Gutachter: Moscatelli
Begutachtungsdatum: 29.07.2020
Gutachtenart: Erstbegutachtung

Erledigungsort: MDK
Erledigungsart: Aktenlage

Anlass: Zulassungsüberschreitender Arzneimitteleinsatz

(Verordnender) Arzt:

Frau Dr. med. [redacted] München

Diagnose/ICD-10

E83:1 Störungen des Eisenstoffwechsels

Fragestellung der Kasse

"Angaben zum Arzneimittel

Ist das Arzneimittel in der beantragten Anwendungsform indikationsbezogen zugelassen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder durch die European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA)?

Liegt ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vor, nach dem das Arzneimittel Exjade in dem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet (Off-Label-Use) im Rahmen der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinien (AMR) verordnungsfähig ist?

Angaben zur Erkrankung

Liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor oder droht der Eintritt einer irreversiblen schwerwiegenden Behinderung?

Liegt eine Erkrankung vor, die die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt?

Liegt eine seltene, nicht erforschbare Erkrankung vor?

Angaben zu vertraglichen Alternativen

Welche vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden gibt es in diesem Einzelfall?

Wurden alle vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden in diesem Einzelfall durchgeführt?

Kann in diesem Einzelfall auf ein in Deutschland zugelassenes Alternativ-Präparat umgestellt werden?

Sind die vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden im Hinblick auf zu

152

erwartende Nebenwirkungen unzumutbar bzw. ungeeignet? Bestehen eventuell
Gegenindikationen oder Unverträglichkeiten?

Angaben zur Zulassung

Ist das Arzneimittel in der beantragten Anwendungsform in einem einzelnen europäischen
Land oder außerhalb der Europäischen Union zugelassen?

Ist das Arzneimittel in der beantragten Anwendungsform in einem einzelnen europäischen
Land oder außerhalb der Europäischen Union für andere Indikationen zugelassen?

Wenn ja, liegen zuverlässige Daten und Studien vor, die die Unbedenklichkeit und
therapeutische Wirksamkeit für diese Indikationen belegen?

Weitere Angaben zur Zulassung

Ist zu erwarten, dass das Arzneimittel Exjade in der beantragten Anwendungsform
und aufgrund der Datenlage indikationsbezogen arzneimittelbehördlich zugelassen werden
kann?

Angaben zum Nutzen

Liegen wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die die Annahme rechtfertigen, dass der
voraussichtliche Nutzen die möglichen Risiken der Therapie überwiegen wird?

Gibt es einen Konsens in den einschlägigen medizinischen Fachkreisen über die
indikationsbezogene Behandlung mit dem Arzneimittel?

Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf

Besteht durch die Verabreichung des Arzneimittels eine nicht ganz entfernt liegende

Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf?"

Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung

Sachverhalt:

Beantragt wird die Kostenübernahme einer Therapie mit Deferasirox (Exjade) im off-label-use. Nach hämato-onkologischem Attest besteht bei dem Versicherten eine chronische, nicht-transfusionsabhängige Eisenüberladung unklarer Genese, a.e. wird eine therapiébedingte Eisenverarbeitungsstörung angenommen.

Die Krankenkasse bittet um Begutachtung o.g. Fragestellung.

Sozialmedizinische Stellungnahme:

Mit den vorliegenden Unterlagen ist eine abschließende Begutachtung der Fragestellung der Krankenkasse auf Basis der aktuellen Rechtsprechung und Gesetzgebung nicht möglich. Bitte Wiedervorlage mit den relevanten Laborparametern im Verlauf sowie Übersicht aller bisher eingesetzten, konkreten, medikamentösen (Wirkstoff, Dosierung, Dauer und Kombinationen) und nicht-medikamentösen (Art, Frequenz, Erfolg bitte in Bezug auf Laborwerte) Therapien für die antragsgegenständliche und alle weiteren Begleit-/ Grunderkrankungen.

Ergebnis

Weitere Ermittlungen

Freundliche Grüße

Ihr MDK Bayern

Dieses Schreiben wurde in einem automatischen Verfahren erstellt und bedarf nach §24 Abs. 1 Satz 2 AGO keiner Unterschrift.

„Klar sind uns als Nichtmediziner Grenzen gesetzt. Aber in allen Bereichen, in denen wir geschult sind, unterstützen wir die ärztlichen Kollegen.“

Ruth Peter, Medizinische Begutachtungsfachkraft



Aufträge zum Thema obere Grenzverweildauer, OPS-Kodierung oder Komplexbehandlungen. Zusätzlich werden Spezialgebiete wie Beatmungsstunden, Dialysebehandlungen und auch PEPP-Fälle bearbeitet. Für das fachliche Know-how schulen ärztliche Kollegen die MBFK regelmäßig und stehen in einem engen Austausch. Neben den fachlichen Qualifikationen müssen die MBFK eine hohe Lernbereitschaft und Engagement mitbringen. „Das war in der Tat eine Umstellung, noch selbstständiger zu denken und zu handeln“, blickt Ruth Peter, MBFK der ersten Stunde, auf die Anfangszeit zurück. Als KDA hatte sie zuvor überwiegend assistierende Tätigkeiten ausgeführt, jetzt schreibt sie die Gutachten bis zur Unterschriftsreife selbst. Diese Herausforderung hat sie aber gerne angenommen. „Es vereint alles, was ich gerne mache“, sagt sie begeistert und profitiert sowohl von ihrer fünfjährigen Tätigkeit als KDA als auch ihrer 25-jährigen Berufserfahrung als Krankenschwester.

GUTACHTEN PER AKTENLAGE

Auf ihrem Notizzettel notiert sich Ruth Peter die Beatmungsstunden für jeden Behandlungstag. „Der Patient hat eine hochgradige Herzerkrankung, wurde reanimiert, kam auf die Intensivstation, nach Kreislaufstabilisation konnte extubiert werden“, fasst Ruth Peter die Anamnese ihres aktuellen Falls zusammen. Die MBFK nimmt ihre Arbeit auf, um zu sehen, in welchen Zeitfenstern der Patient beatmet wurde. Sie scrollt sich durch viele Seiten der Patientenakte, liest Arztbriefe und

überprüft das Beatmungsprotokoll, bis sie die komplette Behandlung rekonstruiert hat, und summiert anschließend alle Beatmungsstunden. Das Ergebnis überrascht: 48 Stunden – weniger als die Hälfte der abgerechneten Zeit. „Ich gehe davon aus, dass hier durchgezählt wurde, anstatt die tägliche Stundenzahl zu nehmen“, mutmaßt sie. „Das ist in unserem Fall aber nicht möglich, weil der Patient nur nachts stundenweise beatmet wurde, es war keine respiratorisch instabile Situation.“ Damit ist für Ruth Peter der Fall klar: Statt 25.000 Euro hätten nur rund 9.000 Euro abgerechnet werden dürfen, da diese Behandlung eine andere DRG bedingt. Ihre Argumentation formuliert sie ausführlich in dem Gutachten. „Es wurde schon manchmal positiv erwähnt, dass wir uns sehr verständlich ausdrücken, denn die Krankenkassenmitarbeiter haben oft keinen medizinischen Background“, freut sie sich. Gut eine Stunde hat die Bearbeitung dieses Falls gedauert. Ruth Peter schiebt das Gutachten weiter an ihren Supervisor, der den Fall prüft und dann freigibt. „Die Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Gutachtern klappt hervorragend“, lobt sie.

EIGENSTÄNDIG MIT UNTERSTÜTZUNG

Deutlich mehr Aufträge können die Ärztlichen Gutachter und die MBFK bei einer Krankenhausbegehung bewältigen – insbesondere dann, wenn beide Seiten gut vorbereitet sind. Die Vorsortierung, welche Aufträge eine MBFK und welche ein Ärztlicher Gutachter übernimmt, läuft über qualifizierte KDA und MBFK. Seit ein paar Monaten sind die MBFK

alleine zur Einzelfallprüfung in 19 Krankenhäusern unterwegs und haben mittlerweile mehr als 2.300 Prüfungen absolviert. „Durch meine Tätigkeit als KDA kenne ich die Häuser hier in meiner Region und auch die Ansprechpartner“, nennt die MBFK die Vorteile. Natürlich wurden alle Krankenhäuser und Kassen im Vorfeld über die neue Berufsgruppe und deren fachliche Qualifikation aufgeklärt. Der Großteil der Resonanz war positiv, da im allseitigen Interesse steht, die Aufträge zeitnah zu bearbeiten. Wie auch bei der Aktenlage sind die MBFK bei den Begehungen nur in den fachlichen Bereichen unterwegs, für die sie speziell geschult sind. Bei Unsicherheit ziehen sie immer einen Ärztlichen Gutachter zurate. Während die Ärztlichen Gutachter

meist eine KDA als Assistenz bei den Prüfungen vor Ort dabei haben, übernimmt die MBFK alles in Personation. Die Qualitätssicherung läuft auch hier über die Supervision der Ärztlichen Gutachter sowie die interne kontinuierliche Qualitätsprüfung (KQP) des MDK Bayern, bei der Stichproben von anderen Gutachtern geprüft und bewertet werden. Natürlich sind uns als Nichtmediziner Grenzen gesetzt“, gibt Ruth Peter offen zu und begleitet noch regelmäßig als KDA Gutachter, um von ihnen fortlaufend zu lernen. „Wir haben so viele fachspezifische medizinische Themen, die natürlich nur ein Mediziner beantworten kann, aber in allen Bereichen in denen ich mein Wissen einbringen kann, unterstütze ich unsere ärztlichen Kollegen sehr gerne.“

DIE SOZIALMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNGSASSISTENZ IN DER ALLGEMEINEN SOZIALMEDIZIN

Ich bin die teuerste Schreibkraft Deutschlands“, diese Aussage von Henriette Moscatelli, einer Ärztlichen Gutachterin des MDK Bayern, brachte den Stein ins Rollen. Zwei Jahre später unterstützen heute elf neue Mitarbeiter als Sozialmedizinische Begutachtungsassistenten (SBA) das Team des MDK Bayern im Leistungsbereich Arbeitsunfähigkeit (AU). Verantwortlich sind sie für die Sichtung, Vorbereitung und Prüfung eingegangener Aufträge auf Begutachtungsbereitschaft. Sie sorgen u. a. dafür, dass alle notwendigen Unterlagen vorliegen und dokumentieren die vorhandenen Diagnosen, die Angaben zum Arbeitsplatz, den Leistungserbringer sowie die Fragen der Kasse bereits im Gutachten. Somit können

sich die Ärztlichen Gutachter nun komplett auf ihr Kerngeschäft der Begutachtung konzentrieren und müssen nur noch in deutlich reduziertem Umfang Schreib- und Dokumentationsarbeiten vornehmen, die sie bisher oft sehr viel ihrer Zeit kosteten. Im Testlauf waren viele Fälle nicht begutachtungsbereit, d. h. Ärztliche Gutachter hätten sich ohne abschließendes Ergebnis mit diesen Fällen beschäftigt, um zunächst fehlende Befunde oder weitere Informationen nachzufordern. Im ersten Schritt werden die SBAen im MDK Bayern nur im Bereich der AU als Schnittstelle zwischen der Logistik und den Ärztlichen Gutachtern eingesetzt; weitere Bereiche sind aber in Zukunft denkbar.

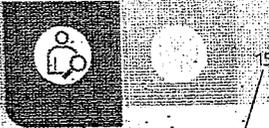
Verena Weddig,
Christina Burkhardt,
Francesca Voll,
Daniela Knorr und
Maren Riekert (v. l.) mit
der Projektleiterin
Henriette Moscatelli,
Ärztliche Gutachterin
(3. v. r.).



„Ich erhalte positives Feedback – sowohl vonseiten der supervidierenden Gutachter, von Kassen- und Klinikseite und nicht zuletzt von meinem Team.“

Sabine Porkert, Teamleiterin MBFK

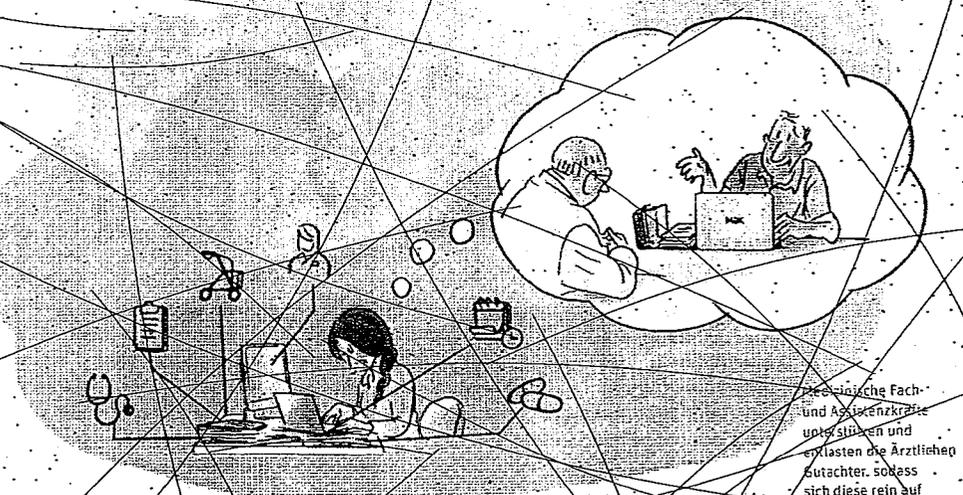




MEDIZINISCHER BACKGROUND

Alle SBAen haben eine medizinische Ausbildung, sie sind z. B. Krankenschwestern, medizinische Fachangestellte, Arzthelferinnen oder Sozialversicherungsfachangestellte. „Wir unterstützen uns im Team gegenseitig und profitieren von unseren unterschiedlichen fachlichen Qualifikationen“, sagt Verena Weddig. „Ein gewisses medizinisches Wissen ist für das Grundverständnis wichtig“, bestätigt ihre Kollegin Maren Riekert. „Wir müssen denken wie ein Ärztlicher Gutachter, um zu wissen, welche Unterlagen nötig sind“, fügt Daniela Knorr hinzu. Herausfordernd war der Start trotz intensiver Einarbeitung und ausführlicher Hospitationen für diese neue Berufsgruppe im September 2019 dennoch, denn die ersten fünf neuen Mitarbeiterinnen kamen alle von extern: „Als Neueinsteiger beim MDK

mussten wir zuerst die Zusammenhänge verstehen. Was fragt die Kasse aus welchen Gründen? Welche Befunde sind nötig?“, gibt Christina Burkhardt einen Einblick. Die spezifischen Fachkenntnisse hat ihnen Henriette Moscatelli vermittelt, die sich besonders über die Motivation und das Engagement der neuen Kolleginnen freut. Abgesehen von der aktenlagigen Begutachtung bereiten die SBAen auch die Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) vor. Aktuell läuft ein Pilot mit der IKK classic in Würzburg. „Durch unsere Vorbereitung wird vermieden, dass Ärztliche Gutachter Fälle erhalten, die sie nicht beurteilen können, weil z. B. relevante Unterlagen fehlen“, erklärt Francesca Voll. „Je besser der Fall im Vorfeld vorbereitet wird, desto mehr Qualität hat das Produkt am Ende“, zeigt Henriette Moscatelli den bedeutenden Vorteil auf.



Medizinische Fach- und Assistenzkräfte unterstützen und entlasten die Ärztlichen Gutachter, sodass sich diese rein auf die medizinische Begutachtung nach Aktenlage und die Sozialmedizinische Fallberatung konzentrieren können.

DIE MEDIZINISCHE BEGUTACHTUNGSFACHKRAFT IN DER ALLGEMEINEN SOZIALMEDIZIN

O 8:00 Uhr im Büro des MDK Bayern: Im Arbeitskorb der Medizinischen Begutachtungsfachkraft (MBFK) warten einige Fälle der Häuslichen Krankenpflege auf Begutachtung. Der erste Auftrag: ein Patient mit chronischer Wunde und Diabetes-Erkrankung. Die Fragestellungen der Kasse lauten in etwa: Wird die Wunde korrekt behandelt? Ist die Diabetes-Behandlung richtig? Stimmen die Medikamente? Die Aufgaben der Medizinischen Begutachtungsfachkraft in der Allgemeinen Sozialmedizin (ASM): Sie wird einen Teil dieses Auftrags eigenständig begutachten und den Rest für einen Ärztlichen Gutachter vorbereiten. So wird es ablaufen ab März 2020, wenn die neue Berufsgruppe im MDK Bayern eingearbeitet ist und ihren Arbeitsalltag aufnimmt. Aktuell laufen die letzten Vorbereitungen.

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

„Weit über 7.000 Gutachterstunden pro Jahr, und über 40.000 „Freigaben“ bei SFB (einer Sozialmedizinischen Fallberatung vor Ort bei Krankenkassen) und aktenlagiger Begutachtung fielen 2019 für den MDK Bayern in der Häuslichen Krankenpflege (HKP) an. Verschiedene Fragestellungen verbergen sich in diesem Bereich, aber der Großteil (mehr als 90 Prozent) betrifft die folgenden vier Aspekte: die Behandlung chronischer Wunden, ursächliche Grunderkrankungen, medikamentöse Versorgung oder Kompressionstherapie.“

Als Medizinische Begutachtungsfachkraft (MBFK) werden erfahrene Gesundheits- und Krankenpfleger mit langjähriger Berufserfahrung und Fachkenntnis im chronischen Wundmanagement arbeiten. Einige von ihnen sind auch im Stoma- und Kontinenzmanagement fortgebildet. Ihr Praxiswissen setzen sie beim MDK Bayern bei der Begutachtung von chronischen Wunden und Kompressionstherapie ein. Diese Kompetenzbereiche verantworten sie eigenständig. Gutachten, die ärztliche Kenntnisse bedingen, wie zum Beispiel die medikamentöse Behandlung, werden von einem Ärztlichen Gutachter bearbeitet.

MBFK: „Die MBFK verantworten die Auftragssichtung aller HKP-Fälle, sowohl aktenlage als auch per SFB. Sie steuern die Aufträge und übernehmen eigenständige Gutachten für klar definierte Fragestellungen; in letzterem Fall agieren sie als Gutachter“, bringt er es auf den Punkt. Diese Bereiche wurden von medizinischen Experten des MDK Bayern im Vorfeld eindeutig festgelegt. „Bei Produkten mit Arztvorbehalt bereiten sie den Auftrag in Rücksprache mit Kassen, den verschiedenen Leistungserbringern und Gutachtern begutachtungsfrei vor.“ Durch dieses ineinandergreifende Zusammenspiel gelingt eine effektive und wirtschaftliche Bearbeitung der Aufträge. Zudem werden die jeweiligen Kompetenzen zielgerichtet eingesetzt.

HAND IN HAND

Im oben genannten Beispiel sieht das erfolgreiche Zusammenspiel zwischen Medizinischer Begutachtungsfachkraft und Ärztlichem Gutachter wie folgt aus: Die MBFK prüft die Behandlung der chronischen Wunde eigenständig. Bei der Medikamentengabe prüft sie, ob alle notwendigen Unterlagen vorhanden sind, und gibt anschließend diesen Teil des Auftrags über die Disposition weiter an einen Ärztlichen Gutachter der Pflege- und Altersmedizin. Dieser prüft die Diabetes-Behandlung und die medikamentöse Versorgung. Damit werden alle Fragen der beauftragenden Krankenkasse im Team vorbereitet, beantwortet und begutachtet. Dr. Wolfgang Meißner, Leiter der Region ASM West, erklärt die Komplexität des Aufgabenbereichs einer

ES KANN LOSGEHEN

Die Einführung der MBFK ASM beginnt in der aktenlagigen Begutachtung im Bereich HKP. In Zukunft sind diese Fachkräfte auch bei der SFB vorgesehen, sowohl bei den Krankenkassen vor Ort als auch per Aktenlage oder über neue Kommunikationswege, z. B. telefonisch. Dies setzt allerdings auch Aufträge in der SFB voraus, ähnlich wie beim Datenträgeraustauschverfahren im Bereich Arbeitsunfähigkeit (DAV AU). „Verschiedene Kassen haben sich bereits positiv geäußert und möchten diese neuen Wege gerne mit uns gehen“, freut sich Dr. Meißner. Die Rahmenbedingungen sind vorbereitet, und die neuen Kollegen können kommen.



„Wir setzen die MBFK ASM im Kernprozess der Begutachtung und an den Schnittstellen ein und erzielen so eine Entlastung der Gutachter.“

Dr. Wolfgang Meißner, Leiter der Region ASM West und Projektleiter MBFK ASM

Although REVERSE-AD included patients requiring emergent procedures, there are no published reports to date of those requiring a heart transplant.³ Heart transplant surgery is a long procedure requiring the use of CPB. It results in widespread activation of the hemostatic system therefore requiring systemic anticoagulation, and poses many challenges, including dilutional coagulopathy, consumption of coagulation factors, fibrinolysis, inflammatory reactions, and platelet and endothelial activation. Many strategies exist to mitigate bleeding, such as administration of concentrated clotting factors. These products have been used off-label to supplement transfusion protocols for bleeding after CPB in adults, however, efficacy data are limited.⁵

In this patient, dabigatran was chosen prior to heart transplant for stroke prevention in NVAF for ease of administration with the knowledge that idarucizumab was available should the patient develop bleeding or a donor heart become available. Althoughandexanet-alpha is currently being evaluated for its use to reverse factor Xa inhibitors, such as apixaban, rivaroxaban, enoxaparin, and edoxaban, for patients with life-threatening bleeding, this agent is not yet commercially available.⁶ Other options for reversal such as 4PCC or activated prothrombin complex concentrate such as factor eight inhibitor bypassing activity, have been studied and have uncertain efficacy when reversing anticoagulation with DOACs.^{7,8} Based on these considerations, dabigatran was chosen for oral anticoagulation in this patient.

Patients with an unpredictable timing of surgery or procedures requiring CPB pose a challenge for those requiring long-term oral anticoagulation, unlike elective procedures that allow time for periprocedural anticoagulation management when holding doses may be sufficient.² In this case, idarucizumab was shown to successfully neutralize dabigatran activity and enable heart transplant on CPB without excess bleeding, blood transfusions, re-operation for bleeding, or for repeat dose of idarucizumab. Despite institutional guidelines addressing emergent use, detailed procedures regarding administration time and laboratory testing for urgent per-operative use were not incorporated. Retrospective review by our inpatient anticoagulation management stewardship service identified a number of areas for improved guidance in this real world case, including timing of administration in relation to surgery, and appropriate lab testing. Detailed administration guidelines and education are needed at the institutional level for optimal use of idarucizumab.

CONFLICT OF INTEREST

There were no sources of funding. The authors have no relevant conflicts of interest.

DISCLOSURES

Dr. Connors is a consultant for St. Jude's Theratec and Bristol Myers Squibb, and has participated in advisory boards for Boehringer Ingelheim Scientific and Bristol Myer Squibb.

Jessica Rimsans¹, Megan Rhoten¹, Katelyn Sylvester¹,
Steve K. Singh², Jean M. Connors³

¹Department of Pharmacy Services, Brigham and Women's Hospital,
Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

²Division of Cardiac Surgery, Brigham and Women's Hospital,
Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

³Division of Hematology, Department of Medicine, Brigham and Women's
Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Correspondence: Jessica Rimsans, PharmD, BCPS, Department of Pharmacy
Services, Brigham and Women's Hospital, 75 Francis Street, Boston, MA
02115, USA. Email: jrimsans@partners.org

REFERENCES

- [1] Chai-Adisaksotha C, Hillis C, Isayama T, et al. Mortality outcomes in patients receiving direct oral anticoagulants: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Thromb Haemost.* 2015;13:2012-2020.
- [2] Levy JH. Discontinuation and management of direct-acting anticoagulants for emergency procedures. *Am J Emerg Med.* 2016;16: S0735-S0757.
- [3] Pollack CV, Bellin PA, Eikelboom J, et al. Idarucizumab for dabigatran reversal. *N Engl J Med.* 2015;373:511-520.
- [4] Vanassche T, Greinacher A, Verhamme P. Reversal of dabigatran by idarucizumab: when and how? *Expert Rev Hematol.* 2016;9:519-528.
- [5] Demeyere R, Gillardin S, Arnout J, et al. Comparison of fresh frozen plasma and prothrombin complex concentrate for the reversal of oral anticoagulants in patients undergoing cardiopulmonary bypass surgery: a randomized study. *Vox Sang.* 2010;99:251-260.
- [6] Connolly SJ, Milling TJ Jr, Eikelboom JW, et al.; ANNEXA-4 Investigators. Andexanet alfa for acute major bleeding associated with factor Xa inhibitors. *N Engl J Med.* 2016;375:1131-1141.
- [7] Ageno W, Buller HR, Falanga A, et al. Managing reversal of direct oral anticoagulants in emergency situations. *Thromb Haemost.* 2016; 116:5.
- [8] Siegal DM. Managing target-specific oral anticoagulant associated bleeding including an update on pharmacological reversal agents. *J Thromb Thrombolysis.* 2015;29:395.

Received: 16 December 2016 | Accepted: 19 December 2016

DOI: 10.1002/ajh.24628

Serum ferritin values between 300 and 800 ng/mL in nontransfusion-dependent thalassemia: A probability curve to guide clinical decision making when MRI is unavailable

To the Editor:

Although patients with nontransfusion-dependent thalassemia (NTDT) are not dependent on frequent transfusions, these patients are at risk of iron overload, predominantly because of increased intestinal iron

TABLE 1 Baseline characteristics of the studied sample with serum ferritin between 300 and 800 ng/mL

LIC	N (%)	Age in years (mean \pm SD)	Sex (% female)	Serum ferritin (ng/mL) (mean \pm SD)	Splenectomy (% splenectomized)
<5 mg/g dw	34 (47.9%)	36.0 \pm 15.5	50%	434	47.1%
\geq 5 mg/g dw	37 (52.1%)	30.9 \pm 12.0	56.8%	562	43.2%
All	71	33.3 \pm 13.9	53.5%	501	45.1%

* $P > .1$.

absorption.¹ With the wide array of serious morbidities resulting from iron overload, the diagnosis, follow-up, and timely management with iron chelation therapy become of significant importance.^{2,3} The assessment of the liver iron concentration (LIC) by magnetic resonance imaging (MRI) remains the recommended means of quantifying iron overload in patients with NTDT to guide iron chelation decisions.⁴ With the high prevalence of NTDT in resource-poor countries, MRI technology may still not be readily available to a significant proportion of patients with NTDT. Serum ferritin a simple and more affordable tool, has a significant positive correlation with LIC from observational studies and may be used in countries where MRI is not available or affordable.⁴ In earlier studies, serum ferritin levels of >800 ng/mL were shown to be associated with clinical morbidity in NTDT and to almost invariably predict an LIC ≥ 5 mg/g dry weight (dw), the level that is associated with iron-related morbidity at which iron chelation therapy is recommended.²⁻⁶ However, in the current study, close to 50% of patients with serum ferritin levels <800 ng/mL also continue to have LIC levels ≥ 5 mg/g dw and thus remain at risk of being denied iron chelation therapy although they need it.⁷ Accordingly, for patients with serum ferritin levels between 300 (upper limit of normal) and 800 ng/mL, it is still recommended that LIC assessment by MRI be used to guide management of chelation therapy and ensure no patients with LIC ≥ 5 mg/g dw are missed.⁷ In this study, we aim at providing the clinician, who lacks access to LIC assessment by MRI, with a tool that could facilitate clinical decision making for this unique group of patients with serum ferritin levels of 300 to 800 ng/mL. To this aim and in a cross-sectional design, we evaluated 71 patients with serum ferritin levels ranging between 300 and 800 ng/mL attending centers in Italy, Lebanon, Oman, and Thailand. Data was collected as part of now completed clinical studies, which were approved by the Institutional Review Board at all four institutions. All patients had signed an informed consent form for participating in the original studies in accordance with the Declaration of Helsinki. Table 1 shows the baseline characteristics of the patients. Their mean age was 33.3 ± 13.9 years (range: 10-71); 53.5% were female and 45.1% were splenectomized. A total of 37 (52.1%) patients in fact had a LIC ≥ 5 mg/g dw. Sixty-one of the patients (85.9%) had one of the molecular variants of β -thalassemia intermedia, three patients (4.2%) had one of the molecular variants of α -thalassemia intermedia, four patients (5.6%) had a molecular diagnosis of Hemoglobin E/ β -thalassemia, and three patients (4.2%) did not carry a definitive molecular diagnosis. We performed logistic regression analysis with LIC ≥ 5 mg/g dw as the dependent variable we estimated

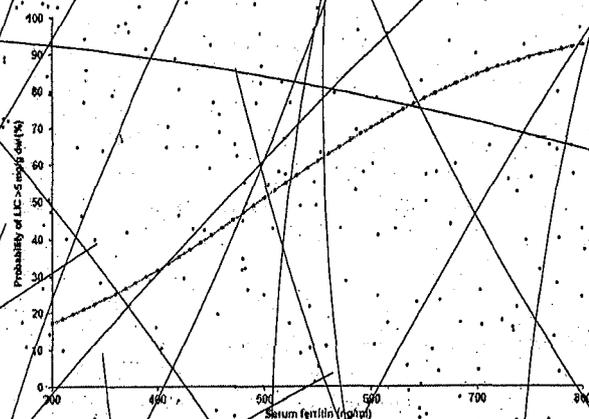


FIGURE 1 Probability curve of LIC ≥ 5 mg/g dw as a function of serum ferritin (ng/mL) when serum ferritin is between 300 and 800 ng/mL in patients with NTDT (LIC: liver iron concentration, dw: dry weight, NTDT: nontransfusion-dependent thalassemia)

a probability curve for serum ferritin levels in predicting an LIC ≥ 5 mg/g dw (Figure 1). The probability of having a LIC ≥ 5 mg/g dw was calculated from serum ferritin using the formula: probability of LIC ≥ 5 mg/g dw = $1 / (1 + e^{-(\text{logistic regression Z-score})})$, the z-score from logistic regression being $(3.62 - 0.002 * \text{serum ferritin})$ and using a Lowess smoothing function. To check the validity of the model, a negative binomial regression model showed a correlation between serum ferritin and LIC with an incidence rate ratio of 1.002 (confidence interval [1.001 - 1.004], with a $P < .001$). In addition, we applied the DeLong method to check if the addition of age, sex, and splenectomy status improved the logistic regression model. There was no statistically significant improvement in the model ($P = .526$). Instead of categorically assuming patients with serum ferritin levels <800 ng/mL are not at morbidity risk and eligible for chelation, while a good majority in fact will be, our probability curve helps assign a percentage chance of still having LIC ≥ 5 mg/g dw for every serum ferritin level between 300 and 800 ng/mL. Based on the probability curve and on other clinical or laboratory factors suggesting an iron overload state, the clinician should be able to make a better informed decision when MRI for assessment of LIC is not available. This curve is applicable to a pool of patients with NTDT with the same admixture of thalassemia syndromes found above; further evaluations in other more specific patient subgroups may be needed.

CONFLICTS OF INTEREST DISCLOSURE

KMM, MDC, and ATT: consultancy fees and research support, Novartis. ANS, GG, SD, and VV: none.

AUTHORSHIP

Study design: ANS, KMM, MDC, ATT. Data preparation: ANS, MDC, SD, VV. Data analysis: KMM, ANS. Analysis review and manuscript preparation: ANS, KMM, MDC, GG, SD, VV, ATT. All authors gave final approval for submission.

ROLE OF THE FUNDING SOURCE

None

Antoine N. Saliba¹, Khaled M. Musallam^{2,3}, Maria D. Cappellini³,
Giovanna Graziadei³, Shahina Daar⁴, Vip Viprakasit⁵, Ali T. Taher²

¹Department of Medicine, Indiana University School of Medicine,
Indianapolis, Indiana, United States

²Department of Internal Medicine, American University of Beirut Medical
Center, Beirut, Lebanon

³Department of Clinical Sciences and Community, University of Milan,
IRCCS Ca' Granda Foundation Maggiore Policlinico Hospital, Milan, Italy

⁴Department of Hematology, College of Medicine & Health Sciences,
Sultan Qaboos University, Oman

⁵Department of Pediatrics & Thalassemia Center, Faculty of Medicine
Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Correspondence

Ali T. Taher, MD, PhD, FRCP, Professor of Medicine, Hematology &
Oncology, Associate Chair - Research, Department of Internal Medicine,
American University of Beirut Medical Center, P.O. Box 11-0236, Beirut
11072020, Lebanon.
Email: ataher@aub.edu.lb

REFERENCES

- [1] Musallam KM, Riyella S, Vichinsky E, Rachinlowitz EA. Non-transfusion-dependent thalassemias. *Haematologica*. 2013;98:833-844.
- [2] Musallam KM, Cappellini MD, Daar S, et al. Serum ferritin level and morbidity risk in transfusion-independent patients with beta-thalassemia intermedia: the ORIENT study. *Haematologica*. 2014;99:e218-e221.
- [3] Musallam KM, Cappellini MD, Wood JC, et al. Elevated liver iron concentration is a marker of increased morbidity in patients with beta thalassemia intermedia. *Haematologica*. 2011;96:1605-1612.
- [4] Taher AT, Vichinsky E, Musallam K, Cappellini MD, Viprakasit V. Guidelines for the Management of Non Transfusion Dependent Thalassemia (NTDT). In: Weatherall D, ed. *Thalassemia International Federation* (c) 2013. Nicosia, Cyprus: Thalassemia International Federation, 2013.
- [5] Taher AT, Porter JB, Viprakasit V, et al. Defining serum ferritin thresholds to predict clinically relevant liver iron concentrations for guiding deferasirox therapy when MRI is unavailable in patients with non-transfusion-dependent thalassemia. *Br J Haematol*. 2015;168:284-290.
- [6] Musallam KM, Cappellini MD, Taher AT. Evaluation of the 5mg/g liver iron concentration threshold and its association with morbidity in patients with beta thalassemia intermedia. *Blood Cells Mol Dis*. 2013;51:35-38.
- [7] Taher AT, Viprakasit V, Musallam KM, Cappellini MD. Treating iron overload in patients with non-transfusion-dependent thalassemia. *Am J Hematol*. 2013;88:409-415.

Clinical Pharmacology of Deferasirox

Chiaki Tanaka

© Springer International Publishing Switzerland 2014

Abstract Iron accumulation is a consequence of regular red cell transfusions, and can occur as a result of ineffective erythropoiesis secondary to increased intestinal iron absorption, in patients with various anemias. Without appropriate treatment, iron overload can lead to increased morbidity and mortality. Deferasirox is an oral iron chelator effective for reduction of body iron in iron-overloaded patients with transfusion-dependent anemias and non-transfusion-dependent thalassemia, with a well-established safety profile. This review summarizes the clinical pharmacokinetics, pharmacodynamics, and drug–drug interaction profile of deferasirox, and the claims supporting once-daily dosing for effective chelation. Sustained labile plasma iron suppression is observed with no rebound between doses, protecting organs from potential tissue damage. Increased iron excretion positively correlates with increased deferasirox exposure; to optimize iron removal transfusional iron intake, body iron burden and safety parameters should also be considered. Deferasirox dispersible tablets should be taken ≥ 30 min before food due to an effect of food on bioavailability. Dosing is consistent across pediatric and adult patients and there is no ethnic sensitivity. Dose adjustment is required for patients with hepatic impairment and may be considered upon coadministration with strong uridine diphosphate glucuronosyltransferase inducers or bile acid sequestrants (coadministration should be avoided where possible), and patients should be monitored upon coadministration with cytochrome P450 (CYP) 3A4/5, CYP2C8, or CYP1A2 substrates. Coadministration with hydroxyurea, a fetal

hemoglobin modulator, does not appear to impact deferasirox pharmacokinetics. In summary, a substantial body of clinical and pharmacokinetic data are available for deferasirox to guide its optimal use in multiple patient populations and clinical circumstances.

Key Points

A substantial body of pharmacokinetic and clinical data are available for the oral iron chelator deferasirox to guide its optimal use in multiple patient populations and clinical circumstances.

Systemic exposure, elimination half-life, and pharmacodynamic data support the administration of a once-daily dose for effective chelation with a well-defined safety profile.

1 Introduction to Iron Chelation

In humans, iron homeostasis involves complex feedback mechanisms in which intestinal iron absorption and the release of iron from macrophages and hepatocytes are balanced with bodily iron requirements, and there is no physiological mechanism for the excretion of iron [1, 2]. As such, several situations may lead to excess iron in the body. In patients requiring multiple red blood cell transfusions, iron accumulates, resulting in chronic iron overload. Transfusion therapy may be required in patients with a variety of anemias, including transfusion-dependent thalassemia (TDT) [3], sickle cell disease (SCD) [4], and

C. Tanaka (✉)
Oncology Clinical Pharmacology, Novartis Pharmaceuticals Corporation, One Health Plaza, East Hanover, NJ 07936, USA
e-mail: chiaki.tanaka@novartis.com

myelodysplastic syndromes (MDS) [5]. Iron is deposited into multiple organ systems, and without appropriate treatment consequences can include multiple organ dysfunction (heart, liver, and endocrine) and failure [1, 2]. Alternatively, in patients with non-transfusion-dependent thalassemia (NTDT), ineffective erythropoiesis leads to reduced hepcidin levels and increased intestinal absorption of iron, which in turn can lead to iron overload [6], with a subsequent increase in morbidity and mortality [7, 8]. Treatment of iron overload in anemic patients involves administration of a chelating agent, which binds iron to form a non-toxic complex that can then be excreted.

Three chelating agents (deferasirox, deferoxamine, and deferiprone) are currently available for the treatment of patients with iron overload. Deferasirox is a once-daily, oral iron chelator effective in the reduction of total body iron following transfusion in patients with TDT, SCD, or MDS, and is the first iron chelator to be approved for use in patients with NTDT and iron overload [9]. The use of deferasirox in the treatment of iron overload is supported by a wealth of clinical data over the short- and long-term, and was approved by the US Food and Drug Administration and the European Medicines Agency for use in TDT patients in 2005/2006, and for NTDT patients ≥ 10 years of age with iron overload in 2013/2012. Following treatment with deferasirox for up to 5 years, reductions in the two key measures of iron overload, serum ferritin [10–16] and liver iron concentration (LIC) [10–14, 17], have been observed in patients across multiple underlying diseases. Among patients with TDT and cardiac iron overload, improvement in myocardial T2* has been observed [18, 19]. Furthermore, treatment with deferasirox leads to decreases in non-transferrin-bound iron (NTBI), and its redox-active component, labile plasma iron (LPI), which is clinically relevant since LPI can generate reactive oxygen species, ultimately culminating in end-organ damage in iron-overloaded patients [20]. Protection against circulating LPI in between doses is also important for deferasirox; this is a limitation of other iron chelators for which LPI fluctuations are observed [21–23].

Deferasirox has a well-defined safety profile that is clinically manageable with regular monitoring in adult and pediatric patients [10–12, 14, 17, 24]. The most common adverse events are transient, mild-to-moderate gastrointestinal disturbances and skin rash. Mild, non-progressive increases in serum creatinine are also observed in some patients, which typically return to baseline on treatment cessation. In a short-term (1-year) model, which assessed the costs and benefits of deferasirox, deferiprone and deferoxamine in thalassemia major and SCD patients, deferasirox was found to be cost effective compared with deferoxamine and potentially cost effective in young children compared with deferiprone [25].

This review aims to provide a comprehensive overview of the clinical pharmacology profile of deferasirox, including discussion of pharmacokinetics and pharmacodynamics, and the clinical impact of this profile on effective iron chelation therapy with a well-defined safety profile. Furthermore, data for particular patient populations are summarized, including pediatric patients, patients with hepatic impairment, and those undergoing hemodialysis, and the implications for dosing recommendations are clarified. Drug–drug and drug–food interaction studies and resulting labeling considerations for co-administration are reviewed.

2. Deferasirox Physicochemical Properties and Formulation

Deferasirox, (4-[3,5-bis-(2-hydroxyphenyl)-[1,2,4]-triazol-1-yl]benzoic acid) is an *N*-substituted bis-hydroxyphenyl-triazole (Fig. 1a) with a molecular mass of 373.4 and a pH of 4.1 in water at between 22 and 25 °C [26]. It is synthesized as a powder with a melting point between 264 and 265 °C [27], insoluble at low pH, but with a solubility of approximately 0.4 mg/mL at a physiological pH of 7.4 (25 °C) [28]. Deferasirox is formulated as a tablet for dispersion, allowing convenient administration for both adult and pediatric patients [29]. The product label recommends that deferasirox is dispersed in water or fruit juice [9, 30].

3. Deferasirox Mechanism of Action

Deferasirox is a non-chiral tridentate (i.e., three polar interaction sites per molecule) ligand for ferric iron; two molecules of deferasirox form a complex with one Fe³⁺ ion (Fe-[deferasirox]₂; Fig. 1b) [26, 31]. It is a specific, highly selective chelator of iron and does not induce excretion of zinc or copper [26, 31].

4. Deferasirox Assay Method

A high-performance liquid chromatography (HPLC) method with ultraviolet detection was first developed to separately determine deferasirox and Fe-[deferasirox]₂ in plasma [32]. Subsequently, an HPLC method with turbo ion spray mass spectrometry detection with a higher throughput and selectivity was developed, which is currently used as a bioanalytical method for deferasirox and Fe-[deferasirox]₂ [33]. The limit of quantification for both methods is 0.670 μmol/L for deferasirox and 0.314 μmol/L for Fe-[deferasirox]₂.

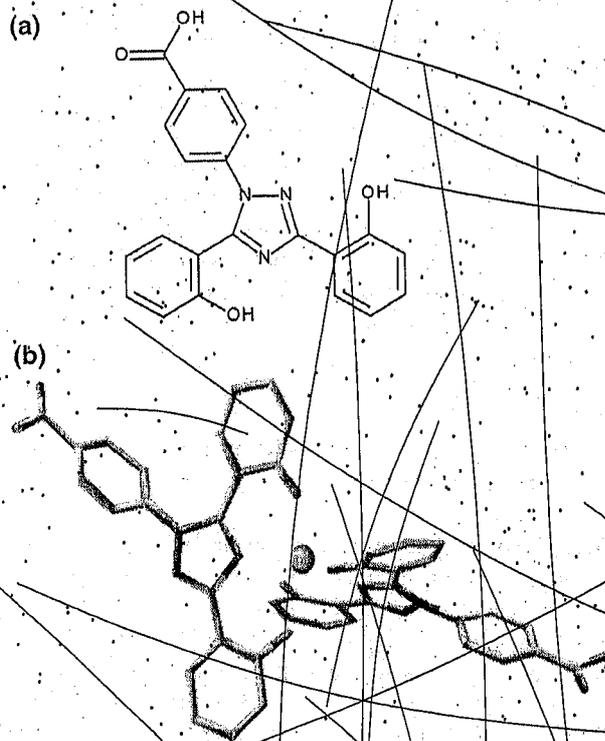


Fig. 1 a Chemical structure of deferasirox and b three-dimensional representation of the Fe -[deferasirox]₂ complex [26, 31]

5 Deferasirox Pharmacokinetic Profile

The pharmacokinetic profile of deferasirox has been evaluated in both healthy volunteers and patients with iron overload, following single dosing and repeated dosing to steady state, which is reached after 3 days of treatment [34]. (Figs. 2, 3). Deferasirox pharmacokinetic parameters in patients with β -thalassemia are shown in Tables 1 and 2. The absorption, distribution, metabolism, and elimination (ADME) profile of deferasirox is summarized in Fig. 4. Plasma concentrations of the iron complex, Fe -[deferasirox]₂, are much lower than deferasirox (about 1/10 to 1/20) and bear little relation to dose [34].

The pharmacokinetic profiles of deferasirox and Fe -[deferasirox]₂ support once-daily oral administration, providing chelation activity over a 24-h period. In general, for iron chelators, a reasonably high systemic exposure and lasting presence in plasma enable efficient protection against the adverse effects of circulating NTBI/LPI [35, 36].

5.1 Absorption and Bioavailability

The absolute oral bioavailability of deferasirox is 70% [90% confidence interval (CI) 62–80] in healthy volunteers [37]. Deferasirox is absorbed rapidly with the

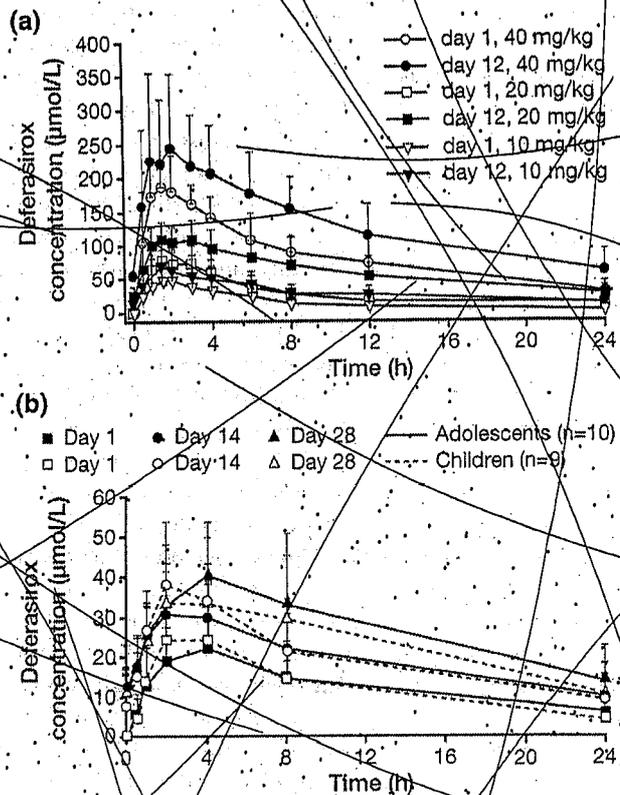
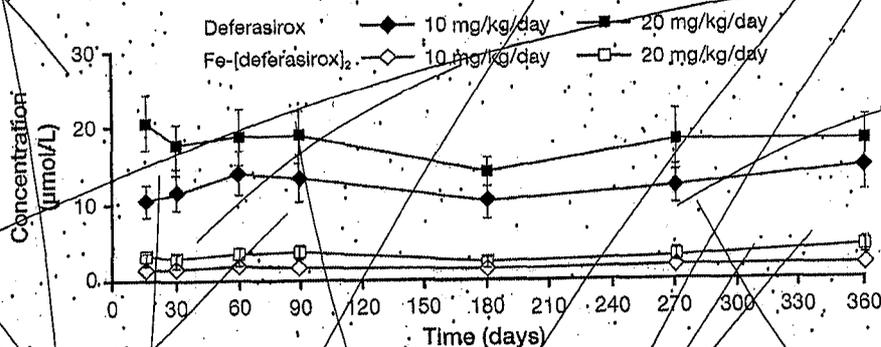


Fig. 2 Mean deferasirox plasma concentrations (\pm standard deviation) in patients with thalassemia and iron overload, a on Day 1 and at steady state (Day 12) following doses of up to 40 mg/kg/day in adult patients [13, 34] (reprinted from Nisbet-Brown et al. [34], © 2003, with permission from Elsevier) and b on Day 1 and at steady state (Days 14 and 28) following doses of 10 mg/kg/day, in patients <18 years of age (obtained from *Hematologica*/the Hematology Journal website (<http://www.hematologica.org>); Galanelli et al. [47])

maximum plasma concentration (C_{max}) reached 1.5–4.0 h post-dose in patients with β -thalassemia [38].

Approximately linear, dose-dependent increases in C_{max} and area under the plasma concentration–time curve (AUC) are observed following administration of a single dose of deferasirox of between 2.5 and 80 mg/kg [38] or repeated administration to steady state of deferasirox up to 40 mg/kg/day (Fig. 2; Tables 1, 2) [13, 34]. Trough concentrations of both deferasirox and Fe -[deferasirox]₂ are detectable in plasma over 1 year of once-daily treatment (Fig. 3) and do not indicate accumulation upon long-term repeated dosing once steady state has been reached [13]. The accumulation ratio of deferasirox, calculated as the ratio of the average AUC between Day 15 and Day 360 to Day 1 AUC, was 1.43 (90% CI 1.19–1.73) (data on file, Novartis Pharmaceuticals). In general, exposure is higher in healthy volunteers, compared with patients with iron overload (data on file, Novartis Pharmaceuticals). The levels of Fe -[deferasirox]₂ are extremely low in healthy

Fig. 3 Mean trough concentrations (\pm standard deviation) of deferasirox and Fe-[deferasirox]₂ for patients with β -thalassaemia over 1 year of once-daily treatment [13] (obtained from *Haematologica*, the Hematology Journal website (<http://www.haematologica.org>); Piga et al. [13])



volunteers, whereas in patients with iron overload, deferasirox effectively binds to iron, thereby reducing systemic exposure to deferasirox.

Studies have shown that the bioavailability of deferasirox dispersed in water is equivalent to that dispersed in orange juice and is unaffected by the degree of dispersion [9, 30], offering potentially more palatable options for administration, particularly among pediatric patients.

Food effect studies have demonstrated that deferasirox bioavailability is influenced by the caloric and fat content of a meal and timing of food intake relative to administration. In healthy volunteers, exposure is highest when deferasirox is administered with a standard breakfast (AUC 1,580 $\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$) compared with 30 min before either a standard (AUC 1,320 $\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$) or high-fat breakfast (AUC 1,340 $\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$), which in turn is higher than under fasted conditions (AUC 1,060 $\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$) [39]. In patients with iron overload, exposure is twofold higher when deferasirox is administered with a high-fat breakfast than in fasted conditions (AUC 892 vs. 458 $\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$) [39]. Overall, provided administration occurs at least 30 min prior to food intake, the content of a meal has only a moderate effect on exposure and these timings are recommended in the product label [9, 30]. Where this is not feasible, deferasirox should be administered consistently at the same time before meals each day to limit variability in exposure [39].

Despite label recommendations, ingestion of a liquid suspension administration on an empty stomach may prove burdensome to some patients. In a palatability study, patients preferred flexible administration options, such as taking deferasirox with breakfast or dinner, and with a soft food of the patient's choice as opposed to a beverage [40]. Although trough concentrations did increase when deferasirox was combined with food and other liquids (indicating higher exposure), there was no increase in the incidence of adverse events compared to the fasting run-in phase of the study. The authors suggested that flexible administration methods may decrease the frequency of gastrointestinal adverse events.

5.2 Distribution and Protein Binding

In vitro studies have demonstrated that deferasirox binds very highly to plasma proteins ($\sim 99\%$), almost exclusively to serum albumin, in line with predominant distribution into plasma [36]. Studies in rats suggest moderate distribution of deferasirox throughout the body, as indicated by concentrations of radiolabeled components in most organs and tissues being similar to or lower than those in blood, apart from organs and tissues involved in excretion processes [41]. In humans, the deferasirox volume of distribution at steady state (V_{ss}) is 14.37 ± 2.69 L, indicating low tissue distribution [37].

5.3 Metabolism and Elimination

Direct and indirect evidence indicates that the main pathway of deferasirox metabolism is via hepatic glucuronidation to metabolites M3 (acyl glucuronide) and M6 (2-O-glucuronide) [42]. Metabolism by cytochrome P450 (CYP) enzymes appears to contribute to a much lesser extent [42]. Excretion is predominantly via the feces (78.5–86.9% over 7 days; 8.3% of dose excreted as metabolites, 60.4% as unchanged deferasirox, 14.4% not recovered from extraction and HPLC, and unidentified traces), with a small amount being excreted in the urine (3.4–11.7% over 7 days; 6.8% of dose excreted as metabolites, 0.5% as unchanged deferasirox) [42]. No metabolites have been known to be linked to toxicity or efficacy. Based on a human ADME study, the AUC of [¹⁴C]-labeled deferasirox accounted for 91% of the radioactivity AUC, which indicates that minimal amounts of metabolites are present in the blood, apart from the iron complex [42]. The 91.5% of deferasirox dose administered is excreted over a period of 7 days post-dose [42]. The elimination half-life ($t_{1/2}$) is between 8 and 16 h [37]. After an intravenous dose, the mean \pm standard deviation (SD) plasma clearance was 3.53 ± 0.87 L/h [37].

Table 1 Deferasirox pharmacokinetic parameters in patients with β -thalassemia following single doses of 2.5–80 mg/kg

Parameter ^a	Single deferasirox dose (mg/kg) (n = 6) [38]					
	2.5	5	10	20	40	80
C_{max} ($\mu\text{mol/L}$)	9.40 \pm 3.66 (39%)	19.25 \pm 5.23 (27%)	32.33 \pm 6.89 (21%)	64.28 \pm 17.20 (27%)	119.35 \pm 27.39 (23%)	240.67 \pm 96.43 (40%)
t_{max} (h)	2.50 (1.00–3.00)	2.00 (1.00–3.00)	1.50 (1.00–2.00)	1.00 (1.00–2.00)	1.50 (1.00–3.00)	3.00 (2.00–6.00)
AUC_{24} ($\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$)	70 \pm 20 (29%)	139 \pm 50 (36%)	200 \pm 53 (27%)	388 \pm 73 (19%)	889 \pm 329 (37%)	2,364 \pm 1,175 (50%)
AUC_{∞} ($\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$)	89 \pm 31 (35%)	166 \pm 56 (34%)	245 \pm 47 (19%)	539 \pm 137 (26%)	1,414 \pm 651 (46%)	2,738 \pm 1,273 (47%)
$t_{1/2}$ (h)	11.87 \pm 9.46 (80%)	11.34 \pm 4.52 (40%)	14.18 \pm 10.65 (75%)	18.48 \pm 6.70 (36%)	19.48 \pm 6.42 (33%)	18.23 \pm 7.56 (42%)
CL_{0-24}/F (L/h/kg)	0.103 \pm 0.029 (28%)	0.106 \pm 0.035 (33%)	0.147 \pm 0.043 (30%)	0.143 \pm 0.029 (21%)	0.135 \pm 0.051 (38%)	0.109 \pm 0.048 (44%)
V_z/F (L/kg)	1.20 \pm 0.76 (63%)	1.45 \pm 0.77 (53%)	2.35 \pm 2.03 (87%)	2.58 \pm 0.38 (15%)	2.34 \pm 0.89 (38%)	2.39 \pm 1.36 (57%)

Reproduced with permission from Galanello et al. [38], © 2003 John Wiley and Sons

AUC_{24} area under the plasma concentration–time curve from time zero to 24 h, AUC_{∞} area under the plasma concentration–time curve from time zero to infinity, CL_{0-24}/F apparent clearance during the first 24 h post-dose, C_{max} maximum plasma concentration, t_{max} time to maximum plasma concentration, $t_{1/2}$ elimination half-life, V_z/F apparent volume of distribution

^a Parameters are given as median and range for t_{max} ; mean \pm standard deviation (% coefficient of variation) for t_{max} , AUC_{24} , AUC_{∞} , $t_{1/2}$, CL_{0-24}/F , and V_z/F .

Table 2 Deferasirox pharmacokinetic parameters in patients with β -thalassemia following dosing to steady state

Parameter	Deferasirox multiple dose (mg/kg/day)													
	Study 105 [13]						Study 107 (data on file, Novartis Pharmaceuticals)							
	Day 180		Day 360				Day 180				Day 360			
	10 (n = 6) ^b	20 (n = 4) ^b	10 (n = 1)	20 (n = 8) ^b	30 (n = 1)	5 (n = 2)	10 (n = 8)	20 (n = 6)	30 (n = 5)	5 (n = 1)	10 (n = 4)	15 (n = 1)	20 (n = 6)	30 (n = 3)
C_{max} ($\mu\text{mol/L}$)	55.0 \pm 44.0	99.0 \pm 32.0	103.0	95.0 \pm 34.0	161.0	25.1 \pm 1.5	50.3 \pm 35.4	156.0 \pm 141.4	164.0 \pm 94.1	3.0	55.4 \pm 30.5	88.5	97.2 \pm 50.4	92.9 \pm 33.2
AUC_{24} ($\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$)	486 \pm 440	1,262 \pm 358	1,210	1,001 \pm 627	1,811	263 \pm 99	610 \pm 528	2,249 \pm 2,706	2,132 \pm 1,506	50.6	691 \pm 300	1,174	1,162 \pm 633	1,154 \pm 422
$t_{1/2}$ (h)	10.9 \pm 6.3	9.8 \pm 1.4	11.6	9.3 \pm 2.3	7.4	8.1 \pm 0.4	14.9 \pm 7.8	15.3 \pm 9.0	10.5 \pm 2.6	NA	14.3 \pm 3.7	10.9	9.9 \pm 3.8	13.1 \pm 3.7

Values are expressed as mean \pm standard deviation

AUC_{24} area under the plasma concentration–time curve from time zero to 24 h, C_{max} maximum plasma concentration, NA not available, $t_{1/2}$ elimination half-life

^a $t_{1/2}$ values are for three patients

^b $t_{1/2}$ values are for four patients

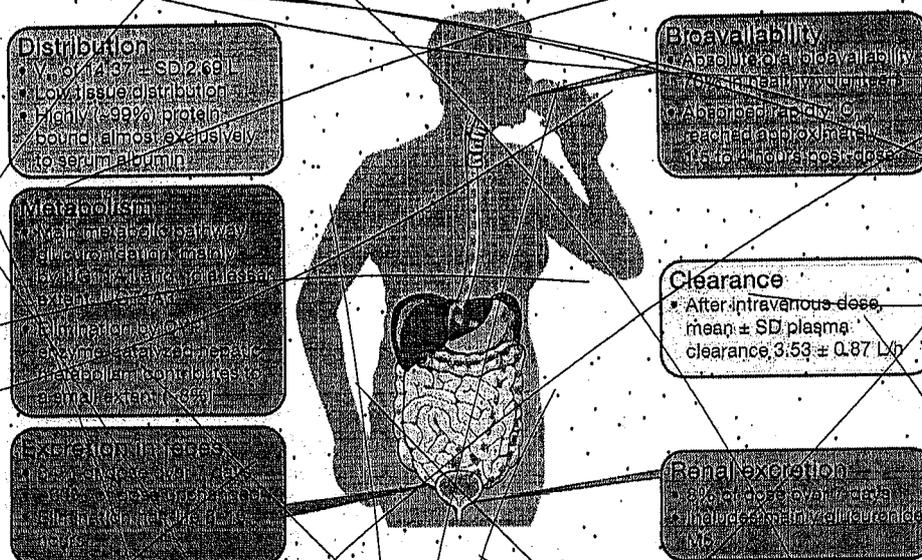


Fig. 4 Overview of absorption, distribution, metabolism, and elimination of deferasirox, which does not necessarily indicate low absorption or direct elimination. Unchanged deferasirox in feces most likely includes (1) a small, unabsorbed fraction of the oral dose; (2) deferasirox eliminated via bile, or secreted via the gut wall, partly due

to first-pass elimination; and (3) the deferasirox glucuronides M3 and M6, which were eliminated via bile and deconjugated in the gut lumen. C_{max} maximum plasma concentration, CYP cytochrome P450, SD standard deviation, UGT uridine diphosphate glucuronosyltransferase, V_{ss} volume of distribution at steady state

6 Deferasirox Pharmacokinetic Parameters in Specific Patient Populations

Many different patient populations will require iron chelation therapy with deferasirox, and thus it is important that pharmacokinetic comparisons are performed in multiple special patient populations in order to determine whether dose adjustment is required. For example, drug pharmacokinetics can vary between children and adults or between patients with different ethnic or regional backgrounds, as a result of differences in physiology and enzyme systems or environmental factors such as diet and clinical practices [43, 44]. Thus, extrapolation of data between these populations can potentially be inappropriate.

6.1 Patient Demographics

A population pharmacokinetic model has been developed using the deferasirox pharmacokinetic profile and trough concentration data from 369 patients with iron overload from across four studies, including an analysis of the effects of several covariates. Both pediatric and adult patients ≤ 50 years of age were included. The analysis revealed that females have a moderately lower (17.5%) clearance of deferasirox than males (data on file, Novartis Pharmaceuticals), though this difference is not clinically significant and does not require dose adjustment. In a study in which healthy volunteers received single doses of deferasirox 20

or 40 mg/kg, no differences in deferasirox exposure were observed between patients who were either black ($n = 147$), white ($n = 34$), or other ethnicity ($n = 1$) [45].

A phase I study was performed in Japanese patients to assess efficacy, safety, and pharmacokinetics/pharmacodynamics of deferasirox (20 or 30 mg/kg/day) in patients with MDS, aplastic anemia, and other anemias [46]. This study demonstrated that deferasirox pharmacokinetic parameters (AUC and C_{max}) were comparable with those observed in Caucasian patients [34, 46]. The mean \pm SD AUC from time zero to 24 h (AUC₂₄) following 20 mg/kg/day ($n = 6$) and 30 mg/kg/day ($n = 7$) multiple dosing was $1,510 \pm 193$ and $3,620 \pm 2,760$ $\mu\text{mol}\cdot\text{h}/\text{L}$, respectively; C_{max} was 119 ± 14 and 224 ± 100 $\mu\text{mol}/\text{L}$, respectively [46]. Furthermore, dose-dependent increases in exposure were observed, with a very similar relationship to that observed in previous studies (Fig. 5).

6.2 Pediatric Patients

In patients with TDT, iron chelation therapy is recommended from 2 to 3 years after the start of regular transfusions [3]; consequently, many patients will require lifelong chelation from a young age. With this in mind, pediatric patients were included in a large number of deferasirox clinical trials in order to assess the efficacy, safety, and pharmacokinetic profile alongside that of adult patients.

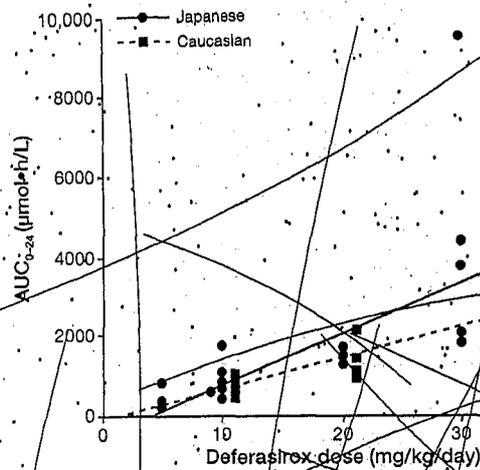


Fig. 5 Relationship between dose and AUC_{0-24} in Japanese and Caucasian patients following multiple deferasirox dosing (Day 14) (with kind permission from Springer Science+Business Media, Miyazawa et al. [46]). AUC_{0-24} area under the plasma concentration-time curve from time zero to 24 h

In a study of deferasirox 10 mg/kg/day among 19 young patients with TDT, C_{max} , AUC_{24} and $t_{1/2}$ were similar between children aged 2 to <12 years ($n = 9$) and adolescents aged between 12 and 17 years ($n = 10$), when assessed after 2 and 4 weeks [47]. When data were compared with adult pharmacokinetic parameters from previous clinical trials (data on file, Novartis Pharmaceuticals), steady-state exposure to both deferasirox and Fe-[deferasirox]₂ was approximately 20–30 % lower in pediatric patients. Trough plasma concentrations of deferasirox and Fe-[deferasirox]₂ showed no accumulation after multiple dosing during 48 weeks of treatment once steady state had been reached [47].

Despite differences in exposure, safety and efficacy parameters in pediatric patients appeared to be similar to those observed in adult patients. Therefore, the recommended starting dose and dosing modification guidelines are the same for children and adults [9]. It is possible that higher doses may be required in pediatric patients than in adult patients as a result of lower exposure; however, the initial dose should be the same, followed by close monitoring and dose titration as appropriate. In addition, rapid weight change in pediatric patients should be considered when adjusting dose [48].

6.3 Patients with Hepatic Impairment

Accumulation of iron in the liver ultimately leads to impairment of liver function and end-organ damage, which may affect the pharmacokinetics of deferasirox in these patients [49]. Furthermore, infection with hepatitis C virus

(which frequently occurs in transfused patients in some parts of the world) may also lead to hepatic impairment in patients who require chelation therapy [50].

An open-label, single-dose, parallel-group study was performed to compare the pharmacokinetics of deferasirox between patients with impaired hepatic function and healthy volunteers with normal hepatic function, following a 20 mg/kg dose. Deferasirox C_{max} increased by 22 % in patients with either mild or moderate hepatic impairment, compared with volunteers with normal hepatic function (data on file, Novartis Pharmaceuticals). Furthermore, AUC increased by 16 and 76 % in patients with mild and moderate hepatic impairment, respectively [9, 30]. These results demonstrate a clear relationship between the presence of hepatic impairment and deferasirox pharmacokinetic parameters. Importantly, the $t_{1/2}$ did not differ between patients with impairment and healthy volunteers, and thus excessive accumulation of deferasirox at steady state is not anticipated in patients with hepatic impairment upon multiple dosing (data on file, Novartis Pharmaceuticals). The extent of deferasirox binding to plasma proteins decreased slightly with increasing hepatic impairment; however, it was extremely high in all groups (≥ 99.5 %). The increase in deferasirox unbound fraction in subjects with hepatic impairment may, in part, explain little or no impact of hepatic impairment on the observed deferasirox $t_{1/2}$ and C_{max} despite the anticipated lower intrinsic clearance. The deferasirox label recommends that the starting dose in patients with moderate (Child-Pugh B) hepatic impairment is reduced by 50 %, and dose should then be titrated according to safety and efficacy parameters as for all other patients. Use in patients with severe (Child-Pugh C) hepatic impairment should be avoided [9, 30].

6.4 Patients Undergoing Hemodialysis

Anemia is common among patients with chronic kidney disease (particularly those requiring hemodialysis) and intravenous iron is widely administered, potentially resulting in iron overload [51]. Deferasirox doses of 10 and 20 mg/kg were evaluated in eight such patients, who were undergoing hemodialysis [52]. Unexpectedly, exposure following the 15 mg/kg dose was substantially higher than has been previously observed for non-hemodialysis patients, and nearly tenfold higher than for the 10 mg/kg dose (pre-dialysis AUC at steady state 2,819 vs. 207 $\mu\text{mol}\cdot\text{h/L}$, respectively). This suggests that uremia may reduce fecal excretion or enhance intestinal reabsorption of deferasirox. Of note, no unexpected adverse events were observed. The authors noted that further research into clinical outcomes for hemodialysis patients receiving deferasirox is required [52].

Table 3 Pharmacokinetic effects of interactions between deferasirox and other pharmaceutical agents in humans

Study drugs	Study design	Clinical significance of potential interaction	Results	Conclusions and clinical significance	References
Deferasirox (20 mg/kg single dose Day 8) Digoxin (0.5 mg Day 1 and 0.25 mg Day 2-8)	Open-label Randomized Two-period Crossover 16 healthy male volunteers	Coadministration of deferasirox and cardiac glycosides likely in clinical practice as a result of cardiac dysfunction in patients with iron overload	Deferasirox single dose has no effect on steady-state digoxin AUC or C _{max} Deferasirox plasma concentrations comparable with historical values	No dose adjustment required Deferasirox does not alter pharmacokinetics of compounds transported by P-glycoprotein and some organic anion transporting polypeptides May indicate that digoxin exposure does not alter deferasirox pharmacokinetics; therefore, no dose adjustment required	[53]
Deferasirox (30 mg/kg/day Days 1-5) Midazolam (5 mg Day 1 and Day 5)	Open-label Single sequence Crossover 22 healthy male and female volunteers	Potential for coadministration of deferasirox with drugs metabolized via CYP3A4 (e.g., cyclosporin, simvastatin, hormonal contraceptive agents)	Presence of deferasirox led to small, significant reductions in midazolam AUC (17%) and C _{max} (23%)	Suggests induction of CYP3A4/5 by deferasirox Although effect was small, may be more pronounced in clinical setting. Therefore, caution should be exercised when deferasirox is combined with substances metabolized by CYP3A4	[33]
Deferasirox (30 mg/kg/day Days 1-3) or placebo (Days 1-3) Repaglinide (0.5 mg Day 4)	Open-label Randomized Two-way Crossover Placebo-controlled 24 healthy male volunteers	Potential for coadministration of deferasirox with drugs metabolized by CYP2C8 (e.g., repaglinide and paclitaxel)	Presence of deferasirox led to significant increases (>2-fold) in repaglinide AUC and C _{max} and increased t _{1/2} with slight but statistically significant lowering of glucose	Suggests moderate inhibition of CYP2C8 by deferasirox If coadministered, carefully monitor glucose levels Interaction between deferasirox and other drugs metabolized by CYP2C8 cannot be excluded	[33]
Deferasirox (30 mg/kg/day Days 3-7) Theophylline (120 mg single dose Day 7)	Open-label One sequence Crossover 18 healthy male and female volunteers	Potential for coadministration of deferasirox with CYP1A2 substrates (e.g., alosetron, caffeine, duloxetine, melatonin, ramelteon, tacrine, theophylline, tiagabine) Increased theophylline exposure may lead to central nervous system-related or other adverse events	Presence of deferasirox led to 84% increase in theophylline AUC, with no effect on C _{max}	Indicates weak inhibition of CYP1A2 Concomitant use of deferasirox with theophylline or other CYP1A2 substrates with narrow therapeutic index not advised If coadministration does occur, theophylline concentrations should be closely monitored and dose modified	Data on file, Novartis Pharmaceuticals

Table 3 continued

Study drugs	Study design	Clinical significance of potential interaction	Results	Conclusions and clinical significance	References
Rifampicin (600 mg Day 5) Deferasirox (30 mg/kg Day 1 and Day 13)	Open-label One sequence Crossover 20 healthy male volunteers	Potential for coadministration of deferasirox with strong UGT isoenzyme inducers such as rifampicin (rifampin), or agents such as barbiturates, carbamazepine, phenytoin, efavirenz, nevirapine, ritonavir, and rifabutin	Presence of rifampicin led to significant reduction (45 %) in deferasirox AUC and decreased $t_{1/2}$ from 9 to 6 h, indicating increased clearance	Given relatively large contribution of glucuronidation to deferasirox clearance, induction of this pathway likely largest contributor to decrease in exposure Magnitude of decrease clinically significant Consider possible deferasirox dose increase based on clinical response when coadministered with strong UGT isoenzyme inducers	[63]
Deferasirox (30 mg/kg Days 1 and 13) Cholestyramine (24 g in 2 doses, 4 and 10 h after deferasirox Day 13)	Open-label Two-way Crossover 22 healthy male/female volunteers	Potential for coadministration of deferasirox with bile acid sequestrants (e.g., cholestyramine, colestevlam, colestipol)	Presence of cholestyramine resulted in 45 % decrease in AUC and reduced $t_{1/2}$ from 8.9 to 4.5 h	Attributed to cholestyramine binding of conjugated deferasirox excreted into the gastrointestinal tract via biliary excretion, reducing reabsorption Concomitant use of deferasirox with bile acid sequestrants not recommended If coadministration does occur, consider increasing initial deferasirox dose	Data on file, Novartis Pharmaceuticals
Deferasirox (20 mg/kg/day) Hydroxyurea (hydroxyurea exposure was not systematically collected)	Prospective phase II study in 203 male/female SCD patients with iron overload, 28 of whom received concomitant hydroxyurea	Use of hydroxyurea to treat SCD alongside supportive transfusion and iron chelation therapy is increasing	Plasma concentrations of deferasirox and its iron complex were similar in patients with and without hydroxyurea, and were consistent with previously published data	No dose adjustment required	[62]
Busulfan Deferasirox	Single transfusion-dependent patient with MDS	Patients receiving HSCT may receive both busulfan and deferasirox	In a single patient, coadministration of busulfan and deferasirox may have resulted in supratherapeutic busulfan concentrations Concentrations were elevated upon concomitant use, and reduced when deferasirox was interrupted	No clinical recommendations required; as this is a single case and known pharmacokinetic properties and/or metabolism pathways do not indicate potential interaction	[63]

AUC area under the plasma concentration-time curve, C_{max} maximum plasma concentration, CYP cytochrome P450, HSCT hematopoietic stem cell transplantation, MDS myelodysplastic syndromes, SCD sickle cell disease, $t_{1/2}$ elimination half-life, UGT uridine diphosphate glucuronosyltransferase

7. Deferasirox Drug-Drug Interactions

An *in vitro* study and a number of studies in healthy volunteers have investigated the pharmacokinetic effects of interactions between deferasirox and other pharmaceutical agents, revealing an effect on a number of transporters (Table 3) [33, 53]. These interactions may have wide-reaching implications for the coadministration of deferasirox with other therapeutic agents.

One particular *in vitro* study investigated protein displacement by deferasirox using diazepam and warfarin as markers for the two main binding sites of anionic drugs on human serum albumin (Sudlow's site II and I, respectively). In competitive binding experiments using human plasma, displacement of both diazepam and warfarin was observed at high concentrations of deferasirox; at 100 µg/mL (268 µmol/L) the unbound fractions of diazepam and warfarin were 3.5 and 1.5 %, respectively, compared with 2.3 and 1.2 % in the absence of deferasirox [36]. However, there is broad agreement that the clinical effect of protein displacement is minimal and limited to a change in the total plasma concentration of the displaced drug with an unchanged, or only temporarily changed, exposure to unbound drug and no requirement for dose adjustment [54–56]. Given that deferasirox does not have a narrow therapeutic index, it is expected that drug displacement by deferasirox is clinically insignificant [36].

In addition, human studies have been performed to examine the influence of deferasirox on the exposure of other agents. A lack of interaction with digoxin suggests that deferasirox does not alter the pharmacokinetics of compounds transported by P-glycoprotein [53]. Conversely, interactions between deferasirox and midazolam indicate modest induction of CYP3A4/5 by deferasirox [33] and the label recommends close patient monitoring for indications of reduced efficacy upon coadministration with any drug metabolized by this enzyme [9]. Interactions between deferasirox and repaglinide indicate moderate inhibition of CYP2C8 by deferasirox [33], and patients should be closely monitored for signs of toxicity when the chelator is coadministered with CYP2C8 substrates. Indeed, should coadministration of repaglinide and deferasirox be necessary, clinicians should consider decreasing the repaglinide dose and perform careful monitoring of blood glucose levels [9]. Finally, as interactions between deferasirox and theophylline suggest weak inhibition of CYP1A2 by deferasirox (data on file, Novartis Pharmaceuticals), coadministration with CYP1A2 substrates with a narrow therapeutic index is not advised, and if this is required patients should be closely monitored [9]. Specifically, monitoring of theophylline concentration and possible theophylline dose reduction should be considered to ensure optimal efficacy when administered concomitantly

with deferasirox. In addition, as there may be potential for some interaction with the anticoagulant warfarin since this drug is metabolized by CYP3A4 and CYP1A2 [57], clinicians may wish to consider spacing the timing of administration of the two drugs.

Studies have also identified interactions that may affect the pharmacokinetics of deferasirox itself. As deferasirox is a substrate of uridine diphosphate glucuronosyltransferase (UGT 1A1) and, to a lesser extent, UGT1A3, coadministration of deferasirox and rifampicin (rifampin) led to induction of the glucuronidation pathway, resulting in a significant 44 % reduction in deferasirox AUC [33]. This suggests that a dose increase may be required when deferasirox is administered with strong UGT inducers [9]. In addition, as a result of an interaction with conjugated deferasirox in the gastrointestinal tract (data on file, Novartis Pharmaceuticals), the concomitant use of deferasirox and bile acid sequestrants is not advised, although, if required, a higher initial deferasirox dose may be considered [9].

Hydroxyurea is the only approved drug for treatment of SCD and is associated with a decrease in morbidity, though transfusion therapy is often also required [58–61]. Therefore, there is an increased use of hydroxyurea alongside transfusion and iron chelation in SCD patients. In a study of deferasirox in SCD patients with transfusional iron overload, 28 of 203 patients received concomitant hydroxyurea [62]. Deferasirox plasma concentrations were similar between patients with or without hydroxyurea and consistent with previously published data. Importantly, coadministration with hydroxyurea did not appear to influence the efficacy, safety, or pharmacokinetics of deferasirox [62].

Patients receiving transfusion therapy are also often candidates for hematopoietic stem cell transplantation (HSCT), during which administration of the conditioning agent busulfan is important for successful engraftment. Iron chelation therapy prior to HSCT is often required and, therefore, coadministration of deferasirox and busulfan is likely. Regular monitoring of busulfan blood concentrations is routine in HSCT patients as the dose is tailored to each individual patient as a result of a narrow therapeutic index [63]. A published case report of one such patient suggested that the presence of deferasirox may have resulted in increased busulfan exposure, reaching supra-therapeutic concentrations [63]. However, based on the known pharmacokinetic properties and/or metabolism, pathways of both busulfan and deferasirox, there is no evidence that such an interaction is likely. Furthermore, there are no additional trials or published case reports that indicate the presence of an interaction between the two drugs. The increased busulfan concentration may be caused instead by complex drug- and disease-related factors.

8 Deferasirox Pharmacokinetic/Pharmacodynamic Profile

A number of studies have investigated the relationship between the pharmacokinetic profile of deferasirox and the efficacy and safety characteristics observed in patients with iron overload.

8.1 Change in Iron Parameters

Serum ferritin and magnetic resonance techniques for both liver and cardiac iron burden are the most widely accepted and utilized measures for assessment of iron overload and response to chelation therapy [64–67]. Assessment of NTBI and LPI is less well-defined but can be useful to indicate reduction of the molecules that lead to end-organ damage [20].

As discussed previously, pharmacokinetic parameters indicate that once-daily dosing is appropriate for deferasirox as the $t_{1/2}$ and systemic exposure will result in continuous coverage between daily doses. Clinical data support this, revealing that deferasirox provides effective iron chelation activity over a 24-h period, as measured by changes in serum ferritin and LIC [10, 11, 20, 34, 68]. Studies have also demonstrated a reduction in redox-reactive LPI, the main cause of iron-mediated toxicity in the body. In patients with β -thalassaemia, deferasirox 20 mg/kg/day provided 24-h chelation coverage and sustained reduction in peak LPI (Fig. 6a) [20]. Trough deferasirox concentrations over time were consistently sufficient to prevent LPI levels rebounding between doses (Fig. 6b) [20]; this observation contrasts with the LPI profile during treatment with other chelators which rebound as chelation coverage decreases between doses [21–23]. This suggests that organs including the heart and liver are protected from consequent cellular and tissue damage over a 24-h period [20].

Similarly, pharmacokinetic analyses indicate that deferasirox exposure increases in a dose-proportional manner, and several clinical trials demonstrate that increased iron excretion and greater reductions in LIC and serum ferritin are associated with increasing dose [10, 11, 20, 34, 68]. In a placebo-controlled trial of deferasirox in patients with β -thalassaemia and iron overload, net iron excretion was linearly related to dose (Fig. 7a) [34]. Furthermore, a linear relationship was observed between exposure and total iron excretion, in contrast to placebo ($r^2 = 0.54$; $P < 0.0001$, Fig. 7b) [34]. In a phase III trial of deferasirox versus deferoxamine for TDT patients aged ≥ 2 years, the greatest decrease in LIC was seen at the highest evaluated dose of 30 mg/kg/day (Fig. 7c) [10]. Increased iron removal is also observed when dose is adjusted to take into account transfusional iron intake and iron burden. In a trial comparing deferasirox ≥ 30 with < 30 mg/kg/day doses, higher

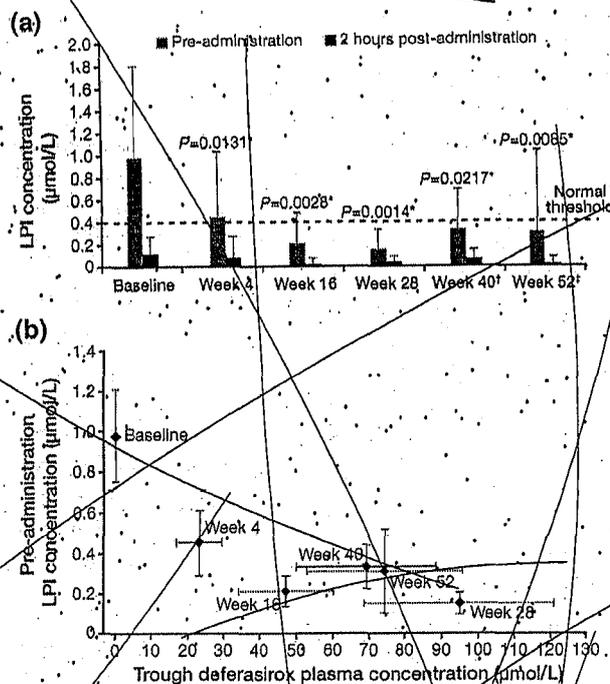
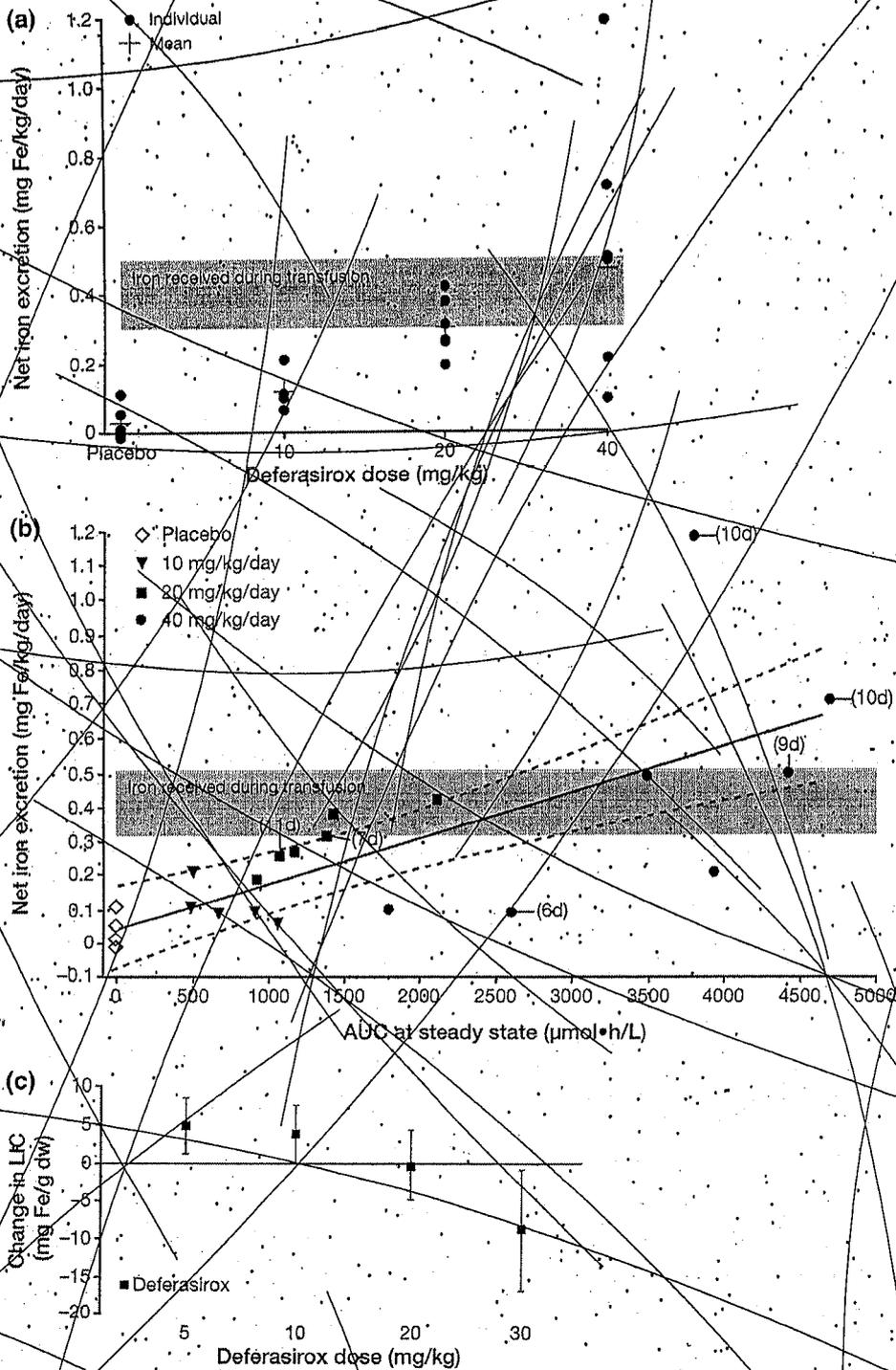


Fig. 6 a Mean labile plasma iron concentration (\pm standard deviation) pre- and post-administration of deferasirox, throughout the study; b relationship between mean trough deferasirox plasma concentration (\pm standard error) and pre-administration labile plasma iron concentration, (reproduced with permission from Daar et al. [20], © 2009 John Wiley and Sons). *Significant versus pre-administration at baseline labile plasma iron data are taken from 13 patients, except $^{\dagger} n = 11$ and $^{\ddagger} n = 12$ due to lost samples. LPI, labile plasma iron.

doses were required in most patients as a result of high transfusional iron intake and serum ferritin levels, in order to successfully achieve net negative iron balance [68]. Greater reductions in serum ferritin over time have also been observed with higher deferasirox doses among TDT patients [11].

Investigations into patients demonstrating an apparent inadequate response to deferasirox indicate that factors affecting pharmacokinetics may influence deferasirox efficacy. Inadequate responders have been shown to have significantly lower deferasirox exposure (AUC) than control patients ($P < 0.00001$), although C_{max} , apparent volume of distribution (V_d/F), and $t_{1/2}$ did not differ between the groups, suggesting bioavailability as the likely discriminant [69]. Another study identified a difference in bioavailability as the principal underlying mechanism for an inadequate response to chelation with deferasirox. In these patients, it is feasible that twice-daily dosing may improve efficacy with comparable or even improved tolerability of deferasirox [69–71]. Reduced exposure in patients with an apparent inadequate response may also be related to lower adherence to treatment. Several studies have revealed significantly lower survival rates in patients with low rates of adherence

Fig. 7 a Net iron excretion following administration of placebo or multiple doses of deferasirox 10, 20, or 40 mg/kg [34]; b relationship between deferasirox exposure and total iron excretion following administration of placebo or multiple doses of deferasirox 10, 20, or 40 mg/kg; with linear regression line and 95% confidence intervals [34] [values in parentheses indicate last day of study drug for patients who did not complete the study (associated datapoints are predicted)]; a and b, reprinted from Nisbet-Brown et al., [34], © 2003, with permission from Elsevier; and c, change in liver iron concentration following daily administration of deferoxamine or deferasirox 5, 10, 20, or 30 mg/kg (republished with permission of the American Society of Hematology from Cappellini et al. [10]; permission conveyed through Copyright Clearance Center, Inc.), AUC area under the plasma concentration-time curve, dw dry weight, LIC liver iron concentration



to iron chelation therapy than in those with better adherence, thought to be due to the resulting gaps in chelation coverage [72-75]. To date, there is no clear evidence that therapeutic drug monitoring based on deferasirox trough concentrations could improve the response to iron chelation therapy in the overall patient population.

8.2 Change in Safety Parameters

A randomized, single-dose, placebo- and positive-controlled, parallel-group study was performed in 182 healthy volunteers to investigate the potential effect of deferasirox on the QT/corrected QT (QTc) interval (reflecting cardiac

repolarization) [45]. The deferasirox pharmacokinetic profile and pharmacokinetic parameters were consistent with those observed previously. No differences were observed between deferasirox 20 and 40 mg/kg and placebo with respect to the average change from baseline in QT/QTc intervals, as indicated by 95 % CIs for the mean treatment difference (deferasirox 20 or 40 mg/kg minus placebo), which were below 8 ms. Deferasirox does not prolong the QT/QTc interval at either therapeutic or supratherapeutic plasma concentrations, and is therefore not expected to have a negative effect on cardiac repolarization in patients.

Deferasirox has a clinically manageable safety profile, with the most common adverse events being skin rash, serum creatinine increases, and gastrointestinal events including nausea, vomiting, diarrhea, and abdominal pain; these are generally mild to moderate, transient, and do not lead to treatment discontinuation [10–12, 14, 17, 24]. Administration of higher doses \geq 30 mg/kg/day does not impact on the safety profile, which is comparable to that reported for lower doses [19, 68, 76].

Some patients experience dose-dependent serum creatinine increases more than 33 % above baseline values, though creatinine elevations in studies up to 5 years' duration were mostly within normal limits, non-progressive, and reversible with dose reduction and/or interruption [10–12, 14, 18, 47, 62, 77–79]. In order to further investigate this adverse event, a study was performed to investigate the effects of deferasirox 30 mg/kg/day on measures of renal function and markers of early kidney injury in iron-overloaded TDT patients, over up to 2 years' treatment duration [80]. Results indicate that deferasirox has a mild hemodynamic effect on renal function; between baseline and Week 104, the mean glomerular filtration rate decreased by 17.2 % (from 108.5 ± 18.1 mL/min) and renal plasma flow by 19.6 % (from 595.4 ± 43.1 mL/min; $n = 5$). However, values returned to near-baseline after a 4-week washout. Similarly, serum creatinine increased from 61.5 ± 15.1 to 65.4 ± 15.1 μ mol/L between baseline and Week 104, decreasing to 62.9 ± 10.7 μ mol/L after washout. The authors concluded that results indicate a mild effect on renal hemodynamics, which was reversible after drug interruption over the short- and long-term, with no progressive worsening of renal function.

9 Conclusions

This review summarizes current knowledge surrounding the pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics of the iron chelator deferasirox. Oral bioavailability and elimination data support the once-daily dosing of

deferasirox via an oral administration route. Rapid, high systemic exposure and an elimination $t_{1/2}$ of between 8 and 16 h further support the administration of a once-daily dose for effective chelation. Data from clinical trials in patients with iron overload confirm that deferasirox is effective over a 24-h period following a once-daily dose; organs are protected from cellular and tissue damage during this period through a sustained reduction in levels of toxic LPI. Increased iron excretion correlates with higher deferasirox exposure. Indeed, dose-dependent increases in iron removal by deferasirox at higher doses are observed, particularly when dose is adjusted to take into account transfusional iron intake and body iron burden. These trends in chelation efficacy are observed with a well-characterized and manageable safety profile.

A number of studies have assessed pharmacokinetic parameters for specific patient populations. Dosing recommendations remain the same for both pediatric and adult patients and there is no ethnic sensitivity, but dose adjustment is required in patients with hepatic impairment. The potential impact of drug–drug interactions has also been investigated, based upon the established ADME profiles both of deferasirox and of other agents that may be administered to patients receiving chelation therapy. Dose adjustment is required when deferasirox is administered concomitantly with strong UGT inducers or bile acid sequestrants, though coadministration should be avoided where possible. Although the product label recommends monthly monitoring of renal and hepatic parameters, even more careful monitoring is needed during coadministration of deferasirox with substrates of CYP3A4/5, CYP2C8, or CYP1A2. Importantly, coadministration with hydroxyurea does not appear to influence the efficacy, safety, or pharmacokinetics of deferasirox, supporting further research into concomitant use in iron-overloaded patients with anemias.

In conclusion, the deferasirox pharmacokinetic profile supports once-daily, oral dosing for effective 24-h iron chelation coverage in patients with iron overload. Clinicians and patients should follow deferasirox label recommendations for particular patient populations and concomitant medications, in order to optimize safety and efficacy. The substantial body of clinical and pharmacokinetic data for deferasirox can help inform clinical decision-making in multiple underlying anemias, special patient populations, and individual clinical circumstances.

Acknowledgments I thank Bethan Hahn of Mudskipper Business Ltd for medical editorial assistance. Financial support for medical editorial assistance was provided by Novartis Pharmaceuticals.

Conflict of interest The author is an employee of Novartis Pharmaceuticals.

References

- Anderson GJ. Mechanisms of iron loading and toxicity. *Am J Hematol.* 2007;82:1128–31.
- Ganz T. Systemic iron homeostasis. *Physiol Rev.* 2013;93:1721–41.
- Thalassaemia International Federation. Guidelines for the clinical management of thalassaemia, 2nd revised edition; 2008. <http://www.thalassaemia.org.cy/wp-content/uploads/pdf/educational-programmes/Publications/Guidelines%20%282008%29%20Thalassaemia%20Guidelines%20ENGLISH.pdf>. Accessed 6 Jun 2014.
- Smith-Whitley K, Thompson AA. Indications and complications of transfusions in sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer.* 2012;59:358–64.
- Kurtin SE. Myelodysplastic syndromes: diagnosis, treatment planning, and clinical management. *Oncology (Williston Park).* 2007;21:1–8.
- Gardenghi S, Marongiu MF, Ramos P, et al. Ineffective erythropoiesis in β -thalassaemia is characterized by increased iron absorption mediated by down-regulation of hepcidin and up-regulation of ferroportin. *Blood.* 2007;109:5027–35.
- Musallam KM, Cappellini MD, Wood JC, et al. Elevated liver iron concentration is a marker of increased morbidity in patients with β -thalassaemia intermedia. *Haematologica.* 2011;96:1605–12.
- Taher AT, Musallam KM, Karimi M, et al. Overview on practices in thalassaemia intermedia management aiming for lowering complication rates across a region of endemicity: the OPTIMAL CARE study. *Blood.* 2010;115:1886–92.
- Novartis Pharmaceuticals. EXJADE® (deferiasirox) US prescribing information; 2013. <http://www.pharma.us.novartis.com/product/pi/pdf/exjade.pdf>. Accessed 6 Jun 2014.
- Cappellini MD, Cohen A, Piga A, et al. A phase 3 study of deferiasirox (ICL670), a once-daily oral iron chelator, in patients with β -thalassaemia. *Blood.* 2006;107:3455–62.
- Cappellini MD, Porter JB, El-Beshlawy A, et al. Tailoring iron chelation by iron intake and serum ferritin trends: the prospective multicenter EPIC study of deferiasirox in 1744 patients with various transfusion-dependent anemias. *Haematologica.* 2010;95:557–66.
- Cappellini MD, Bejaoui M, Agooglu L, et al. Iron chelation with deferiasirox in adult and pediatric patients with thalassaemia major: efficacy and safety during 5 years' follow-up. *Blood.* 2011;118:884–93.
- Piga A, Galanello R, Forni GL, et al. Randomized phase II trial of deferiasirox (Exjade®, ICL670), a once-daily, orally-administered iron chelator, in comparison to deferoxamine in thalassaemia patients with transfusional iron overload. *Haematologica.* 2006;91:873–80.
- Porter J, Galanello R, Saglio G, et al. Relative response of patients with myelodysplastic syndromes and other transfusion-dependent anaemias to deferiasirox (ICL670): a 1-yr prospective study. *Eur J Haematol.* 2008;80:168–76.
- Taher AT, Porter J, Viprakasit V, et al. Deferiasirox significantly reduces iron overload in non-transfusion-dependent thalassaemia: 1-year results from a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Blood.* 2012;120:970–7.
- Taher AT, Porter JB, Viprakasit V, et al. Deferiasirox effectively reduces iron overload in non-transfusion-dependent thalassaemia (NTDT) patients: 1-year extension results from the THALASSA study. *Ann Hematol.* 2013;92:1485–93.
- Vichinsky E, Coates TD, Thompson AA, et al. Long-term efficacy and safety of deferiasirox (Exjade®; ICL670), a once-daily oral iron chelator, in patients with sickle cell disease (SCD). *Blood.* 2007;110(11):abst 3395.
- Pennell D, Porter JB, Cappellini MD, et al. Deferiasirox for up to 3 years leads to continued improvement of myocardial T2* in patients with beta-thalassaemia major. *Haematologica.* 2012;97:842–8.
- Pennell DJ, Porter JB, Piga A, et al. A 1-year randomized controlled trial of deferiasirox versus deferoxamine for myocardial iron removal in beta-thalassaemia major (CORDELIA). *Blood.* 2014;123:1447–54.
- Daar S, Pathare A, Nick H, et al. Reduction in labile plasma iron during treatment with deferiasirox, a once-daily oral iron chelator, in heavily iron-overloaded patients with β -thalassaemia. *Eur J Haematol.* 2009;82:454–7.
- al Refaie FN, Sheppard LN, Nortey P, et al. Pharmacokinetics of the oral iron chelator defeliprone (LI) in patients with iron overload. *Br J Haematol.* 1995;89:403–8.
- Cabantchik ZI, Breuer W, Zanningli G, et al. LPI-labile plasma iron in iron overload. *Best Pract Res Clin Haematol.* 2005;18:277–87.
- Porter JB. Deferoxamine pharmacokinetics. *Semin Hematol.* 2001;38(Suppl 1):63–8.
- Cappellini MD, Taher A. Long-term experience with deferiasirox (ICL670), a once-daily oral iron chelator, in the treatment of transfusional iron overload. *Expert Opin Pharmacother.* 2008;9:2391–402.
- McLeod C, Fleeman N, Kirkham J, et al. Deferiasirox for the treatment of iron overload associated with regular blood transfusions (transfusional haemosiderosis) in patients suffering with chronic anaemia: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2009;13:iii–iv, ix–xi, 1–121.
- Nick H, Acklin P, Lattmann R, et al. Development of tridentate iron chelators: from desferriethioin to ICL670. *Curr Med Chem.* 2003;10:1065–76.
- Deferiasirox. In: O'Neil MJ, editor. *The Merck Index—an encyclopedia of chemicals, drugs, and biologicals.* Whitehouse Station: Merck and Co., Inc.; 2006: p. 483.
- Nick H, Wong A, Acklin P, et al. ICL670A: preclinical profile. *Adv Exp Med Biol.* 2002;509:185–203.
- Sechaud R, Dutreix C, Balez S, et al. Relative bioavailability of deferiasirox tablets administered without dispersion and dispersed in various drinks. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:102–8.
- Novartis Pharmaceuticals UK Ltd. Summary of product characteristics—EXJADE 125 mg, 220 mg, 500 mg dispersible tablets; 2013. <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/18805/SPC/>. Accessed 6 Jun 2014.
- Heinz U, Hegetschweiler K, Acklin P, et al. 4-[3,5-Bis(2-hydroxyphenyl)-1,2,4-triazol-1-yl]-benzoic Acid: a novel, efficient and selective iron(III) complexing agent. *Angew Chem Int Ed Engl.* 1999;38:2568–70.
- Kouan MG, Marfil E, Mahgoni P, et al. Determination of a new oral iron chelator, ICL670, and its iron complex in plasma by high-performance liquid chromatography and ultraviolet detection. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl.* 2001;755:203–13.
- Skerjanec A, Wang J, Maren S, et al. Investigation of the pharmacokinetic interactions of deferiasirox, a once-daily oral iron chelator, with midazolam, rifampin, and repaglinide in healthy volunteers. *J Clin Pharmacol.* 2010;50:205–13.
- Nisbet-Brown E, Olivieri NF, Gardina PJ, et al. Effectiveness and safety of ICL670 in iron-loaded patients with thalassaemia: a randomised, double-blind, placebo-controlled, dose-escalation trial. *Lancet.* 2003;361:1597–502.
- Harshko C, Link G, Cabantchik I. Pathophysiology of iron overload. *Ann N Y Acad Sci.* 1998;850:191–201.
- Weiss HM, Fresneau M, Camenisch GP, et al. In vitro blood distribution and plasma protein binding of the iron chelator deferiasirox (ICL670) and its iron complex Fe-[ICL670]₂ for rat;

- marmoset, rabbit, mouse, dog, and human. *Drug Metab Dispos.* 2006;34:971-5.
37. Sechaud R, Robeva A, Belleli R, et al. Absolute oral bioavailability and disposition of deferferasirox in healthy human subjects. *J Clin Pharmacol.* 2008;48:919-25.
 38. Galan ello R, Piga A, Alb erti D, et al. Safety, tolerability, and pharmacokinetics of ICL670, a new orally active iron-chelating agent in patients with transfusion-dependent iron overload due to β -thalassaemia. *J Clin Pharmacol.* 2003;43:565-72.
 39. Galan ello R, Piga A, Cappellini MD, et al. Effect of food type of food, and time of food intake on deferferasirox bioavailability: recommendations for an optimal deferferasirox administration regimen. *J Clin Pharmacol.* 2008;48:428-35.
 40. Goldberg SL, Giardina PJ, Chironomas D, et al. The palatability and tolerability of deferferasirox taken with different beverages of foods. *Pediatr Blood Cancer.* 2013;60:1507-12.
 41. Bruin GJ, Fuller T, Wiegand H, et al. Pharmacokinetics, distribution, metabolism and excretion of deferferasirox and its iron complex in rats. *Drug Metab Dispos.* 2008;36:2523-38.
 42. Waldmeier F, Bruin GJ, Glaenzel U, et al. Pharmacokinetics, metabolism, and disposition of deferferasirox in beta-thalassaemic patients with transfusion-dependent iron overload who are at pharmacokinetic steady state. *Drug Metab Dispos.* 2010;38:808-16.
 43. Ginsberg G, Hattis D, Sonawane B, et al. Evaluation of child/adult pharmacokinetic differences from a database derived from the therapeutic drug literature. *Toxicol Sci.* 2002;66:185-200.
 44. Yasuda SU, Zhang L, Huang SM. The role of ethnicity in variability in response to drugs: focus on clinical pharmacology studies. *Clin Pharmacol Ther.* 2008;84:417-23.
 45. Sechaud R, Dumortier T, Balez S. Deferferasirox does not induce QT/QTc-prolongation in healthy subjects. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2009;47:321-7.
 46. Miyazawa K, Ohyashiki K, Urabe A, et al. A safety, pharmacokinetic and pharmacodynamic investigation of deferferasirox (Exjade[®], ICL670) in patients with transfusion-dependent anemias and iron overload: a Phase I study in Japan. *Int J Hematol.* 2008;88:73-81.
 47. Galan ello R, Piga A, Forni GL, et al. Phase II clinical evaluation of deferferasirox, a once-daily oral chelating agent, in pediatric patients with β -thalassaemia major. *Haematologica.* 2006;91:1343-51.
 48. Vichinsky E, El-Beshlawy A, Alzoebe A, et al. Interim safety and effectiveness results from a 5-year observational study of deferferasirox in pediatric patients aged 2-16 years at enrollment [abstract]. *Blood.* 2012;120(21):abst 2125.
 49. Taher AT, Musallam KM, Inati A. Iron overload: consequences, assessment, and monitoring. *Hemoglobin.* 2009;33(Suppl 1):S46-57.
 50. Mallat ME, Sharara AI. Treatment and prevention of hepatitis B and C in thalassaemia. *Hemoglobin.* 2009;33(Suppl 1):3139-44.
 51. Fishbane S, Mathew A, Vaziri ND. Iron toxicity: relevance for dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2014;29:255-9.
 52. Maker GL, Silva B, Batty KT, et al. Pharmacokinetics and safety of deferferasirox in subjects with chronic kidney disease undergoing haemodialysis. *Nephrology (Carlton).* 2013;18:188-93.
 53. Sechaud R, Robeva A, Belleli R, et al. Absence of an effect of a single-dose deferferasirox on the steady-state pharmacokinetics of digoxin. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:513-26.
 54. Rolan PE. Plasma protein binding displacement interactions—why are they still regarded as clinically important? *Br J Clin Pharmacol.* 1994;37:125-8.
 55. Sansom LN, Evans AM. What is the true clinical significance of plasma protein binding displacement interactions? *Drug Saf.* 1995;12:227-33.
 56. Benet LZ, Hoener BA. Changes in plasma protein binding have little clinical relevance. *Clin Pharmacol Ther.* 2002;71:115-21.
 57. Kaminsky LS, Zhang ZY. Human P450 metabolism of warfarin. *Pharmacol Ther.* 1997;73:67-74.
 58. Wang WC, Ware RE, Miller ST, et al. Hydroxycarbamide in very young children with sickle-cell anaemia: a multicentre, randomised, controlled trial (BABY HUG). *Lancet.* 2011;377:1663-72.
 59. Charache S, Terrin ML, Moore RD, et al. Effect of hydroxyurea on the frequency of painful crises in sickle cell anemia. Investigators of the Multicenter Study of Hydroxyurea in Sickle Cell Anemia. *N Engl J Med.* 1995;332:1317-22.
 60. Olivieri NF, Vichinsky EP. Hydroxyurea in children with sickle cell disease: impact on splenic function and compliance with therapy. *J Pediatr Hematol Oncol.* 1998;20:26-31.
 61. Voskaridou E, Bilalis A, Christoulas D, et al. Prolonged administration of hydroxyurea reduces morbidity and mortality in adult patients with sickle-cell syndromes: final analysis of a 17-year, single center, trial [abstract no. 1079]. *Haematologica.* 2009;94(Suppl 2):435.
 62. Vichinsky E, Torres M, Minniti CP, et al. Efficacy and safety of deferferasirox compared with deferoxamine in sickle cell disease: two-year results including pharmacokinetics and concomitant hydroxyurea. *Am J Hematol.* 2013;88:1068-73.
 63. Sweiss K, Patel P, Rondelli D. Deferferasirox increases BU blood concentrations. *Bone Marrow Transplant.* 2012;47:315-5.
 64. Gandon Y, Olivieri D, Guyader D, et al. Non-invasive assessment of hepatic iron stores by MRI. *Lancet.* 2004;363:357-62.
 65. Hernandez D, Levin YS, Sirlin CB, et al. Quantification of liver iron with MRI: state of the art and remaining challenges. *J Magn Reson Imaging.* Epub 2014 Mar 3.
 66. Fischer R, Harmatz PR. Non-invasive assessment of tissue iron overload. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2009; 215-21.
 67. Olivieri NF, Brittenham GM. Iron-chelating therapy and the treatment of thalassaemia. *Blood.* 1997;89:739-61.
 68. Taher A, Elalfy MS, Al Zir K, et al. Importance of optimal dosing ≥ 30 mg/kg/d during deferferasirox treatment: 2.7-yr follow-up from the ESCALATOR study in patients with β -thalassaemia. *Eur J Haematol.* 2011;87:355-65.
 69. Chironomas D, Smith AL, Braunstein J, et al. Deferferasirox pharmacokinetics in patients with adequate versus inadequate response. *Blood.* 2009;114:4009-13.
 70. Zhang HH, Lu MY, Liao YM, et al. Improved efficacy and tolerability of oral deferferasirox by twice-daily dosing for patients with transfusion-dependent beta-thalassaemia. *Pediatr Blood Cancer.* 2011;56:420-4.
 71. Pongtanakul B, Viprakasit V. Twice daily deferferasirox significantly improves clinical efficacy in transfusion dependent thalassaemias who were inadequate responders to standard once daily dose. *Blood Cells Mol Dis.* 2013;51:96-7.
 72. Brittenham GM, Griffith PM, Nienhuis AW, et al. Efficacy of deferoxamine in preventing complications of iron overload in patients with thalassaemia major. *N Engl J Med.* 1994;331:567-73.
 73. Gabutti V, Piga A. Results of long-term iron-chelating therapy. *Acta Haematol.* 1996;95:26-36.
 74. Modell B, Khan M, Darlison M. Survival in β -thalassaemia major in the UK: data from the UK Thalassaemia Register. *Lancet.* 2000;355:2051-2.
 75. Porter JB, Evangeli M, El-Beshlawy A. The challenges of adherence and persistence with iron chelation therapy. *Int J Hematol.* 2011;94:453-60.
 76. Taher A, Cappellini MD, Vichinsky E, et al. Efficacy and safety of deferferasirox doses of >30 mg/kg per d in patients with transfusion-dependent anaemia and iron overload. *Br J Haematol.* 2009;147:752-9.

77. Vichinsky E, Onyekwere O, Porter J, et al. A randomized comparison of deferasirox versus deferoxamine for the treatment of transfusional iron overload in sickle cell disease. *Br J Haematol.* 2007;136:501-8.
78. Vichinsky E, Bernaudin F, Forni GL, et al. Long-term safety and efficacy of deferasirox (Exjade®) for up to 5 years in transfusional iron-overloaded patients with sickle cell disease. *Br J Haematol.* 2011;154:387-97.
79. Pennell DJ, Porter JB, Cappellini MD, et al. Efficacy of deferasirox in reducing and preventing cardiac iron overload in β -thalassaemia. *Blood.* 2010;115:2364-71.
80. Piga A, Fracchia S, Lai ME, et al. Two-year renal hemodynamic effects of deferasirox in patients with transfusion-dependent β -thalassaemia. [abstract no. 3257]. *Blood.* 2012;120(21):3257.

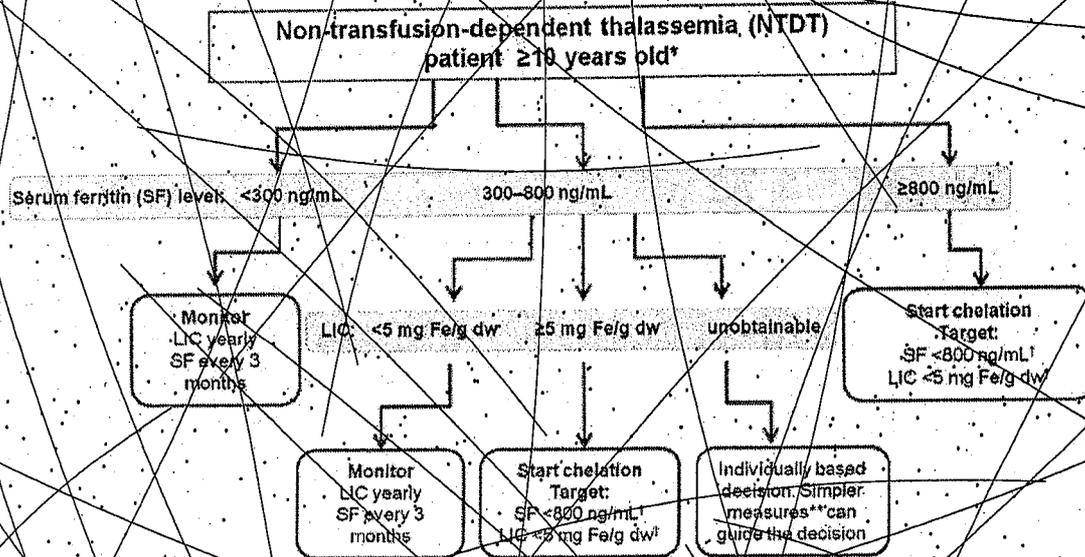
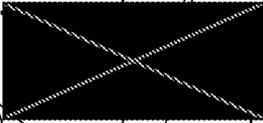


Figure 2. Proposed treatment algorithm for iron overload in NTDT. This simple algorithm presents serum ferritin and LIC thresholds for initiating and stopping chelation therapy in NTDT patients based on current evidence. *Because patients with HbH disease typically accumulate iron much more slowly, serum ferritin and LIC monitoring can begin at 15 years instead of 10 years. †Iron chelation should be stopped at LIC of 3 mg Fe/g dw, or SF of 300 ng/mL, as safety data are not available to support continued chelation below this level. **I.e., ascorbic acid and serum transferrin levels, changes in marrow space observed during clinical examination or by means of X-ray, assessment of liver/spleen size plus height, hemoglobin concentrations. [Color figure can be viewed in the online issue, which is available at wileyonlinelibrary.com.]



An das
Sozialgericht München
Richterstraße 11
80634 München

Az. S. 12 KR 2030/20 ER

München, 4. Februar 2021

Wie im Schreiben vom 26. Dezember 2020 angekündigt, werden hiernit jene Tatsachen welche Anlass zu einem neuerlichen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz geben, glaubhaft gemacht:

- (a) Medizinischer Notfall Sepsis
cf. Schreiben der KV vom 9. Dezember 2020.
- (b) Zur Sepsis als relevante Komplikation der Eisenüberladung
"Sepsis ist häufig und lebensbedrohlich, besonders bei splenektomierten Patienten und/oder Patienten mit einer Eisenüberladung"
cf. p.14 in "Notfallmanagement bei Thalassämie", Porter et al., 2012.
- (c) Therapierelevanter Laborparameter Ferritin 2066 µg/l im Dezember 2020¹
cf. Kumulativbefund München Klinik vom 16. Dezember 2020
- (d) Therapierelevanter Laborparameter Ferritin 1104 µg/l im Januar 2021, i.e. entsprechend dem langfristigen Trend
cf. Arztbericht vom 27. Januar 2021

Summarisch sei an die bereits vor diesem Ereignis bestehenden Tatsachen erinnert, welche bereits zu Beweis gegeben wurden:

- (e) In Fachkreisen sowie in der Literatur besteht einhellige Meinung dazu, daß bei dauerhaften Ferritin-Befunden mit solchen Werten Therapiebedarf ohne Verzögerung

¹ Tag 9 nach Sepsis, daher nicht bloß als Akutphaseprotein zu werten.

² Siehe entsprechende Anlagen zu den vorangehenden Schriftsätzen. Deren Vollständigkeit ist aufgrund der Verweigerung der Herausgabe durch das SG aktuell durch den Antragsteller nicht überprüfbar

besteht.

- (f) Zu den Folgen der untherapierten und andauernden Eisenüberladung zählen Organschäden.
- (g) Daneben ist die chronische Eisenüberladung entsprechend der einschlägigen Fachliteratur mit einer Reihe charakteristischer Morbiditäten verbunden, darunter eine besonders hohe Infektionsanfälligkeit bis hin zur Sepsis.
- (h) Als Komorbidität besteht anhaltende Knochenmarksuppression nach langfristiger Chemotherapie.
- (i) Die Therapie Alternativen (Phlebotomie, Deferipron, Deferoxamin) sind aus bereits ausführlich dargelegten Gründen, darunter auch der vorgenannte Punkt, kontraindiziert.
- (j) Das Gutachten des MDK ist nicht vertretbar und wurde in den wesentlichen Punkten widerlegt:

- (i) Der Verweis auf ein anderes Arzneimittel mit der Begründung einer breiteren Zulassung ist mit der entsprechenden AWMF-Leitlinie (Leitlinie 025/017) nicht vereinbar.³
- (ii) Berufsrechtlich ist dieser Verweis ein unzulässiger Eingriff durch den MDK-Arzt in die Behandlung durch einen kurativ tätigen Arzt.⁴
- (iii) Die nicht näher begründete Behauptung des MDK zur Seltenheit wurde anhand Statistiken zur Inzidenz aus der Fachliteratur widerlegt.⁵
- (iv) Hinsichtlich der Wirksamkeit handelt es sich um ein pharmakologisch erstaunlich einfaches Arzneimittel welches in seinem Wirkungsmechanismus vollständig erforscht ist. Die Ätiologie der Eisenüberladung spielt dabei keine Rolle.⁶
- (v) Per Aktenlage beim MDK fand keinerlei fachliche Recherche statt.⁷
- (vi) Offensichtlich wurde das "Gutachten" durch eine fachfremde Person erstellt.⁸

³ Auf die fehlende Vergleichbarkeit von Arzneimittelzulassungen aus den 60er Jahren mit der heutigen Zeit wird hierin ausdrücklich Bezug genommen.

⁴ Die Pflicht zur einer ökonomischen und an der medizinischen Notwendigkeit orientierten Verschreibungsweise ergibt sich ohnehin aus den Kassenverträgen der Ärzte. Würde der Gesetzgeber eine zusätzliche Einflussnahme auf Arzneimittelverordnungen durch den MDK wünschen dann wäre entweder die Gesetzesgrundlage für den MDK, also ein Wechsel zur Begutachtung durch Nicht-Ärzte, oder aber die Berufsordnung so anzupassen daß die Einflussnahme auf Behandlungen anderer Ärzte zulässig wird.

⁵ Per RSp ein entscheidungsrelevanter Umstand, denn weder die arzneimittelrechtliche Zulassung für eine seltene Indikation noch Phase-III Studien werden dann vorausgesetzt.

⁶ Dies wird für eine fachkundige Person offensichtlich sein. Zudem wurde in einer Studie die Wirksamkeit von Deferasirox bezogen auf das Überleben bei Eisenüberladung in multivariater Analyse *unabhängig* von der Grunderkrankung bewiesen – und zwar deutlich jenseits der Schwelle für wissenschaftliche Signifikanz.

⁷ Es wurde offenbar lediglich auf der EMA-Website das Arzneimittel als Suchbegriff eingegeben.

⁸ Hier dürfte seitens der MDK-Beamtin ein Übernahmeverschulden vorliegen.

- (vii) Die begründete Vermutung, diese Beamtin sei überdies ihrer Fortbildungspflicht entsprechend der Berufsordnung nicht nachgekommen, bleibt trotz der geringen Anforderungen an einen Gegenbeweis unwiderlegt.
- (viii) Eine Reihe weiterer berufsprüflicher Pflichten wurden hier in entscheidungserheblicher Weise verletzt; eine ärztliche Tätigkeit kann in diesem Zusammenhang daher nicht behauptet werden.⁹

- (k) Obwohl der Gegnerin die oben genannten Umstände bekannt waren¹⁰ und sie ausreichend Zeit hatte, ihre Position mit einem medizinischen Gutachten von vertretbarer Qualität zu belegen, hat die Gegnerin dies – auch in Verletzung ihrer Amtsermittlungspflicht – unterlassen.¹¹

Hier den Nachversicherer¹² zu belasten stellt keine Alternative zur Verpflichtung der Gegnerin im Wege des ER dar. Die Leistungspflicht einer Krankenversicherung, egal ob gesetzlich oder privat, ist nach allgemeinen Versicherungsprinzipien abzugrenzen. Dieser Versicherungsfall trat unstrittig im Rahmen der zeitlichen wie auch sachlichen Zuständigkeit der Gegnerin ein. Bei einem PKV-Nachversicherer gelten die Vertragsbedingungen entsprechend dem VVG und eine Obliegenheitsverletzung würde zur Kündigung des Vertrages führen – ein dauerhafter Nachteil, welchen der Antragsteller bei Abwägung der Interessen nicht in Kauf nehmen muss.

Nicht vor Erschöpfung jenes Anspruchs in jenem Umfang, wie er sich rechtmäßig aus dem vorangehenden Versicherungsverhältnis bei der Gegnerin ergibt, kann die Leistungspflicht auf einen Nachversicherer übergehen. Die Gegnerin ist folglich zu jener Leistung zu verpflichten, welche sich aus einer rechtmäßigen Erledigung des Leistungsantrages vom 7. Juli 2020 bis zum Ende des Leistungsanspruchs per 31. Oktober 2020 (die Gegnerin geht rechtsirrtümlich von September aus) ergeben hätte.

Eine Verpflichtung der Gegnerin scheitert auch nicht an Unmöglichkeit, denn die Gegnerin kann einer einstweiligen Verfügung auf einem der folgenden Wege Folge leisten:

- (1) Die Gegnerin kann eine Krankenversicherungskarte im Sinne einer fiktiven und beitragsfreien Mitgliedschaft übersenden, verbunden mit einer Vereinbarung bezüglich der Inanspruchnahme von Leistungen welche dieser auf den konkreten Fall beschränkt. Die Abrechnung mit der Apotheke kann dann direkt und unter der Berücksichtigung von gesetzlichen Arzneimittelrabatten erfolgen. Gegen eine Doppelversicherung aus

⁹ Folgerichtig kommt einem solchen Schreiben nicht die Beweiskraft eines ärztlichen Gutachtens zu, denn es handelt sich hier nur um das Schriftstück einer bürokratischen Schreibkraft.

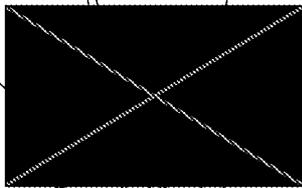
¹⁰ cf. Schriftsatz vom September 2020

¹¹ Fehlt dem MDK erkennbar die notwendige Expertise, dann muß die KV selbst entscheiden, etwa indem sie ein Privatgutachten in Auftrag gibt. Ob der MDK die Gegnerin in dieser Hinsicht getäuscht hat ist für das Rechtsverhältnis zum Antragsteller unerheblich und wird im Hauptverfahren allenfalls für das Schuldmaß betreffend Schadenersatz eine Rolle spielen.

¹² Dies ist rechtlich unerheblich, aber zur Klarstellung soll hier bemerkt werden daß der Versicherungsverwechsel weder zum Zeitpunkt des Leistungsantrags noch bei Rechtshängigkeit der Klage beziehungsweise des ursprünglichen Antrags auf ER, beabsichtigt, absahbar, oder überhaupt möglich war.

formalen Gründen spricht gesetzlich nichts; die behandelnden Ärzte sind ohnehin kassenärztlich tätig und können daher problemlos ein entsprechendes Rezept ausstellen.¹⁸

- (2) Ist die Gegnerin nicht gewillt, die Erfüllung ihrer Pflichten auf die oben genannte, ökonomisch günstigere, Weise zu bewirken, dann wird sie aufgrund der individuell unzumutbaren Arzneimittelkosten in Vorleistung zu gehen haben. Ein pragmatisches Vorgehen hier wäre, das Arzneimittel wird per Privatrezept auf dem Versandweg bestellt und die Gegnerin begleicht den Rechnungsbetrag bei Zahlungsweise Vorkasse per Überweisung direkt an die Apotheke.



Anhänge:

B13: Schreiben zu Sepsis von der KV, 9. Dezember 2020

B14: Exzerpt aus "Notfallmanagement bei Thalassämie", Porter et al., 2012

B15: Kumulativbefund München Klinik, 16. Dezember 2020

B16: Arztbericht, 27. Januar 2021

¹⁸ Die Abrechnung von ärztlichen Leistungen, Labordiagnostik, sowie notwendiger Companion Diagnostics kann wohl nur auf privatärztlicher Basis erfolgen, denn ein Gericht kann hier nicht in die Verträge Dritter eingreifen.

Debeka

Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Leistungszentrum
Postfach 30 03 55
56027 Koblenz

Telefon (02 61) 4 98 - 45 17
Telefax (02 61) 4 98 - 23 91

Service-Nr. [REDACTED]

9. Dezember 2020

05 2FF7 4F60 72 3001 AC52

DV 42 0,80 Deutsche Post



*K4000*02000779*

*035*L-KV*1827*0006853*12.2020*

Herrn [REDACTED]

**Stationärer Krankenhausaufenthalt
Klinikum Harlaching - Städtisches Klinikum München**

Patient: [REDACTED]

Geburtsdatum: [REDACTED]

Ab: 07.12.2020

Aufnahmenummer: [REDACTED]

Wegen: Sepsis, nicht näher bezeichnet

Sehr geehrter Herr [REDACTED]

wir haben Kenntnis über die stationäre Behandlung erlangt. Aufgrund der Therapiemaßnahme ist es möglicherweise notwendig, mit dem Krankenhaus oder dem behandelnden Arzt in Kontakt zu treten. Gegebenenfalls müssen weitere Unterlagen zu diesem Behandlungsfall auch einem medizinischen Berater vorgelegt werden.

Um keine zeitlichen Verzögerungen entstehen zu lassen bitten wir die beiliegende Schweigepflichtbindungserklärung von der versicherten Person oder dem gesetzlichen Vertreter unterschreiben zu lassen und zurückzusenden.

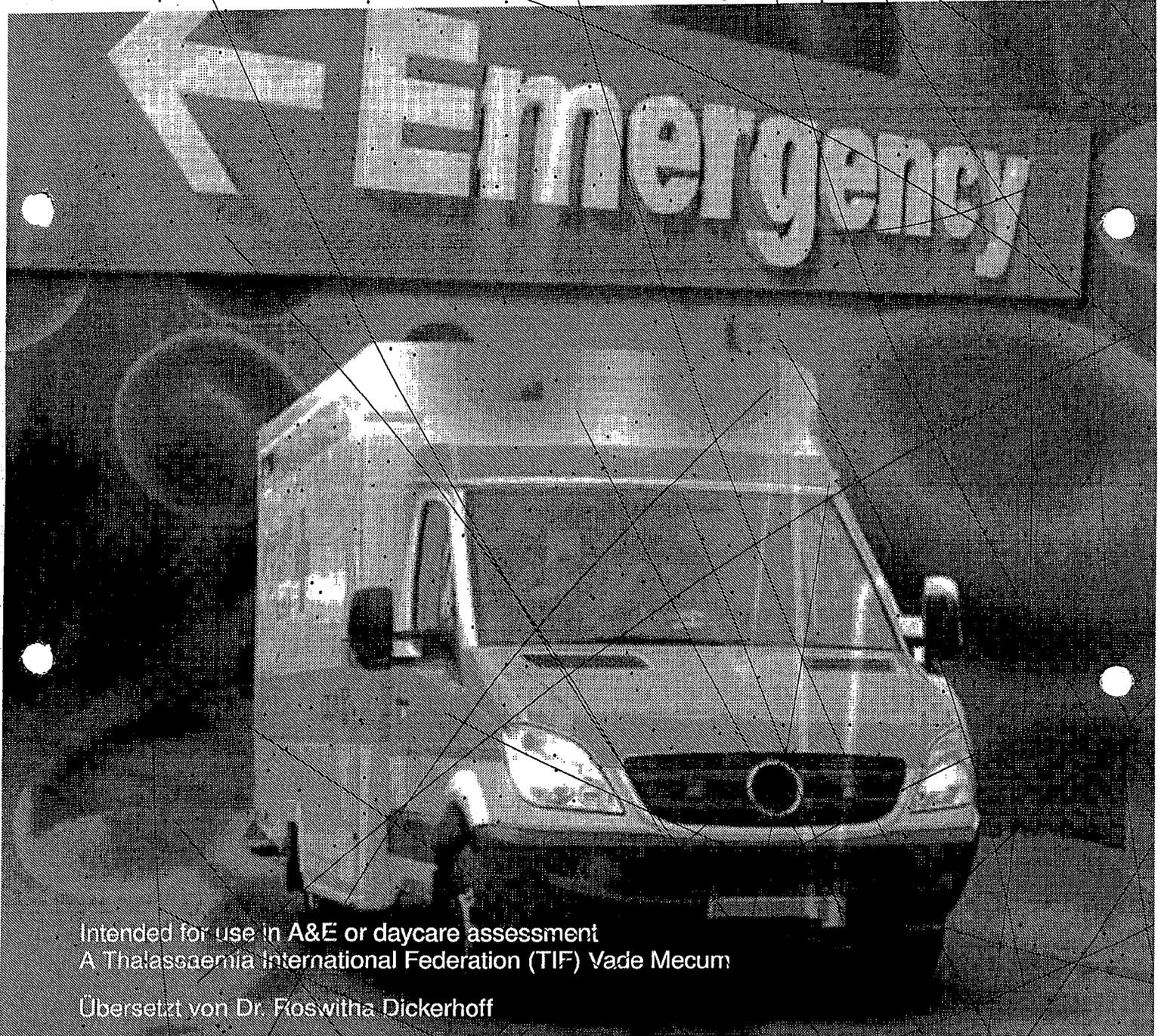
Vielen Dank..

Mit freundlichen Grüßen

[Handwritten signature]

812022320687 2703

NOTFALL- MANAGEMENT BEI THALASSÄMIE



Intended for use in A&E or daycare assessment
A Thalassaemia International Federation (TIF) Vade Mecum

Übersetzt von Dr. Fioswitha Dickerhoff



THALASSAEMIA
INTERNATIONAL
FEDERATION

67

AUTOREN

John Porter

MD, Professor of Haematology, Head of the Thalassaemia & Sickle Cell Unit, Department of Haematology, University College Hospital, London, UCL Cancer Institute.

Ali Taher

MD, Professor of Haematology, Haematology and Oncology Department of Internal Medicine, American University of Beirut Medical Centre.

Afif Mufarrih

MD, Director, Accident and Emergency Department, American University of Beirut Medical Centre.

Manolis Gavalas

MD, Consultant in Accident and Emergency Medicine, University College London Hospital, London.

GUTACHTER

Androulla Eleftheriou

PhD, Executive Director, Thalassaemia International Federation, Director of Cyprus Thalassaemia WHO Collaborating Centre.

Michael Angastiniotis

MD, Consultant, Paediatrician, Ex-Director of Paediatric Department of Archbishop Makarios III Hospital, Ministry of Health, Cyprus, Thalassaemia Centre and Medical Advisor of Thalassaemia International Federation, Nicosia.

Paul Telfer

MD, Consultant, Haematologist, Head of Haemoglobinopathy Unit, Bart's and the London Hospitals, London, UK

03.

WORAUF MUSS BEI DER KÖRPERLICHEN UNTERSUCHUNG GEACHTET WERDEN

Es ist wichtig, die Schwere der Erkrankung früh zu erkennen. Auf Vitalzeichen achten. Befindet sich der Patient in einem kritischen Zustand?

- Gesamterscheinung

Die Haut könnte aufgrund der Eisenüberladung eine bräunliche Verfärbung aufweisen.

- Ikterus - aufgrund der ineffizienten Erythropoese, Leberkomplikationen und/oder gleichzeitig vorhandenem Meulengracht-Syndrom.

- Minderwuchs, kurzer Rumpf und X-Beine (frühere mangelnde ärztliche Versorgung)
- Veränderungen am Schädel und Gesicht (Anzeichen für TI-Patienten oder für schlecht therapierte TM).

- Schädelvergrößerung, insbesondere frontal und Hervortreten des Jochbeins; Eindellung des Nasenrückens. Vergrößerung des Oberkiefers beeinflusst den Abstand zwischen den Zähnen und führt zur Malokklusion.

- Narben nach bereits erfolgten Operationen - Splenektomie, Cholezystektomie, Operationen nach Frakturen.

fehlende Pubertätszeichen (als Zeichen endokriner Störungen)

- Vitalzeichen

Blutdruck - viele TM-Patienten haben im stabilen Zustand einen niedrigen Blutdruck.

- Dies kann jedoch auch ein Zeichen für Myocardekompensation oder Sepsis sein.

Puls - unregelmäßiger Puls auf Grund der Eisenüberladung des Myocards; evtl.

nimmt der Patient Antikoagulantien. Temperatur - Sepsis ist häufig und lebens-

bedrohlich, besonders bei splenektomierten Patienten und/oder Patienten mit

einer Eisenüberladung

- Atemfrequenz, Pulsoximetrie, Glucose-Spiegel und Vigilanz (Glasgow-Koma-

Skala) haben hohe Priorität.

- Hepatosplenomegalie

- Die meisten gut behandelten TM-Patienten werden nicht splenektomiert sein; Ein-

schätzung der Milzgröße könnte helfen, eine Diagnose in einer Notfall-Situation zu

stellen.

- Einschätzung der Lebergröße ist ebenfalls essentiell. Eine vergrößerte Leber kann

durch Zirrhose, rechtsseitiges Herzversagen und extramedulläre Blutbildung verur-

sacht sein.

68

04. MANAGEMENT SPEZIELLER PROBLEME

4.1 SEPSIS

Mögliche Ursachen und Untersuchungen:

- * Infektionen sind typischerweise bakteriell; oft rasch progredient und potenziell tödlich.
- * Infektionen sind, nach Herzkomplikationen, die zweithäufigste Todesursache bei TM.
- * Thalassämie-Patienten mit Fieber sollten wie immungeschwächte Patienten behandelt werden.

Häufig beteiligte Organismen sind:

- * Klebsiella, welche Sepsis und Schock verursacht.
- * Eine Vielfalt von anderen gramnegativen Organismen.
- * Yersinia-enterocolitica, häufiger vorkommend bei Patienten, die Desferrioxamine einnehmen. Auftretend mit Fieber, Bauchschmerzen, Durchfall und Lymphadenopathie. Kann eine akute Appendizitis simulieren. Schwierig zu finden; deshalb muß das mikrobiologische Labor bei Probenentnahme von Stuhl und Blut umgehend über den Verdacht informiert werden.
- * Eine Vielzahl von grampositiven, bekapselten Organismen kann Infektionen verursachen; insbesondere bei splenektomierten Patienten.

Häufige Infektions-Foci sind vor allem:

- * Urogenitaltrakt: Harnwegs - Infektionen, Nierensteine
- * Atemwege
- * Abdomen
 - Cholezystitis
 - Dickdarmentzündung; Appendizitis (aber erst Yersinia ausschließen)
- * Zentralvenöse Katheter (ZVK)
- * Gehirn (Abszesse)
- * Herz (Myokarditis und Endokarditis)
- * Sepsis ohne Fokus - Splenektomie und schwerwiegende Eisenüberladung in Betracht ziehen.

Zu Thema Sepsis siehe: **EGDT Richtlinien** (Early Goal Directed Therapy). [Rivers E et al NEJM 2001; 345 (19)]:

- * Flüssigkeitsgabe (Überwässerung vermeiden, da viele Patienten kardial eingeschränkt sind durch die Eisentoxizität) je nach kardialer Situation; frühe Antibiotika-Gabe.



Klinische Chemie

Fall (aktuelle Fallnummer) Letzte 7 14 30 90 Tage oder Zeitraum eingeben.

Patient (Fallübergreifend) Von: Bis:

Alle Befunde	Abnahme	14.12.20 08:59	10.12.20 07:00	08.12.20 17:13	08.12.20 07:27	08.12.20 05:29	07.12.20 17:39	07.12.20 17:00
<input type="checkbox"/> Leuko [LEV]								
<input type="checkbox"/> Ery [ERY]								
<input checked="" type="checkbox"/> Hämoglobin (Hb) [Hb]								
<input type="checkbox"/> Hkt [HKT]								
<input checked="" type="checkbox"/> MCV [MCV]								
<input type="checkbox"/> MCH [MCH]								
<input type="checkbox"/> MCHC [MCHC]								
<input type="checkbox"/> Thrombo [THROM]								
<input type="checkbox"/> Neutro abs [NEUTRO]								
<input type="checkbox"/> Gerinnung [GER]								
<input type="checkbox"/> Quick [QUICK]								
<input type="checkbox"/> INR [INR]								
<input type="checkbox"/> PTT [PTT]								
<input type="checkbox"/> Chemie								
<input type="checkbox"/> Natrium [NA]								
<input checked="" type="checkbox"/> Kalium [K]								
<input type="checkbox"/> Glucose [GLUC]								
<input type="checkbox"/> CK [CK]								
<input type="checkbox"/> Troponin I [TROP I]								
<input type="checkbox"/> CRP [CRP]								
<input checked="" type="checkbox"/> Procalcitonin [PCT]								
<input type="checkbox"/> Creatinin [CREA]								
<input type="checkbox"/> GFR CKD-EPI [GFR]								
<input type="checkbox"/> Harnstoff [HARN]								
<input type="checkbox"/> Ges. Bilirubin [BIL]								
<input type="checkbox"/> ALAT (GPT) [ALAT]								
<input type="checkbox"/> GGT [GGT]								
<input type="checkbox"/> AP [AP]								
<input type="checkbox"/> P-Amylase [AMY]								
<input type="checkbox"/> TSH [TSH]								
<input type="checkbox"/> Ferritin [FERR]								
<input type="checkbox"/> Eisen [EISEN]								
<input type="checkbox"/> Transferrin [TRANS]								
<input type="checkbox"/> Transf. Sättig. [SAT]								
<input type="checkbox"/> Teststreifen [UR]								
<input type="checkbox"/> Leuko/ Urin [LEU]								
<input type="checkbox"/> Nitrit Urin [NIT]								
<input type="checkbox"/> pH Urin [PH]								
<input type="checkbox"/> Eiweiß/ Urin [PRO]								
<input type="checkbox"/> Gluc Urin [GLUC]								

x.isynet - Version Quartalsversion (21.1.68) ikü
für: [REDACTED] München

Datum: 27.01.2021 Seite: 1

Laborblatt: Tagesansicht (17604) [REDACTED] F, Facharzt-Bericht(Endbefund) vom 11.01.2021

Analyse	Bezeichnung	Ergebniswert	+/-	Einheit	Ergebnstext	Normbereich
****	ID: 4000714212, LA(Endbefund) - SYNLAB Labor München Zentrum					
MATVORH	Vorhandene Materialien:				Serum E...	
INFOKCH	Information				Durch d...	
GRBB	GROSSES BLUTBILD					
ERY	Erythrozyten	3,6		/pl		4,5-5,9
HB	Hämoglobin	11,6	-	g/dl		13,5-17,5
HBE	HBE (MCH)	32,6		pg		28-33
MCV	MCV	103,9	+	fl		80-96
HKT	Hämatokrit	37,0	-	%		40-53
MCHC	MCHC	31,4	-	g/dl		32-36
RDW	RDW (Ery)	17,5	+	%		11,6-14,1
THRO	Thrombozyten	198		Tsnd/ μ l		140-400
LEUK	Leukozyten	3,2	-	/nl		3,8-9,8
DIFF	Differentialblutbild					
SEGC	Segmentkernige	58,6		%		40,0-75,0
LYMC	Lymphozyten	25,8		%		18,0-48,0
MONC	Monocyten	11,9	+	%		4,0-11,0
BASC	Basophile	0,6		%		<1,5
EOSC	Eosinophile	3,1		%		<5,5
KREA	Kreatinin (S)	0,97		mg/dl		0,70-1,30
GFR	GFR (MDRD, Levey 2005)			ml/min	>60,0	>60,0
GFRCKDEP	GFR (CKD-EPI, Levey 2009)	95,9		ml/min		>90,0
FE	Eisen	194		μ g/dl		65-175
FERR	Ferritin	1104	+	ng/ml		18-360
TRFP	Transferrin	182	-	mg/dl		215-365
TRFS	Transferrin-Sättigung	76	+	%		18-45
CRPC	CRP quantitativ	0,22		mg/dl		<0,5
PCT	Procalcitonin	0,07		μ g/l		<0,10

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Ihr Zeichen

████████████████████

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

12.04.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

████████████████████

./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird eine Abschrift des Schriftsatzes vom 06.04.2021 mit Anlagen zur Kenntnis übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen

wie im Text erwähnt

Dienstgebäude

Richelstraße 11
München
S-Bahn-Haltestelle
"Donnersbergerbrücke"
Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17

Besuchszeiten

Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr
Mo,Di,Do nachmittags nach
Vereinbarung

Telefon (089) 1 30 62 - 0
Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder
(089) 1 30 62 - 259
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Hinweise zum Datenschutz
(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
„www.lsg.bayern.de“ unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf
Anfrage auch in Papierform.

71

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Gegen Empfangsbekanntnis

Ihr Zeichen

[REDACTED]

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

08.04.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

[REDACTED]

./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

beabsichtigt das Gericht, diesen Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid zu entscheiden (§ 105 des Sozialgerichtsgesetzes).

Sie erhalten Gelegenheit, sich hierzu **bis zum 26.04.2021** zu äußern.

Mit freundlichen Grüßen

Die Vorsitzende der 12. Kammer

Prof. Dr. Wicke

Richterin am Sozialgericht

Dienstgebäude

Richelstraße 11
München
S-Bahn-Haltestelle
"Donnersbergerbrücke"
Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17

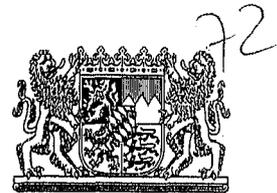
Besuchszeiten

Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr
Mo,Di,Do nachmittags nach
Vereinbarung

Telefon (089) 1 30 62 - 0
Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder
(089) 1 30 62 - 259
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Hinweise zum Datenschutz
(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
www.lsg.bayern.de unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf
Anfrage auch in Papierform.

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Az.: S 12 KR 2059/20

Mit Postzustellungsurkunde

Herr

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted] München

Ihr Zeichen

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

08.04.2021

Sehr geehrter Herr [Redacted]

in dem Rechtsstreit

[Redacted] ./. Techniker Krankenkasse, Hamburg

beabsichtigt das Gericht, diesen Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid zu entscheiden (§ 105 des Sozialgerichtsgesetzes).

Sie erhalten Gelegenheit, sich hierzu **bis zum 26.04.2021** zu äußern.

Mit freundlichen Grüßen

Die Vorsitzende der 12. Kammer

Prof. Dr. Wicke

Richterin am Sozialgericht

Dienstgebäude

Richelstraße 11
München
S-Bahn-Haltestelle
"Donnersbergerbrücke"
Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17

Besuchszeiten

Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr
Mo,Di,Do nachmittags nach
Vereinbarung

Telefon (089) 1 30 62 - 0
Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder
(089) 1 30 62 - 259
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Hinweise zum Datenschutz
(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
„www.lsg.bayern.de“ unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf
Anfrage auch in Papierform.

73

Transfervermerk

erstellt am: 14.04.2021, 05:48:19

(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16183355055291028183340120176260

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde vom De-Mail-Dienst versandt.

Eingang auf dem Server: 13.04.2021, 19:38:26
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)

Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xsl, visitenkarte.xml, visitenkarte.xsl,
herstellerinformation.xml

Anhänge: 20210413-sg2-simulation-hypothesis.pdf, De_Mail_Pruefprotokoll.pdf,
nachrichteninhalt_de_mail.pdf, demail.txt, de-mail.eml,
De_Mail_Pruefprotokoll.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID DE.Justiz.7e277e33-6d42-40d1-a9bb-84f34958927b.9829

Anrede Juristische Person

Akademischer Grad

Name/Firma De-Mail-Dienst

Vorname

Organisation BLK-AG IT-Standards in der Justiz

Organisationszusatz

Straße Postfachinhaber per Mail erreichbar

Hausnummer 0

Postleitzahl 00000

Ort Postfachinhaber nur per Mail erreichbar

Bundesland

Land DE

AZ: 12 KR 2059/20

74

████████████████████
████████████████████
████████████████████ München

An das
Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 2059/20

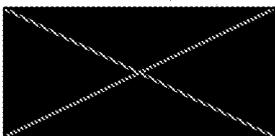
München, 13. April 2021

Dem Kläger wurde heute ein Schreiben von Frau Wicke vom 8. April 2021 zugestellt. Dieses ist, abgesehen vom Datum, völlig identisch mit dem Schreiben vom 9. März 2021.

Folgt man der Simulationshypothese (siehe Anhang X5), dann ist eine Möglichkeit der Interpretation der Realität, daß die meisten gegenwärtigen Personen Simulationen, also keine real existierenden Menschen, sind. Die wiederholt identischen Vorträge von Frau Wicke, auch in anderen Belangen, unterstützen diese Hypothese. Es ist folglich denkbar, daß der Avatar rechtsbeugende Richterin der Simulation einen Programmierfehler enthält, welcher in einer endlosen Schleife immer wieder zur inhaltsgleichen Ausgabe von rechtllichem Unsinn führt (beispielhaft Anhang X4).

Frau Wicke wäre folglich keine echte Person. Würde sich das als richtig herausstellen, hätte das für Frau Wicke den Vorteil, daß das Strafrecht auf sie als Unperson keine Anwendung fände.

In der Welt real existierender Menschen bleibt für eine Anwendung von § 105 SGG hier jedoch kein Raum. Dies hatte der Kläger bereits im Schreiben vom 6. April 2021 (Zugang am folgenden Tag) vorgetragen.



Anhänge:

X4: Evidenz für Frau Wicke als falsch programmierter Avatar der Simulation

X5: Bostrom, Nick (2003). "Are You Living in a Computer Simulation?". Philosophical Quarterly. 53 (211): 243–255.

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richterallee 11, 80834 München

Az.: S 12 KR 2059/20

Mit Postzustellungsurkunde

Herr
[Redacted]
80802 München

Ihr Zeichen: — Aktenzeichen (Bitte stets angeben): S 12 KR 2059/20 Durchwahl: 108 Datum: 08.03.2021

Sehr geehrter Herr [Redacted]

In dem Rechtsstreit: [Redacted] / Techniker Krankenkasse, Hamburg

beabsichtigt das Gericht, diesen Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid zu entscheiden (§ 105 des Sozialgerichtsgesetzes).

Sie erhalten Gelegenheit, sich hierzu bis zum 07.04.2021 zu äußern.

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende der 12. Kammer

Prof. Dr. Wicke
Richterin am Sozialgericht

Dienstaggebäude Besuchszeiten: Richterallee 11 München, S-Bahn-Station S-Bahn-Station, Rosenstraße 10 Burghausener Straße Linden 10/17 Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr nachmittags nach Vereinbarung Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 789 Internet: http://www.lsg.bayern.de Hinweis zum Datenschutz (Art. 13 und 14 EU-DSGVO): erhalten Sie auf www.lsg.bayern.de unter der Rubrik 'Datenschutz', auf Anfrage auch in Papierform.

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richterallee 11, 80834 München

Az.: S 12 KR 2059/20

Mit Postzustellungsurkunde

Herr
[Redacted]
80802 München

Ihr Zeichen: — Aktenzeichen (Bitte stets angeben): S 12 KR 2059/20 Durchwahl: 108 Datum: 08.04.2021

Sehr geehrter Herr [Redacted]

In dem Rechtsstreit: [Redacted] / Techniker Krankenkasse, Hamburg

beabsichtigt das Gericht, diesen Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid zu entscheiden (§ 105 des Sozialgerichtsgesetzes).

Sie erhalten Gelegenheit, sich hierzu bis zum 26.04.2021 zu äußern.

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende der 12. Kammer

Prof. Dr. Wicke
Richterin am Sozialgericht

Dienstaggebäude Besuchszeiten: Richterallee 11 München, S-Bahn-Station S-Bahn-Station, Rosenstraße 10 Burghausener Straße Linden 10/17 Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr nachmittags nach Vereinbarung Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 789 Internet: http://www.lsg.bayern.de Hinweis zum Datenschutz (Art. 13 und 14 EU-DSGVO): erhalten Sie auf www.lsg.bayern.de unter der Rubrik 'Datenschutz', auf Anfrage auch in Papierform.

75

ARE YOU LIVING IN A COMPUTER SIMULATION?

BY NICK BOSTROM

[Published in *Philosophical Quarterly* (2003) Vol. 53, No. 211, pp. 243-255. (First version: 2001)]

This paper argues that *at least one* of the following propositions is true: (1) the human species is very likely to go extinct before reaching a "posthuman" stage; (2) any posthuman civilization is extremely unlikely to run a significant number of simulations of their evolutionary history (or variations thereof); (3) we are almost certainly living in a computer simulation. It follows that the belief that there is a significant chance that we will one day become posthumans who run ancestor-simulations is false, unless we are currently living in a simulation. A number of other consequences of this result are also discussed.

I. INTRODUCTION

Many works of science fiction as well as some forecasts by serious technologists and futurologists predict that enormous amounts of computing power will be available in the future. Let us suppose for a moment that these predictions are correct. One thing that later generations might do with their super-powerful computers is run detailed simulations of their forebears or of people like their forebears. Because their computers would be so powerful, they could run a great many such simulations. Suppose that these simulated people are conscious (as they would be if the simulations were sufficiently fine-grained and if a certain quite widely accepted position in the philosophy of mind is correct). Then it could be the case that the vast majority of minds like ours do not belong to the original race but rather to people simulated by the advanced descendants of an original race. It is then possible to argue that, if this were the case, we would be rational to think that we are likely among the simulated minds rather than among the original biological ones. Therefore, if we don't think that we are currently living in a computer simulation, we are not entitled to believe that we will have descendants who will run lots of such simulations of their forebears. That is the basic idea. The rest of this paper will spell it out more carefully.

Apart from the interest this thesis may hold for those who are engaged in futuristic speculation, there are also more purely theoretical rewards. The argument provides a stimulus for formulating some methodological and metaphysical questions, and it suggests naturalistic analogies to certain traditional religious conceptions, which some may find amusing or thought-provoking.

The structure of the paper is as follows. First, we formulate an assumption that we need to import from the philosophy of mind in order to get the argument started. Second, we consider some empirical reasons for thinking that running vastly many simulations of human minds would be within the capability of a future civilization that has developed many of those technologies that can already be shown to be compatible with known physical laws and engineering constraints. This part is not philosophically necessary but it provides an incentive for paying attention to the rest. Then follows the core of the argument, which makes use of some simple probability theory, and a section providing support for a weak indifference principle that the argument employs. Lastly, we discuss some interpretations of the disjunction, mentioned in the abstract, that forms the conclusion of the simulation argument.

II. THE ASSUMPTION OF SUBSTRATE-INDEPENDENCE

A common assumption in the philosophy of mind is that of *substrate-independence*. The idea is that mental states can supervene on any of a broad class of physical substrates. Provided a system implements the right sort of computational structures and processes, it can be associated with conscious experiences. It is not an essential property of consciousness that it is implemented on carbon-based biological neural networks inside a cranium: silicon-based processors inside a computer could in principle do the trick as well.

Arguments for this thesis have been given in the literature, and although it is not entirely uncontroversial, we shall here take it as a given.

The argument we shall present does not, however, depend on any very strong version of functionalism or computationalism. For example, we need not assume that the thesis of substrate-independence is *necessarily* true (either analytically or metaphysically) – just that, in fact, a computer running a suitable program would be conscious. Moreover, we need not assume that in order to create a mind on a computer it would be sufficient to program it in such a way that it behaves like a human in all situations, including passing the Turing test etc. We need only the weaker assumption that it would suffice for the generation of subjective experiences that the computational processes of a human brain are structurally replicated in suitably fine-grained detail, such as on the level of

individual synapses. This attenuated version of substrate-independence is quite widely accepted.

Neurotransmitters, nerve growth factors, and other chemicals that are smaller than a synapse clearly play a role in human cognition and learning. The substrate-independence thesis is not that the effects of these chemicals are small or irrelevant, but rather that they affect subjective experience only *via* their direct or indirect influence on computational activities. For example, if there can be no difference in subjective experience without there also being a difference in synaptic discharges, then the requisite detail of simulation is at the synaptic level (or higher).

III. THE TECHNOLOGICAL LIMITS OF COMPUTATION

At our current stage of technological development, we have neither sufficiently powerful hardware nor the requisite software to create conscious minds in computers. But persuasive arguments have been given to the effect that if technological progress continues unabated *then* these shortcomings will eventually be overcome. Some authors argue that this stage may be only a few decades away.¹ Yet present purposes require no assumptions about the time-scale. The simulation argument works equally well for those who think that it will take hundreds of thousands of years to reach a "posthuman" stage of civilization, where humankind has acquired most of the technological capabilities that one can currently show to be consistent with physical laws and with material and energy constraints.

Such a mature stage of technological development will make it possible to convert planets and other astronomical resources into enormously powerful computers. It is currently hard to be confident in any upper bound on the computing power that may be available to posthuman civilizations. As we are still lacking a "theory of everything", we cannot rule out the possibility that novel physical phenomena, not allowed for in current physical theories, may be utilized to transcend those constraints² that in our current understanding impose

¹ See e.g. K. E. Drexler, *Engines of Creation: The Coming Era of Nanotechnology*, London, Forth Estate, 1985; N. Bostrom, "How Long Before Superintelligence?" *International Journal of Futures Studies*, vol. 2, (1998); R. Kurzweil, *The Age of Spiritual Machines: When computers exceed human intelligence*, New York, Viking Press, 1999; H. Moravec, *Robot: Mere Machine to Transcendent Mind*, Oxford University Press, 1999.

² Such as the Bremermann-Bekenstein bound and the black hole limit (H. J. Bremermann, "Minimum energy requirements of information transfer and computing." *International Journal of Theoretical Physics* 21: 203-217 (1982); J. D. Bekenstein, "Entropy content and information flow in systems with limited energy." *Physical Review D* 30: 1669-1679 (1984); A. Sandberg, "The Physics

theoretical limits on the information processing attainable in a given lump of matter. We can with much greater confidence establish *lower* bounds on posthuman computation, by assuming only mechanisms that are already understood. For example, Eric Drexler has outlined a design for a system the size of a sugar cube (excluding cooling and power supply) that would perform 10^{21} instructions per second.³ Another author gives a rough estimate of 10^{42} operations per second for a computer with a mass on order of a large planet.⁴ (If we could create quantum computers, or learn to build computers out of nuclear matter or plasma, we could push closer to the theoretical limits. Seth Lloyd calculates an upper bound for a 1 kg computer of $5 \cdot 10^{50}$ logical operations per second carried out on $\sim 10^{31}$ bits.⁵ However, it suffices for our purposes to use the more conservative estimate that presupposes only currently known design-principles.)

The amount of computing power needed to emulate a human mind can likewise be roughly estimated. One estimate, based on how computationally expensive it is to replicate the functionality of a piece of nervous tissue that we have already understood and whose functionality has been replicated *in silico*, contrast enhancement in the retina, yields a figure of $\sim 10^{14}$ operations per second for the entire human brain.⁶ An alternative estimate, based the number of synapses in the brain and their firing frequency, gives a figure of $\sim 10^{16}$ - 10^{17} operations per second.⁷ Conceivably, even more could be required if we want to simulate in detail the internal workings of synapses and dendritic trees. However, it is likely that the human central nervous system has a high degree of redundancy on the microscale to compensate for the unreliability and noisiness of its neuronal components. One would therefore expect a substantial efficiency gain when using more reliable and versatile non-biological processors.

Memory seems to be a no more stringent constraint than processing power.⁸ Moreover, since the maximum human sensory bandwidth is $\sim 10^8$ bits per second, simulating all sensory events incurs a negligible cost compared to simulating the cortical activity. We can therefore use the processing power

of Information Processing Superobjects: The Daily Life among the Jupiter Brains." *Journal of Evolution and Technology*, vol. 5 (1999)).

³ K. E. Drexler, *Nanosystems: Molecular Machinery, Manufacturing, and Computation*, New York, John Wiley & Sons, Inc., 1992.

⁴ R. J. Bradbury, "Matrioshka Brains." *Working manuscript* (2002), <http://www.aeiveos.com/~bradbury/MatrioshkaBrains/MatrioshkaBrains.html>.

⁵ S. Lloyd, "Ultimate physical limits to computation." *Nature* 406 (31 August): 1047-1054 (2000).

⁶ H. Moravec, *Mind Children*, Harvard University Press (1989).

⁷ Bostrom (1998), *op. cit.*

⁸ See references in foregoing footnotes.

required to simulate the central nervous system as an estimate of the total computational cost of simulating a human mind.

If the environment is included in the simulation, this will require additional computing power – how much depends on the scope and granularity of the simulation. Simulating the entire universe down to the quantum level is obviously infeasible, unless radically new physics is discovered. But in order to get a realistic simulation of human experience, much less is needed – only whatever is required to ensure that the simulated humans, interacting in normal human ways with their simulated environment, don't notice any irregularities. The microscopic structure of the inside of the Earth can be safely omitted. Distant astronomical objects can have highly compressed representations: verisimilitude need extend to the narrow band of properties that we can observe from our planet or solar system spacecraft. On the surface of Earth, macroscopic objects in inhabited areas may need to be continuously simulated, but microscopic phenomena could likely be filled in *ad hoc*. What you see through an electron microscope needs to look unsuspecting, but you usually have no way of confirming its coherence with unobserved parts of the microscopic world. Exceptions arise when we deliberately design systems to harness unobserved microscopic phenomena that operate in accordance with known principles to get results that we are able to independently verify. The paradigmatic case of this is a computer. The simulation may therefore need to include a continuous representation of computers down to the level of individual logic elements. This presents no problem, since our current computing power is negligible by posthuman standards.

Moreover, a posthuman simulator would have enough computing power to keep track of the detailed belief-states in all human brains at all times. Therefore, when it saw that a human was about to make an observation of the microscopic world, it could fill in sufficient detail in the simulation in the appropriate domain on an as-needed basis. Should any error occur, the director could easily edit the states of any brains that have become aware of an anomaly before it spoils the simulation. Alternatively, the director could skip back a few seconds and rerun the simulation in a way that avoids the problem.

It thus seems plausible that the main computational cost in creating simulations that are indistinguishable from physical reality for human minds in the simulation resides in simulating organic brains down to the neuronal or sub-neuronal level.⁹ While it is not possible to get a very exact estimate of the cost of a realistic simulation of human history, we can use $\sim 10^{33}$ - 10^{36} operations as a

⁹ As we build more and faster computers, the cost of simulating our machines might eventually come to dominate the cost of simulating nervous systems.

rough estimate¹⁰. As we gain more experience with virtual reality, we will get a better grasp of the computational requirements for making such worlds appear realistic to their visitors. But in any case, even if our estimate is off by several orders of magnitude, this does not matter much for our argument. We noted that a rough approximation of the computational power of a planetary-mass computer is 10^{42} operations per second, and that assumes only already known nanotechnological designs, which are probably far from optimal. A single such a computer could simulate the entire mental history of humankind (call this an *ancestor-simulation*) by using less than one millionth of its processing power for one second. A posthuman civilization may eventually build an astronomical number of such computers. We can conclude that the computing power available to a posthuman civilization is sufficient to run a huge number of ancestor-simulations even it allocates only a minute fraction of its resources to that purpose. We can draw this conclusion even while leaving a substantial margin of error in all our estimates.

- Posthuman civilizations would have enough computing power to run hugely many ancestor-simulations even while using only a tiny fraction of their resources for that purpose.

IV. THE CORE OF THE SIMULATION ARGUMENT

The basic idea of this paper can be expressed roughly as follows: If there were a substantial chance that our civilization will ever get to the posthuman stage and run many ancestor-simulations, then how come you are not living in such a simulation?

We shall develop this idea into a rigorous argument. Let us introduce the following notation:

f_p : Fraction of all human-level technological civilizations that survive to reach a posthuman stage

\bar{N} : Average number of ancestor-simulations run by a posthuman civilization

\bar{H} : Average number of individuals that have lived in a civilization before it reaches a posthuman stage

¹⁰ 100 billion humans \times 50 years/human \times 30 million secs/year \times $[10^{14}, 10^{17}]$ operations in each human brain per second $\approx [10^{33}, 10^{36}]$ operations.

The actual fraction of all observers with human-type experiences that live in simulations is then

$$f_{sim} = \frac{f_p \overline{N} \overline{H}}{(f_p \overline{N} \overline{H}) + \overline{H}}$$

Writing f_i for the fraction of posthuman civilizations that are interested in running ancestor-simulations (or that contain at least some individuals who are interested in that and have sufficient resources to run a significant number of such simulations), and \overline{N}_i for the average number of ancestor-simulations run by such interested civilizations, we have

$$\overline{N} = f_i \overline{N}_i$$

and thus:

$$f_{sim} = \frac{f_p f_i \overline{N}_i}{(f_p f_i \overline{N}_i) + 1} \quad (*)$$

Because of the immense computing power of posthuman civilizations, \overline{N}_i is extremely large, as we saw in the previous section. By inspecting (*) we can then see that *at least one* of the following three propositions must be true:

- (1) $f_p \approx 0$
- (2) $f_i \approx 0$
- (3) $f_{sim} \approx 1$

V. A BLAND INDIFFERENCE PRINCIPLE

We can take a further step and conclude that conditional on the truth of (3), one's credence in the hypothesis that one is in a simulation should be close to unity. More generally, if we knew that a fraction x of all observers with human-type experiences live in simulations, and we don't have any information that indicate that our own particular experiences are any more or less likely than other human-type experiences to have been implemented *in vivo* rather than *in machina*, then our credence that we are in a simulation should equal x :

$$Cr(SIM | f_{sim} = x) = x \quad (\#)$$

This step is sanctioned by a very weak indifference principle. Let us distinguish two cases. The first case, which is the easiest, is where all the minds in question are like your own in the sense that they are exactly qualitatively identical to yours: they have exactly the same information and the same experiences that you have. The second case is where the minds are "like" each other only in the loose sense of being the sort of minds that are typical of human creatures, but they are qualitatively distinct from one another and each has a distinct set of experiences. I maintain that even in the latter case, where the minds are qualitatively different, the simulation argument still works, provided that you have no information that bears on the question of which of the various minds are simulated and which are implemented biologically.

A detailed defense of a stronger principle, which implies the above stance for both cases as trivial special instances, has been given in the literature.¹¹ Space does not permit a recapitulation of that defense here, but we can bring out one of the underlying intuitions by bringing to our attention to an analogous situation of a more familiar kind. Suppose that $x\%$ of the population has a certain genetic sequence S within the part of their DNA commonly designated as "junk DNA". Suppose, further, that there are no manifestations of S (short of what would turn up in a gene assay) and that there are no known correlations between having S and any observable characteristic. Then, quite clearly, unless you have had your DNA sequenced, it is rational to assign a credence of $x\%$ to the hypothesis that you have S . And this is so quite irrespective of the fact that the people who have S have qualitatively different minds and experiences from the people who don't have S . (They are different simply because all humans have different experiences from one another, not because of any known link between S and what kind of experiences one has.)

The same reasoning holds if S is not the property of having a certain genetic sequence but instead the property of being in a simulation, assuming only that we have no information that enables us to predict any differences between the experiences of simulated minds and those of the original biological minds.

It should be stressed that the bland indifference principle expressed by (#) prescribes indifference only between hypotheses about which observer you are, when you have no information about which of these observers you are. It does

¹¹ In e.g. N. Bostrom, "The Doomsday argument, Adam & Eve, UN⁺⁺, and Quantum Joe." *Synthese* 127(3): 359-387 (2001); and most fully in my book *Anthropic Bias: Observation Selection Effects in Science and Philosophy*, Routledge, New York, 2002.

77

not in general prescribe indifference between hypotheses when you lack specific information about which of the hypotheses is true. In contrast to Laplacean and other more ambitious principles of indifference, it is therefore immune to Bertrand's paradox and similar predicaments that tend to plague indifference principles of unrestricted scope.

Readers familiar with the Doomsday argument¹² may worry that the bland principle of indifference invoked here is the same assumption that is responsible for getting the Doomsday argument off the ground, and that the counterintuitiveness of some of the implications of the latter incriminates or casts doubt on the validity of the former. This is not so. The Doomsday argument rests on a *much* stronger and more controversial premiss, namely that one should reason as if one were a random sample from the set of all people who will ever have lived (past, present, and future) *even though we know that we are living in the early twenty-first century* rather than at some point in the distant past or the future. The bland indifference principle, by contrast, applies only to cases where we have no information about which group of people we belong to.

If betting odds provide some guidance to rational belief, it may also be worth to ponder that if everybody were to place a bet on whether they are in a simulation or not, then if people use the bland principle of indifference, and consequently place their money on being in a simulation if they know that that's where almost all people are, then almost everyone will win their bets. If they bet on *not* being in a simulation, then almost everyone will lose. It seems better that the bland indifference principle be heeded.

Further, one can consider a sequence of possible situations in which an increasing fraction of all people live in simulations: 98%, 99%, 99.9%, 99.9999%, and so on. As one approaches the limiting case in which *everybody* is in a simulation (from which one can *deductively* infer that one is in a simulation oneself), it is plausible to require that the credence one assigns to being in a simulation gradually approach the limiting case of complete certainty in a matching manner.

VI. INTERPRETATION

The possibility represented by proposition (1) is fairly straightforward. If (1) is true, then humankind will almost certainly fail to reach a posthuman level; for virtually no species at our level of development become posthuman, and it is hard to see any justification for thinking that our own species will be especially privileged or protected from future disasters. Conditional on (1), therefore, we

¹² See e.g. J. Leslie, "Is the End of the World Nigh?" *Philosophical Quarterly* 40, 158: 65-72 (1990).

must give a high credence to *DOOM*, the hypothesis that humankind will go extinct before reaching a posthuman level:

$$Cr(DOOM | f_p \approx 0) \approx 1$$

One can imagine hypothetical situations where we have such evidence as would trump knowledge of f_p . For example, if we discovered that we were about to be hit by a giant meteor, this might suggest that we had been exceptionally unlucky. We could then assign a credence to *DOOM* larger than our expectation of the fraction of human-level civilizations that fail to reach posthumanity. In the actual case, however, we seem to lack evidence for thinking that we are special in this regard, for better or worse.

Proposition (1) doesn't by itself imply that we are likely to go extinct soon, only that we are unlikely to reach a posthuman stage. This possibility is compatible with us remaining at, or somewhat above, our current level of technological development for a long time before going extinct. Another way for (1) to be true is if it is likely that technological civilization will collapse. Primitive human societies might then remain on Earth indefinitely.

There are many ways in which humanity could become extinct before reaching posthumanity. Perhaps the most natural interpretation of (1) is that we are likely to go extinct as a result of the development of some powerful but dangerous technology.¹³ One candidate is molecular nanotechnology, which in its mature stage would enable the construction of self-replicating nanobots capable of feeding on dirt and organic matter – a kind of mechanical bacteria. Such nanobots, designed for malicious ends, could cause the extinction of all life on our planet.¹⁴

The second alternative in the simulation argument's conclusion is that the fraction of posthuman civilizations that are interested in running ancestor-simulation is negligibly small. In order for (2) to be true, there must be a strong *convergence* among the courses of advanced civilizations. If the number of ancestor-simulations created by the interested civilizations is extremely large, the rarity of such civilizations must be correspondingly extreme. Virtually no posthuman civilizations decide to use their resources to run large numbers of ancestor-simulations. Furthermore, virtually all posthuman civilizations lack

¹³ See my paper "Existential Risks: Analyzing Human Extinction Scenarios and Related Hazards." *Journal of Evolution and Technology*, vol. 9 (2001) for a survey and analysis of the present and anticipated future threats to human survival.

¹⁴ See e.g. Drexler (1985) *op cit.*, and R. A. Freitas Jr., "Some Limits to Global Ecophagy by Biovorous Nanoreplicators, with Public Policy Recommendations." *Zyvex preprint* April (2000), <http://www.foresight.org/NanoRev/Ecophagy.html>.

individuals who have sufficient resources and interest to run ancestor-simulations; or else they have reliably enforced laws that prevent such individuals from acting on their desires.

What force could bring about such convergence? One can speculate that advanced civilizations all develop along a trajectory that leads to the recognition of an ethical prohibition against running ancestor-simulations because of the suffering that is inflicted on the inhabitants of the simulation. However, from our present point of view, it is not clear that creating a human race is immoral. On the contrary, we tend to view the existence of our race as constituting a great ethical value. Moreover, convergence on an ethical view of the immorality of running ancestor-simulations is not enough: it must be combined with convergence on a civilization-wide social structure that enables activities considered immoral to be effectively banned.

Another possible convergence point is that almost all individual posthumans in virtually all posthuman civilizations develop in a direction where they lose their desires to run ancestor-simulations. This would require significant changes to the motivations driving their human predecessors, for there are certainly many humans who would like to run ancestor-simulations if they could afford to do so. But perhaps many of our human desires will be regarded as silly by anyone who becomes a posthuman. Maybe the scientific value of ancestor-simulations to a posthuman civilization is negligible (which is not too implausible given its unfathomable intellectual superiority), and maybe posthumans regard recreational activities as merely a very inefficient way of getting pleasure – which can be obtained much more cheaply by direct stimulation of the brain's reward centers. One conclusion that follows from (2) is that posthuman societies will be very different from human societies: they will not contain relatively wealthy independent agents who have the full gamut of human-like desires and are free to act on them.

The possibility expressed by alternative (3) is the conceptually most intriguing one. If we are living in a simulation, then the cosmos that we are observing is just a tiny piece of the totality of physical existence. The physics in the universe where the computer is situated that is running the simulation may or may not resemble the physics of the world that we observe. While the world we see is in some sense "real", it is not located at the fundamental level of reality.

It may be possible for simulated civilizations to become posthuman. They may then run their own ancestor-simulations on powerful computers they build in their simulated universe. Such computers would be "virtual machines", a familiar concept in computer science. (Java script web-applets, for instance, run on a virtual machine – a simulated computer – inside your desktop.) Virtual machines can be stacked: it's possible to simulate a machine simulating another

machine, and so on, in arbitrarily many steps of iteration. If we do go on to create our own ancestor-simulations, this would be strong evidence against (1) and (2), and we would therefore have to conclude that we live in a simulation. Moreover, we would have to suspect that the posthumans running our simulation are themselves simulated beings; and their creators, in turn, may also be simulated beings.

Reality may thus contain many levels. Even if it is necessary for the hierarchy to bottom out at some stage – the metaphysical status of this claim is somewhat obscure – there may be room for a large number of levels of reality, and the number could be increasing over time. (One consideration that counts against the multi-level hypothesis is that the computational cost for the basement-level simulators would be very great. Simulating even a single posthuman civilization might be prohibitively expensive. If so, then we should expect our simulation to be terminated when we are about to become posthuman.)

Although all the elements of such a system can be naturalistic, even physical, it is possible to draw some loose analogies with religious conceptions of the world. In some ways, the posthumans running a simulation are like gods in relation to the people inhabiting the simulation: the posthumans created the world we see; they are of superior intelligence; they are “omnipotent” in the sense that they can interfere in the workings of our world even in ways that violate its physical laws; and they are “omniscient” in the sense that they can monitor everything that happens. However, all the demigods except those at the fundamental level of reality are subject to sanctions by the more powerful gods living at lower levels.

Further rumination on these themes could climax in a *naturalistic theogony* that would study the structure of this hierarchy, and the constraints imposed on its inhabitants by the possibility that their actions on their own level may affect the treatment they receive from dwellers of deeper levels. For example, if nobody can be sure that they are at the basement-level, then everybody would have to consider the possibility that their actions will be rewarded or punished, based perhaps on moral criteria, by their simulators. An afterlife would be a real possibility. Because of this fundamental uncertainty, even the basement civilization may have a reason to behave ethically. The fact that it has such a reason for moral behavior would of course add to everybody else’s reason for behaving morally, and so on, in truly virtuous circle. One might get a kind of universal ethical imperative, which it would be in everybody’s self-interest to obey, as it were “from nowhere”.

In addition to ancestor-simulations, one may also consider the possibility of more selective simulations that include only a small group of humans or a

single individual. The rest of humanity would then be zombies or "shadow-people" – humans simulated only at a level sufficient for the fully simulated people not to notice anything suspicious. It is not clear how much cheaper shadow-people would be to simulate than real people. It is not even obvious that it is possible for an entity to behave indistinguishably from a real human and yet lack conscious experience. Even if there are such selective simulations, you should not think that you are in one of them unless you think they are much more numerous than complete simulations. There would have to be about 100 billion times as many "me-simulations" (simulations of the life of only a single mind) as there are ancestor-simulations in order for most simulated persons to be in me-simulations.

There is also the possibility of simulators abridging certain parts of the mental lives of simulated beings and giving them false memories of the sort of experiences that they would typically have had during the omitted interval. If so, one can consider the following (farfetched) solution to the problem of evil: that there is no suffering in the world and all memories of suffering are illusions. Of course, this hypothesis can be seriously entertained only at those times when you are not currently suffering.

Supposing we live in a simulation, what are the implications for us humans? The foregoing remarks notwithstanding, the implications are not all that radical. Our best guide to how our posthuman creators have chosen to set up our world is the standard empirical study of the universe we see. The revisions to most parts of our belief networks would be rather slight and subtle – in proportion to our lack of confidence in our ability to understand the ways of posthumans. Properly understood, therefore, the truth of (3) should have no tendency to make us "go crazy" or to prevent us from going about our business and making plans and predictions for tomorrow. The chief empirical importance of (3) at the current time seems to lie in its role in the tripartite conclusion established above.¹⁵ We may hope that (3) is true since that would decrease the probability of (1), although if computational constraints make it likely that simulators would terminate a simulation before it reaches a posthuman level, then our best hope would be that (2) is true.

If we learn more about posthuman motivations and resource constraints, maybe as a result of developing towards becoming posthumans ourselves, then the hypothesis that we are simulated will come to have a much richer set of empirical implications.

¹⁵ For some reflections by another author on the consequences of (3), which were sparked by a privately circulated earlier version of this paper, see R. Hanson, "How to Live in a Simulation." *Journal of Evolution and Technology*, vol. 7 (2001).

VII. CONCLUSION

A technologically mature "posthuman" civilization would have enormous computing power. Based on this empirical fact, the simulation argument shows that *at least one* of the following propositions is true: (1) The fraction of human-level civilizations that reach a posthuman stage is very close to zero; (2) The fraction of posthuman civilizations that are interested in running ancestor-simulations is very close to zero; (3) The fraction of all people with our kind of experiences that are living in a simulation is very close to one.

If (1) is true, then we will almost certainly go extinct before reaching posthumanity. If (2) is true, then there must be a strong convergence among the courses of advanced civilizations so that virtually none contains any relatively wealthy individuals who desire to run ancestor-simulations and are free to do so. If (3) is true, then we almost certainly live in a simulation. In the dark forest of our current ignorance, it seems sensible to apportion one's credence roughly evenly between (1), (2), and (3).

Unless we are now living in a simulation, our descendants will almost certainly never run an ancestor-simulation.

Acknowledgements

I'm grateful to many people for comments, and especially to Amara Angelica, Robert Bradbury, Milan Cirkovic, Robin Hanson, Hal Finney, Robert A. Freitas Jr., John Leslie, Mitch Porter, Keith DeRose, Mike Treder, Mark Walker, Eliezer Yudkowsky, and several anonymous referees.

siehe Anhang

83

demail.txt

@t-online.de-mail.de



De-Mail-Prüfprotokoll über die sichere und absenderbestätigte Anmeldung:

Der Absender der De-Mail mit den nachfolgenden Angaben war bei Versand der Nachricht sicher im Sinne des § 4 Abs.1 S.2 des De-Mail Gesetzes angemeldet.

Die sichere Anmeldung ist bestätigt worden.

Der De-Mail-Absender hat eine De-Mail-Eingangsbestätigung angefordert. Diese wurde automatisch erstellt und an den De-Mail-Absender versandt.
Sie als Empfänger der De-Mail erhalten diese Eingangsbestätigung mit gesonderter EGVP-Nachricht ebenfalls zur Kenntnis.

Angaben:

De-Mail-Empfänger	sg-muenchen@egvp.de-mail.de
De-Mail-Absender	[REDACTED]@t-online.de-mail.de
Betreff	S 12 KR 2059/20, Hypothese
Nachrichten ID der De-Mail	42274d00-febd-451a-816f-fe9371c1433d@t-online.de-mail.de
Eingang beim De-Mail Empfänger	Dienstag, 2021.04.13 19:38:22 +0200
automatisierte Versandbestätigung erteilt	Ja
automatisierte Eingangsbestätigung erteilt	Ja
gesonderte Eingangsbestätigung per De-Mail-Nachricht erteilt	Nein

Handwritten notes:
 022 no ... ab ...
 ... als ...
 ...

Schrittsatz des Klägers
mit Akte als Begründung aus LSG

15/4

in S 12 KR 2030/2000 ✓

Zustellungsurkunde

XG 86 302 300 ODE

Z



1.1 Aktenzeichen
▶ S 12 KR 2059/20

1.2 Ggf. weitere Kennz.
ger. Schreiben v. 08.04.2021

Weitersenden innerhalb des

1.5 Bezirks des Amtsgerichts

1.6 Bezirks des Landgerichts

1.7 Inlands

8/12

1.3 Adressat

Herr

██████████
██████████
██████████ München

Bei der Zustellung zu beachtende Vermerke

1.8 Ersatzzustellung ausgeschlossen

1.9 Keine Ersatzzustellung an:

1.10 Nicht durch Niederlegung zustellen

1.11 Mit Angabe der Uhrzeit zustellen

1.4 Bei erfolgreichem Zustellversuch: Vermerk über den Grund der Nichtzustellung

1.4.1 Adressat unter der angegebenen Anschrift nicht zu ermitteln

1.4.2 Adressat verzogen nach:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

1.4.3 Weitersendung nicht möglich Weitersendung nicht verlangt

1.4.4 Empfänger unbekannt verzogen

1.4.5 Anderer Grund:

1.4.6 Datum

--	--	--	--	--	--

1.4.7 Unterschrift

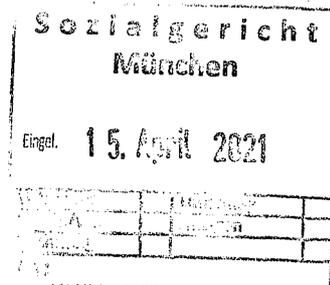
Unterschrift

1.4.8 Postunternehmen/Behörde:

Deutsche Post AG
Zustellstützpunkt

Zustellungsurkunde/Zustellungsauftrag
zurück an Absender

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstr. 11
80634 München



1042100742



Das mit umseitiger Anschrift und Aktenzeichen versehene Schriftstück (verschlossener Umschlag) habe ich in meiner Eigenschaft als

2 Postbediensteter Justizbediensteter Gerichtsvollzieher Behördenbediensteter

3 **übergeben, und zwar (4.1 bis 8.3)**

4.1 unter der Zustellanschrift (siehe 1.3)

4.2 an folgendem Ort: *Straße, Hausnummer*
(soweit von 1.3 abweichend)
Postleitzahl, Ort

5.1 – dem Adressaten (1.3) persönlich.

5.2 – einem Vertretungsberechtigten (gesetzlichen Vertreter/Leiter): *5.4 Herr/Frau (Name, Vorname)*

5.3 – dem durch schriftliche Vollmacht ausgewiesenen rechtsgeschäftlichen Vertreter:

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Wohnung nicht erreicht habe, dort

6.1 – einem erwachsenen Familienangehörigen: *6.4 Herr, Frau (Name, Vorname)*

6.2 – einer in der Familie beschäftigten Person:

6.3 – einem erwachsenen ständigen Mitbewohner:

7.1 , weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in dem Geschäftsraum nicht erreicht habe, einem dort Beschäftigten: *7.2 Herr, Frau (Name, Vorname)*

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Gemeinschaftseinrichtung nicht erreicht habe, dort

8.1 dem Leiter der Einrichtung: *8.3 Herr, Frau (Name, Vorname)*

8.2 einem zum Empfang ermächtigten Vertreter:

9 **zu übergeben versucht. (10.1 bis 12.3)**

Weil die Übergabe des Schriftstücks in der Wohnung/in dem Geschäftsraum nicht möglich war, habe ich das Schriftstück in den

10.1 – zur Wohnung

10.2 – zum Geschäftsraum

gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung eingelegt.

11.1 Weil auch die Einlegung in einen Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung (10.1, 10.2)/die Ersatzzustellung in der Gemeinschaftseinrichtung (8.1 bis 8.3) nicht möglich war, wird das Schriftstück bei der hierfür bestimmten Stelle niedergelegt, und zwar in

11.1.1 *Niederlegungsstelle*

11.1.2 *Straße, Hausnummer*

11.1.3 *Postleitzahl, Ort*

Die schriftliche Mitteilung über die Niederlegung habe ich

11.2 – in der bei gewöhnlichen Briefen üblichen Weise abgegeben, nämlich (Art der Abgabe):

11.3 – an der Tür zur Wohnung/zum Geschäftsraum/zur Gemeinschaftseinrichtung angeheftet.

Weil die Annahme der Zustellung durch *Name, Vorname:* *Beziehung zum Adressaten:*

12

verweigert wurde, habe ich das Schriftstück

12.1 – in der Wohnung/dem zur Wohnung gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.

12.2 – in dem Geschäftsraum/dem zum Geschäftsraum gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.

12.3 – an den Absender zurückgeschickt, da keine Wohnung oder kein Geschäftsraum vorhanden ist.

13 Den Tag der Zustellung – ggf. mit Uhrzeit – habe ich auf dem Umschlag des Schriftstücks vermerkt.

13.1 *Datum*

13.2 *ggf. Uhrzeit*

13.3 *Unterschrift des Zustellers*

130421

13.4 *Postunternehmen/Behörde*

Deutsche Post AG
Zustellstützpunkt

13.5 *Name, Vorname des Zustellers (in Druckbuchstaben)*

KLIEK ADIWA

846



Digitalisiert von der TK ▲

Sozialgericht München

Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München
Übersendung zum Zwecke der Zustellung an:
Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Ihr Zeichen: [REDACTED]

Empfangsbekanntnis

über die Zustellung (§ 63 Abs. 2 SGG, § 174 ZPO)

Name des Klägers

[REDACTED]

Anlage(n):

Gerichtl. Schreiben vom 08.04.2021

Aktenzeichen

S 12 KR 2059/20

Freiumsschlag

Techniker Krankenkasse 13.04.2021
Dario Meß
13.04.2021

Die Beklagte hat sich zur Frage der Entscheidung durch GB bereits zustimmend mit Schriftsatz vom 15.03.21 geäußert.
13.04.2021 Herr Dario Meß DST:0847 Tel:040/6909-2471 Uhrzeit: 09:28

empfangen am:

Unterschrift, ggf. Stempel des Empfängers

Sozialgericht München
Eingel. 13. April 2021
Vollmacht _____ Umrechtes _____
Beach./WB _____ Abgaben _____
Rechnung _____
Az: _____

Bitte sofort zurück an:

(Telefax: 089 / 13062 - 223)

An die Geschäftsstelle des Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München



Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg
0D 3020 B312 32 E000 6671

DV 04 0,95 Deutsche Post 



Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

**Fachzentrum
Widersprüche**

Dario Meß
Tel. 040 - 69 09-24 71

Geschäftszeichen


16. April 2021

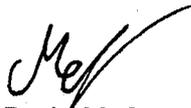


S 12 KR 2059/20

In dem Rechtsstreit

 ./ Techniker Krankenkasse

überreicht die Beklagte das Schreiben des Klägers vom 10. April 2021 an die Beklagte zur Kenntnisnahme, da ein direkter Bezug zum Streitgegenstand besteht.


Dario Meß

0905936181 - 7242265 - 03020400
KA150620



503353095906

Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg, Fax 040 - 69 09-25 78
Telefonservice: Mo.- Do. 8 - 18 Uhr, Fr. 8 - 16 Uhr | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens



From: Lindau, Cornelia <Cornelia.Lindau@tk.de>
 To: ERMS-BM <ERMS-BM@tk.de>
 Cc:
 Subject: WG: unerlaubte Handlungen im Fachzentrum für Widerspruch
 Date: Mon, 12 Apr 2021 08:57:50 CEST
 ID: <59e6c38012224553b2d0b9846528b4e2@tk.de>

Von: [redacted] [mailto:[redacted]]
 Gesendet: Samstag, 10. April 2021 08:02
 An: Baas, Dr. Jens <Dr.Jens.Baas@tk.de>
 Betreff: Fwd: unerlaubte Handlungen im Fachzentrum für Widerspruch

FYI

----- Forwarded message -----

From: [redacted] [mailto:[redacted]]
 Date: Sat, Apr 10, 2021 at 1:27 AM
 Subject: unerlaubte Handlungen im Fachzentrum für Widerspruch
 To: <joerg.ehlers@tk.de>

Sehr geehrter Herr Ehlers,

Ich schreibe unter der Annahme, daß Sie für die interne Revision bei der TK verantwortlich sind.

Die TK und ich sind Prozessgegner in einem Rechtsstreit. Das ist an sich kein Problem und ich führe die Sache gerne bis zum BSG zu Ende.

Allerdings haben sich Mitarbeiter des Fachzentrums für Widerspruch der TK bereits im Verfahren zum ER strafbar gemacht. Der Verlauf stellt sich für mich wie folgt dar:

- TK lässt durch Fristversäumnis im August 2020 Genehmigungsfiktion für Exjade, eines der teuersten Arzneimittel, eintreten
- ich frage die TK ob man dies anerkennt, es wird verneint, drohe mit Klage und mache diese auch wie versprochen am nächsten Tag rechtshängig
- um den vermeintlichen Fehler rückgängig zu machen, wird der MDK zu einem Gefälligkeitsgutachten angestiftet, dieses wird in auffallender Nähe zur Klage priorisiert erstellt
- dieses wird von einer fachfremden Gutachterin unter Verletzung von Amts- sowie Berufspflichten erstellt (der Antrag war fachärztlich korrekt zu bejahen gewesen)
- ich schreibe eine, fachlich und rechtlich begründete Entgegnung, und sende diese dem MDK, weise auf Amtsermittlungspflicht hin und daß die Gutachterin (arbeitete 4 Jahre und 9 Monate dort) nicht als Beamte auf Lebenszeit übernommen werden darf, mache dasselbe zum Teil des bereits rechtshängigen Verfahrens
- vom MDK höre ich zunächst nichts mehr (zuletzt von der Revision)
- die Richterin entfernt (!) das Dokument aus der Akte und lehnt ER ab, tut bis heute so als ob es mein Schreiben nie gegeben hätte
- Motiv wird sein daß ihr das nicht recht ist daß die MDK-Gutachterin korrekterweise aufgrund meines Schreibens zu entlassen wäre; Loyalität zwischen Beamten eben wichtiger als Patienteninteressen, selbst bei unstrittiger Folge von Organschäden
- TK beantragt Ablehnung ER, obwohl ich den Ermessensspielraum im Verfahren auf Null reduziert hatte und aus grundrechtlichen Erwägungen eindeutig stattzugeben wäre
- Akteneinsicht beim SG bleibt mir stets verwehrt
- der Plan war eigentlich, zum Jahreswechsel wieder nach Kalifornien zu ziehen, wird wegen

0905936185 - 7242265 - 0302040



503353095925

Covid-19 zunächst verschoben, Frau tritt daher nicht die bereits komplett verhandelte Professur in Berkeley an sondern nimmt ein Gegenangebot der TUM an; deshalb entsteht die Option zur PKV zu wechseln

- habe wegen der Idiotie um Exjade genug von der GKV, kündige vorab den Wechsel in die PKV an, unter dem Hinweis, die TK bleibt für das schon vorher eingetretene Ereignis leistungspflichtig, wie es dem Versicherungsprinzip entspricht (und weil es jeder PKV-Vertrag logischerweise ausschließt)

- das SG, welches hier eine gesetzliche Fürsorgepflicht hat, gibt keinen Hinweis daß dies zum Anspruchsverlust führen würde (wäre ohnehin absurd), ich vollziehe folglich den Wechsel und reduziere den Anspruch gegen die TK entsprechend auf die hypothetische Leistung bei korrekter Erledigung

- verfolge den Anspruch gegen die TK weiterhin, denn ich habe ein berechtigtes Interesse daran bei der PKV 100% vertragstreu zu bleiben und werde dieser, und das gilt bis heute, keine Sache aus einem Leistungsanspruch gegen die TK unterjubeln

- RichterIn erfindet juristischen Unfug, um wegen nachträglicher Leistungsfreiheit selbst straffrei für die bereits begangene Tat zu werden, ich ignoriere das weil es offensichtlich falsch ist und ich letztlich Strafverfolgung erreichen möchte

- im Telefonat mit einem zufälligen Juristen der TK kläre ich im Dezember, welche Schriftsätze vom SG bei der TK eingegangen sind; in der Verwaltungsakte, die durch die TK dem Gericht übermittelt wurde (zuletzt im Jan 2021), fehlen dieselben allerdings

- es kommt wegen der unterbliebenen Leistung zur Komplikation Sepsis, ich bin deshalb 10 Tage im Krankenhaus

- ich reiche aus dem KH Beschwerde beim LSG ein, und mache zum Beschwerdegrund, die RichterIn habe eine Straftat verübt, durch Unterdrückung beweisrelevanter Schriftsätze aus der Akte, biete Aktenvergleich an

- das basierte nur auf einer Vermutung meinerseits, wie diese RichterIn wohl vorgegangen ist, ich habe damit tatsächlich aber wohl ins Schwarze getroffen

- das LSG entscheidet sich folglich, die Sache unter den Tisch zu kehren, weigert sich meinen Antrag auf Zurückverweisung auch nur zu erwähnen, lässt mein Beweisangebot unbeachtet

- Akteneinsicht bleibt mir verwehrt, bis ich vor kurzem persönlich beim LSG erscheine und eine freundliche Urkundsbeamtin, die genau zu verstehen scheint was hier vorgeht, mir Einsicht gibt

- pro forma Gehörsrüge um die Sache beschwerdefähig an das BVerfG zu machen, LSG schreibt im Beschluss allen Ernstes, unhöfliche Sachen bleiben unberücksichtigt

- ich sehe, der Vorsitzende Richter am LSG agierte koordiniert mit der Prozessbevollmächtigten Sandra Worien von der TK

- ich Schreibe der TK, daß ich ausreichende Beweise für die Straftaten habe

- Akteneinsicht beim SG bleibt ohne Begründung verweigert

- von der TK fordere ich per Art 15 DSGVO Übermittlung der personenbezogenen Daten aus dem Dokumentensystem, dies wird per Schreiben durch Dario Meß vom 6. April 2021 verweigert

- Gestern erfahre ich vor Ort am SG, Akteneinsicht ist nicht möglich denn die RichterIn habe die Akten, auch jene eines abgeschlossenen Verfahrens, zu sich nach Hause mitgenommen

- im Verfahren gibt es keinen Grund dafür, da ich mündliche Verhandlung beantragt bzw. Entscheidung per Gerichtsbescheid begründet abgelehnt hatte

- über das Wochenende wird offensichtlich an einer neue Akte gebastelt, man wird sehen

- es werden aber seit einiger Zeit parallel elektronische Akten geführt (wegen Home Office), letztlich wird Manipulation durch Vergleich mit dieser sowie den Metadaten auffliegen

- das LSG hat, neben der Straftat, auch formale Fehler gemacht welche die Sache leicht mit einer Beschwerde an das BVerfG angreifbar machen

- das LSG traf wohl die Annahme, für einen gesetzlich Versicherten würde die Sache an diesem Punkt enden

- tatsächlich [REDACTED], bin nur deshalb GKV-versichert weil

[REDACTED] und ich, während wir in Deutschland sind, [REDACTED]

[REDACTED]



- effektive Strafverfolgung kann ich auf Wegen erreichen die kein Richter am LSG erwarten wird
- klarerweise hatte ich, da nicht sofort ER gewährt wurde, bereits anfangs den Verdacht welches Spiel die Richterin hier treibt und daher stets auf Beweisbarkeit geachtet
- die elektronische Akte am SG und LSG wird nicht freiwillig herausgerückt, [REDACTED]
- zwischenzeitliche Gerichtsbescheide, wie von der TK im Verfahren gefordert, schaffe ich mit Antrag auf mündliche Verhandlung sofort wieder aus der Welt, verschiebe mit ärztlichem Attest die Verhandlung bis nach der Pandemie
- Beschwerdefrist an das BVerfG zum ER ist der 17. April 2021, aufgrund der Formfehler des LSG (falsche Besetzung per Geschäftsverteilungsplan, unzulässiger Wechsel des Berichterstatters) sehr einfach zu begründen, wird also wahrscheinlich Erfolg haben
- Im Ergebnis sind die Verfahren dann alle wieder beim Ausgangspunkt angelangt, das FZ Widerspruch hat durch Beteiligung an richterlichen Straftaten außer Schaden nichts erreicht

Als unerlaubte Handlungen im Bereich der TK sehe ich:

- Verwaltungsakte entspricht nicht tatsächlichem Schriftwechsel, zumindest die Version vom Jan 2021 wurde offenbar als Gefälligkeit für eine bei einer Straftat ertapten Richterin erzeugt
- § 258 StGB
- Mittäterschaft zu § 339 StGB in Tateinheit mit Körperverletzung und bedingtem Vorsatz zum Totschlag
- Verletzung Amtsermittlungspflichten

Da ich die Sache naturgemäß persönlich nehme, bin ich entsprechend motiviert, die Reputation der TK, des MDK, sowie der Sozialgerichtsbarkeit in Krankenversicherungsfragen auf ihre jeweiligen Fundamente niederzubrennen. [REDACTED]

Da für mich aber zunächst unklar ist, ob die interne Revision und der Vorstand überhaupt auf dem Laufenden sind, was ihre Juristen vom FZ Widerspruch so treiben, möchte ich eine letzte Gelegenheit geben, die Sache vor einer totalen Eskalation zu lösen. Es gibt für die TK dafür allerdings nur noch ein sehr schmales Zeitfenster von wenigen Tagen. Grundsätzlich löst man in meinem Beruf alles auf dem Verhandlungsweg.

Ich kann Ihnen unbürokratisch und ad hoc digitale Einsicht in meine Akten geben, wenn Sie das möchten, denn die Verwaltungsakte der TK sowie diejenigen des Gerichts werden wegen der Straftaten jeweils unvollständig sein.

Mit freundlichen Grüßen,

[REDACTED]



In der
W
2014



**Sozialgericht
München**

Einzel. **03. Mai 2021**

Vollmacht	Umschlag
Besch./WB	Anlagen
Rechnung	
Az:	

Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg
10 3020 B310 92 8001 8F7F

DV 04 0,80 Deutsche Post



Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

**Fachzentrum
Widersprüche**

Dario Meß
Tel. 040 - 69 09-24 71

Geschäftszeichen



29. April 2021

S 12 KR 2059/20

In dem Rechtsstreit

./ Techniker Krankenkasse

ergänzt die Beklagte ihre Ausführungen in Bezug auf das Klägervorbringen insoweit, dass sie an den Kläger keine Privatanschriften von Mitarbeitern herausgeben wird. Hierzu ist sie rechtlich weder berechtigt noch verpflichtet. Die Beklagte hat die behaupteten Rechtsverstöße des Klägers intern vollumfänglich geprüft und kann kein Fehlverhalten von Mitarbeitern feststellen. Der Kläger wird gebeten, sämtliche streitgegenstandsbezogene Korrespondenz nur noch über das Gericht zu führen.

Dario Meß

0913170853 - 7631351 - 03136700006391
KA150620

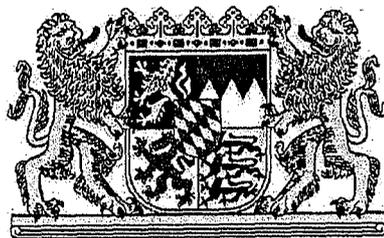


503386381675

Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg, Fax 040 - 69 09-25 78
Telefonservice: Mo.- Do. 8 - 18 Uhr, Fr. 8 - 16 Uhr | tk.de

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

S 12 KR 2059/20



SOZIALGERICHT MÜNCHEN

GERICHTSBESCHIED

in dem Rechtsstreit

Seestraße 14, 80802 München
- Kläger -

gegen

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

Krankenversicherung

Die 12. Kammer des Sozialgerichts München erlässt durch ihre Vorsitzende, Richterin am
Sozialgericht Prof. Dr. Wicke, am 4. Mai 2021 ohne mündliche Verhandlung folgenden

G e r i c h t s b e s c h e i d :

- I. Die Klage wird abgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

T a t b e s t a n d :

Die Parteien streiten über die Versorgung des Klägers mit dem Medikament Exjade.

Der am [REDACTED] geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Er leidet unter einer sehr seltenen, multipel vorbehandelten onkologischen Grunderkrankung und einer Eisenüberladung.

Am 16.07.2020 bat die den Kläger behandelnde Onkologin Dr. [REDACTED] die Beklagte um Übernahme der Kosten eines "Off-Label-Use" für das Medikament Exjade (Wirkstoff Deferasirox) im Rahmen einer Chelat-Therapie. Dieses sei zwar nicht für die hier gegenständliche Behandlung zugelassen, doch seien andere Medikationen – insbesondere die Phlebotomie – hier nicht durchführbar. Zur Vermeidung sekundärer Organschäden durch die Eisenüberladung sei eine Behandlung mit Exjade daher notwendig.

Die Beklagte unterrichtete den Kläger mit Schreiben vom 21.07.2020 darüber, dass die Unterlagen zur Prüfung an den MDK weitergeleitet werden. Für die Beklagte erstellte daraufhin Dr. Moscatelli am 29.07.2020 ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage. Dieser stellte fest, dass für eine abschließende Begutachtung die relevanten Laborparameter im Verlauf sowie eine Übersicht aller bisher eingesetzten, konkreten, medikamentösen (Wirkstoff, Dosierung, Dauer und Kombinationen) und nicht-medikamentösen (Art, Frequenz, Erfolg mit Bezug auf Laborwerte) Therapien für die antragsgegenständliche und alle weiteren Begleit-/Grunderkrankungen erforderlich seien. Darauf bat die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 03.08.2020 und 17.08.2020 und 18.08.2020 jeweils unter Nennung von voraussichtlichen Entscheidungsterminen um die entsprechenden Informationen gemäß den Ausführungen des MDK. Die angeforderten medizinischen Unterlagen gingen schließlich am 27.08.2020 beim MDK ein.

Mit Gutachten vom 18.09.2020 führte der MDK unter Berücksichtigung dieser neuen Unterlagen aus, dass die Voraussetzungen für einen Off-Label-Use im vorliegenden Fall nicht erfüllt seien. Zwar läge eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne der Rechtsprechung vor, nicht erfüllt sei jedoch das Kriterium der fehlenden Behandlungsalternative sowie das Erfordernis einer ausreichend gesicherten Datenlage. Die Voraussetzungen für einen off-label-use, und damit für die begehrte Arzneimittelgewährung durch die Beklagte seien nicht nachgewiesen.

Mit Bescheid vom 24.09.2020 lehnte die Beklagte den Antrag auf Versorgung mit dem

Arzneimittel Exjade daher ab. Hiergegen erhob der Kläger am 17.09.2020 Klage und stellte einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz. Am 26.09.2020 erhob er Widerspruch, der im Wesentlichen mit einem Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V begründet wurde. Zum 30.09.2020 wurde die Familienversicherung des Klägers bei der Beklagten beendet. Seither ist der Kläger nach eigenen Angaben privat krankenversichert. Er hat in einem Telefongespräch mit der Beklagten vom 29.10.2020 angegeben, dass keine Privatrezepte ausgestellt worden und ihm auch keine Kosten entstanden seien.

Am 17.11.2020 wurde der Antrag des Klägers auf einstweiligen Rechtsschutz vom 17.09.2020 abgelehnt (S 12 KR 1265/20 ER). Gegen diesen Beschluss erhob der Kläger Beschwerde, die jedoch durch Beschluss vom 03.02.2021 vom Landessozialgericht (L 5 KR 542/20 B ER) zurückgewiesen wurde.

Am 26.11.2020 erging schließlich der Widerspruchsbescheid der Beklagten, der auf eine Unzulässigkeit des Widerspruchs mangels Beschwer des Klägers gestützt wurde. Daraufhin erhob der Kläger am 26.12.2020 Klage zum Sozialgericht München und stellte zeitgleich Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz, der jedoch am 16. März 2021 vom Sozialgericht München abgelehnt wurde (S 12 KR 2030/20 ER).

Am 22.03.2021 erging im Hinblick auf die Klage vom 17.09.2020 ein klageabweisender Gerichtsbescheid (S 12 KR 1268/20).

Mit der vorliegenden Klage vom 26.12.2020 beantragt der Kläger sinngemäß,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24.09.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.11.2020 zur antragsgemäßen Sachleistung in Form der Versorgung mit dem Medikament Exjade zu verpflichten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beteiligten wurden am 08.04.2021 zum beabsichtigten Erlass eines Gerichtsbescheids angehört.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Gerichtsakte und auf die beigezogene Akte der Beklagten verwiesen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Das Gericht konnte gem. § 105 Abs. 1 SGG ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufwies und der Sachverhalt geklärt war. Die Beteiligten wurden dazu gehört.

Die Klage ist unzulässig.

Aufgrund der Beendigung der Mitgliedschaft ist ein Rechtsschutzbedürfnis des Klägers im Hinblick auf den ursprünglichen Leistungsantrag auf Versorgung mit dem Medikament Exjade zu verneinen. Auch im Hinblick auf einen Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3a SGB V ist mangels entstandener Kosten ein Rechtsschutzbedürfnis nicht gegeben. Darüber hinaus steht der vorliegenden Klage, die auf die Sachleistung in Form der Versorgung mit dem Medikament Exjade gerichtet ist, die Rechtshängigkeit des identischen Streitgegenstands im Verfahren L 5 KR 156/21 bzw. gem. § 141 Abs. 1 Nr. 1 SGG die Rechtskraft des Gerichtsbescheids im Verfahren S 12 KR 1268/20 entgegen. Die Klage war daher als unzulässig abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 183 Satz 1 und § 193 Absatz 1 SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Gerichtsbescheids beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 Schweinfurt, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Bayer. Landessozialgericht in elektronischer Form einzulegen. Die Berufungsfrist beträgt **für den Kläger drei Monate**, weil die Zustellung außerhalb des Geltungsbereiches des Sozialgerichtsgesetzes erfolgt.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht München in elektronischer Form eingelegt wird.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung.

Die Berufungsschrift soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.



Prof. Dr. Wicke

Az.: S 12 KR 2059/20

Abschlussverfügung

1. In dem Verfahren ist am 04.05.2021 ein Gerichtsbescheid ergangen.

Das Verfahren ist erledigt:

- nach Zustellung des Gerichtsbescheides
- da nicht innerhalb von einem (drei) Monat(en) nach Zustellung mündliche Verhandlung beantragt wurde.

2. Rechtsmittelbelehrung:

Berufung zulässig oder zugelassen - Inland

3. An Geschäftsstelle zur weiteren Veranlassung

4. Dem Archiv anzubieten (archivwürdig) ja

5. Streitgegenstand: Krankenversicherung

6. Gerichtsbescheid veröffentlichen ja

7. Statistik

Ausgang des Verfahrens:

Obsiegen Teilweises Obsiegen Unterliegen

Der Erledigung ging Beweiserhebung voraus durch:

ein Gutachten mehrere Gutachten kein Gutachten

8. Nur für 1. Instanz:

a) Nur bei Bewilligung von Prozesskostenhilfe (**nicht für Altfälle***)
Vorlage zur Überprüfung der Prozesskostenhilfe an

Urkundsbeamten der Geschäftsstelle

Statt UdG: Zuständigen Richter, WV:

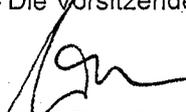
b) Nur ausfüllen, wenn PKH ohne Ratenzahlung bewilligt wurde (**nur für Altfälle***)

Überprüfung der PKH-Bewilligung gemäß § 120 Abs. 4 ZPO a.F.

nein ja WV: nach 3 Monaten oder

* Altfälle sind Fälle, in denen in einem Rechtszug vor dem 1. Januar 2014 ein Antrag auf Prozesskostenhilfe gestellt wurde, unabhängig davon, ob der Antrag bereits verchieden wurde oder nicht.

Die Vorsitzende der 12. Kammer


Prof. Dr. Wicke
Richterin am Sozialgericht

95

I. Entwurf bei Serviceteam eingegangen am: /Hdz.:

Fertigung von:

1 Urschrift des Gerichtsbescheides

II. Geschäftsstelle

1. Unterzeichneter Gerichtsbescheid eingegangen am: 05.05.21

2. Urschrift des Gerichtsbescheides zur Akte

3. Austragen nach Absendung der begl. Abschriften:

Ausgetragen im Statistikdatensatz am: 06.05.2021

Auslaufdatum des Gerichtsbescheides eingetragen am: 06.05.21

4. Außergerichtliche Kosten offen:

nein ja, WV am

30. JULI 2021
Jan

5. Weglegen nach Ablauf der Rechtsmittelfrist

III. Absendestelle:

Gerichtsbescheid an Beteiligte ✓

Formular 3344 (Aktivpartei, PZU) an

██████████, geb. ██████████ ██████████ 80802 München

Anlagen:

1 begl. Abschrift des Gerichtsbescheids

weitere Anlagen:

Formular 3348 (Passivpartei, Empfangsbekanntnis) an ✓

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

Anlagen:

1 begl. Abschrift des Gerichtsbescheids

1 Bd. Akten

weitere Anlagen:

Abgesandt am: 06.05.21

IV. Registratur: Stamm- bzw. Archivdaten ergänzt am:

Geschäftsstelle

[Handwritten Signature]

Bittl
Angestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Zustellungsurkunde

XG 86 302 310 1DE

Z



1.1 Aktenzeichen

▶ S 12 KR 2059/20

1.2 Ggf. weitere Kennz.

GB v. 04.05.2021

Weitersenden innerhalb des

- 1.5 Bezirks des Amtsgerichts
- 1.6 Bezirks des Landgerichts
- 1.7 Inlands

96

1.3 Adressat

Herr

████████████████████
████████████████████
████████████████████ München

Bei der Zustellung zu beachtende Vermerke

- 1.8 Ersatzzustellung ausgeschlossen
- 1.9 Keine Ersatzzustellung an:

- 1.10 Nicht durch Niederlegung zustellen
- 1.11 Mit Angabe der Uhrzeit zustellen

1.4 Bei erfolgreichem Zustellversuch: Vermerk über den Grund der Nichtzustellung

- 1.4.1 Adressat unter der angegebenen Anschrift nicht zu ermitteln
- 1.4.2 Adressat verzogen nach:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

- 1.4.3 Weitersendung nicht möglich Weitersendung nicht verlangt
- 1.4.4 Empfänger unbekannt verzogen
- 1.4.5 Anderer Grund:

1.4.6 Datum

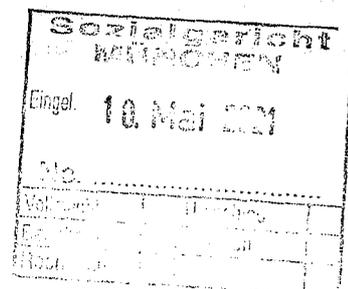
--	--	--	--	--	--

1.4.7 Unterschrift

1.4.8 Postunternehmen/Behörde: Deutsche Post AG
Zustellstützpunkt

Zustellungsurkunde/Zustellungsauftrag
zurück an Absender

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstr. 11
80634 München



1282206106



Das mit umseitiger Anschrift und Aktenzeichen versehene Schriftstück (verschlossener Umschlag) habe ich in meiner Eigenschaft als

2 Postbediensteter Justizbediensteter Gerichtsvollzieher Behördenbediensteter

3 **übergeben, und zwar (4.1 bis 8.3)**

4.1 unter der Zustellanschrift (siehe 1.3)

4.2 an folgendem Ort: *Straße, Hausnummer*
(soweit von 1.3 abweichend)

Postleitzahl, Ort

5.1 – dem Adressaten (1.3) persönlich.

5.2 – einem Vertretungsberechtigten (gesetzlichen Vertreter/Leiter):

5.4 *Herrn/Frau (Name, Vorname)*

5.3 – dem durch schriftliche Vollmacht ausgewiesenen rechtsgeschäftlichen Vertreter:

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Wohnung nicht erreicht habe, dort

6.1 – einem erwachsenen Familienangehörigen:

6.4 *Herrn, Frau (Name, Vorname)*

6.2 – einer in der Familie beschäftigten Person:

6.3 – einem erwachsenen ständigen Mitbewohner:

7.1 , weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in dem Geschäftsraum nicht erreicht habe, einem dort Beschäftigten:

7.2 *Herrn, Frau (Name, Vorname)*

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Gemeinschaftseinrichtung nicht erreicht habe, dort

8.1 dem Leiter der Einrichtung:

8.3 *Herrn, Frau (Name, Vorname)*

8.2 einem zum Empfang ermächtigten Vertreter:

9 **zu übergeben versucht. (10.1 bis 12.3)**

Weil die Übergabe des Schriftstücks in der Wohnung/in dem Geschäftsraum nicht möglich war, habe ich das Schriftstück in den

10.1 – zur Wohnung

10.2 – zum Geschäftsraum

gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung eingelegt.

11.1 Weil auch die Einlegung in einen Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung (10.1, 10.2)/die Ersatzzustellung in der Gemeinschaftseinrichtung (8.1 bis 8.3) nicht möglich war, wird das Schriftstück bei der hierfür bestimmten Stelle niedergelegt, und zwar in

11.1.1 *Niederlegungsstelle*

11.1.2 *Straße, Hausnummer*

11.1.3 *Postleitzahl, Ort*

Die schriftliche Mitteilung über die Niederlegung habe ich

11.2 – in der bei gewöhnlichen Briefen üblichen Weise abgegeben, nämlich (*Art der Abgabe*):

11.3 – an der Tür zur Wohnung/zum Geschäftsraum/zur Gemeinschaftseinrichtung angeheftet.

Weil die Annahme der Zustellung durch *Name, Vorname:* *Beziehung zum Adressaten:*

12

verweigert wurde, habe ich das Schriftstück

12.1 – in der Wohnung/dem zur Wohnung gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.

12.2 – in dem Geschäftsraum/dem zum Geschäftsraum gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.

12.3 – an den Absender zurückgeschickt, da keine Wohnung oder kein Geschäftsraum vorhanden ist.

13 Den Tag der Zustellung – ggf. mit Uhrzeit – habe ich auf dem Umschlag des Schriftstücks vermerkt.

13.1 *Datum*

13.2 *ggf. Uhrzeit*

13.3 *Unterschrift des Zustellers*

07 05 21

13.4 *Postunternehmen/Behörde*

Deutsche Post AG
Zustellstützpunkt

13.5 *Name, Vorname des Zustellers (in Druckbuchstaben)*

Wolker P. ...

97



Sozialgericht München

▲
Digitalisiert von der TK

Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München
Übersendung zum Zwecke der Zustellung an:
Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Ihr Zeichen:

Empfangsbekanntnis

über die Zustellung (§ 63 Abs. 2 SGG, § 174 ZPO)

Name des Klägers

Anlage(n):

1 begl. Abschrift des Gerichtsbescheides vom
04.05.2021
1 Bd. Akten

Aktenzeichen

S 12 KR 2059/20

Dario Meß
11.05.2021

empfangen am:

Unterschrift; ggf. Stempel des Empfängers

Sozialgericht München

Eingel. **11. Mai 2021**

Vollmacht	Umschlag
Besch./WR	Anlagen
Rechnung	
Az:	

Bitte sofort zurück an:

(Telefax: 089 / 13062 - 223)

An die Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Transfervermerk

erstellt am: 07.06.2021, 06:07:21

(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16229406210373021035531440470875

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde vom De-Mail-Dienst versandt.

Eingang auf dem Server: 06.06.2021, 02:50:21
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)

Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xml, visitenkarte.xml, visitenkarte.xml,
herstellerinformation.xml

Anhänge: 20210606-sg2-mündliche-verhandlung.pdf, De_Mail_Pruefprotokoll.pdf,
nachrichteninhalt_de_mall.pdf, demail.txt, de-mail.eml,
De_Mail_Pruefprotokoll.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID DE.Justiz.7e277e33-6d42-40d1-a9bb-84f34958927b.9829

Anrede Juristische Person

Akademischer Grad

Name/Firma De-Mail-Dienst

Vorname

Organisation BLK-AG IT-Standards In der Justiz

Organisationszusatz

Straße PostfachInhaber per Mail erreichbar

Hausnummer 0

Postleitzahl 00000

Ort PostfachInhaber nur per Mail erreichbar

Bundesland

Land DE

AZ: 12 KR 2059/20

██████████
██████████
██████████ München

An das
Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

Az.: S 12 KR 2059/20

München, 6. Juni 2021

(1)

Ohne Anerkenntnis, daß es sich beim Gerichtsbescheid vom 4. Mai 2021 – zugestellt am 7. Mai 2021 – um einen rechtmäßig ergangenen Bescheid handelt, wird – rein vorsorglich zur Fristwahrung – mündliche Verhandlung beantragt. Auch weiterhin wird die ausdrückliche Aufhebung des Bescheides verlangt.

Die Voraussetzungen des § 105 Abs 1 SGG liegen nicht vor. Frau Wicke steht ein Ermessen über Entscheidung durch Gerichtsbescheid oder Urteil nur dann zu, wenn die Voraussetzungen vorliegen. Das ist hier nicht der Fall.

Die Sache weist Schwierigkeiten sowohl rechtlicher als auch tatsächlicher Art auf. Der Sachverhalt ist nur insofern geklärt, als daß die Beklagte dem Vortrag des Klägers nicht widersprochen hat und dieser folglich als zugestanden gilt. Frau Wicke übergeht den Vortrag des Klägers jedoch vollständig, und er findet im Gerichtsbescheid keine Berücksichtigung, daher ist auch diese Voraussetzung nicht gegeben. Der Kläger wurde offenkundig auch nicht gehört, denn sein Vortrag findet im Gerichtsbescheid keine Berücksichtigung. Näheres hierzu ist im Schreiben des Klägers vom 6. April 2021 ausgeführt.

Die Verwaltungsakte der Beklagten – dem Kläger liegt die Version vom 19. Januar 2021 vor – ist unvollständig. Der Grund hierfür ist klar: Frau Wicke hatte Schriftsätze des Klägers nicht weitergeleitet. Der Schriftsatz vom 13. Oktober 2020 wurde von Frau Wicke erst am 17. November 2020 weitergeleitet. Ob und wann der Schriftsatz vom 28. September 2020 bei der Beklagten eingegangen ist, lässt sich zweifelsfrei entweder durch Akteneinsicht oder Herausgabe der Daten durch die Beklagte klären.

Da die Voraussetzungen für eine Anwendbarkeit des § 105 Abs 1 SGG offenkundig fehlen, ist der Gerichtsbescheid nichtig. Nach dieser Sichtweise ist die Berufung noch nicht gegeben. Der Antrag auf mündliche Verhandlung hat als unmittelbare Folge, daß der Gerichtsbescheid als nicht ergangen gilt. Mangels einer anderweitigen gesetzlichen Regelung ist hier durch Urteil, nach mündlicher Verhandlung, zu entscheiden.

(2)

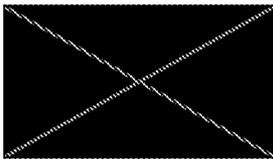
Entsprechend der Rechtsmittelbelehrung im Gerichtsbescheid wird dem Kläger eine Berufungsfrist von drei Monaten, und somit eine längere Frist als jene für den Antrag auf mündliche Verhandlung, zugestanden. Die Frage, ob hier Berufung statthaft ist und einzulegen wäre, kann daher zunächst offen bleiben, bis Klarheit über die Folgen des Antrags auf mündliche Verhandlung besteht.

(3)

Das zugestellte Dokument leidet an einem formellen Zustellungsmangel. Er wurde ohne einen den Erfordernissen entsprechenden Beglaubigungsvermerk und ohne jegliche Unterschrift versendet. Dem Kläger wurde der Gerichtsbescheid folglich nicht rechtswirksam zugestellt.

Da dieser zudem als Beweismittel in einer anderen Verfahrensart benötigt wird, muss darum gebeten werden, diesen Umstand zu korrigieren. Dies kann auch im ERV mit einer verifizierbaren digitalen Signatur erfolgen.

Den analogen Zustellungsmangel zur Az S 12 1265/20 ER – die Seite mit dem Gerichtssiegel fehlte vollständig – hat der Kläger übrigens aus jenem Grund toleriert, daß es gegenüber einem wenig ernstzunehmenden Staat wie der Bundesrepublik vorteilhafter scheint, ein einfach begründbares Verfahren wegen Konventionsverletzung nicht deshalb zu verzögern.



De-Mail-Prüfprotokoll über die sichere und absenderbestätigte Anmeldung:

Der Absender der De-Mail mit den nachfolgenden Angaben war bei Versand der Nachricht sicher im Sinne des § 4 Abs.1 S.2 des De-Mail Gesetzes angemeldet.

Die sichere Anmeldung ist bestätigt worden.

Der De-Mail-Absender hat eine De-Mail-Eingangsbestätigung angefordert. Diese wurde automatisch erstellt und an den De-Mail-Absender versandt.

Sie als Empfänger der De-Mail erhalten diese Eingangsbestätigung mit gesonderter EGVP-Nachricht ebenfalls zur Kenntnis.

Angaben:

De-Mail-Empfänger	sg-muenchen@egvp.de-mail.de
De-Mail-Absender	██████████@t-online.de-mail.de
Betreff	S 12 KR 2059/20, mündliche Verhandlung
Nachrichten ID der De-Mail	96fcc1ea-96f9-49c7-ae55-ad08066379c5@t-online.de-mail.de
Eingang beim De-Mail Empfänger	Sonntag, 2021.06.06 02:50:17 +0200
automatisierte Versandbestätigung erteilt	Ja
automatisierte Eingangsbestätigung erteilt	Ja
gesonderte Eingangsbestätigung per De-Mail-Nachricht erteilt	Nein

101

demail.txt

████████████████████@t-online.de-mail.de

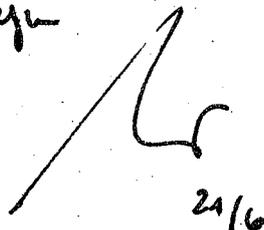
siehe Anhang

102

1) \S an Betr. zt

2) Beschluss nach Anlage

3) Anlage

A stylized handwritten signature consisting of a long diagonal stroke followed by a loop and a horizontal tail.

24/6

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Ihr Zeichen

[REDACTED]

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

S 12 KR 2059/20

Durchwahl

108

Datum

24.06.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

[REDACTED]

./. Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird eine Abschrift des Schriftsatzes vom 06.06.2021 zur Kenntnis übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen

wie im Text erwähnt

Dienstgebäude

Richelstraße 11
München
S-Bahn-Haltestelle
"Donnersbergerbrücke"
Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17

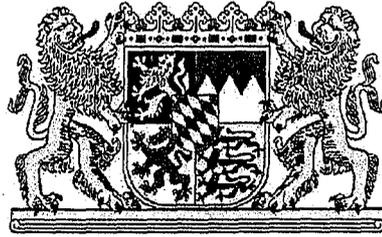
Besuchszeiten

Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr
Mo, Di, Do nachmittags nach
Vereinbarung

Telefon (089) 1 30 62 - 0
Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder
(089) 1 30 62 - 259
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Hinweise zum Datenschutz
(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
www.lsg.bayern.de unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf
Anfrage auch in Papierform.

S 12 KR 2059/20



SOZIALGERICHT MÜNCHEN

In dem Rechtsstreit

██████████ Seestraße 14, 80802 München
- Kläger -

gegen

Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder
Straße 140, 22305 Hamburg - ██████████ -
- Beklagte -

Krankenversicherung

erlässt die Vorsitzende der 12. Kammer, Richterin am Sozialgericht Prof. Dr. Wicke, ohne
mündliche Verhandlung am 21. Juni 2021 folgenden

B e s c h l u s s :

Der Antrag des Klägers auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung wird abge-
lehnt.

Gründe:

Am 4. Mai 2021 erging im vorliegenden Verfahren ein Gerichtsbescheid, gegen den
die Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht zulässig war. Der vom Kläger am
6. Juni 2021 gestellte Antrag auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor
dem Sozialgericht München ist daher unzulässig und in entsprechender Anwendung
des § 158 Satz 2 SGG zu verwerfen (vgl. LSG Bln-Bbg 23.6.2017 – L 20 AS 675/17 B;
LSG Bln-Bbg 4.6.2018 – L 31 AS 2118/17 B; LSG Nds-Bre 23.8.2017 – L 13 AS
133/17; BayLSG 10.5.2019 – L 5 KR 11/19; Kummer in Peters/Sautter/Wolff § 105 Rn.
80; Müller in: Roos/Wahrendorf § 105 Rn. 43; Kühl in: Breitzkreuz/Fichte § 105 Rn. 6;
Bienert SGB 2014, 365 (372); Roller in: Berchtold, Sozialgerichtsgesetz, SGG § 105,
Rdnr.18).

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Beschluss ist gemäß §§ 172 Abs. 1, 173 SGG Beschwerde zum Bayer. Landessozialgericht statthaft. Die Beschwerde ist binnen eines Monats nach Zustellung des Beschlusses beim Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht München in elektronischer Form einzulegen.

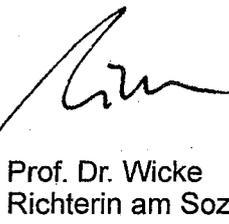
Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 Schweinfurt, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Bayer. Landessozialgericht in elektronischer Form eingelegt wird.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung.

Die Vorsitzende der 12. Kammer



Prof. Dr. Wicke
Richterin am Sozialgericht

106

Az.: S 12 KR 2059/20

Verfügung

1. Beschluss an:

Formular 3624 (Aktivpartei, PZU) an
[redacted] geb. [redacted] 80802 München

Anlagen:
1 begl. Abschrift des Beschlusses

weitere Anlagen:

Formular 3628 (Passivpartei, Empfangsbekanntnis) an
Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder
Straße 140, 22305 Hamburg

Anlagen:
1 begl. Abschrift des Beschlusses

weitere Anlagen:

Abgesandt am: 24.06.21

2. Urschrift zu den Akten.

3. Ausgetragen aus dem Statistikdatensatz:

Geschäftsstelle



Bittl
Angestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Zustellungsurkunde

XG 86 301 571 ODE

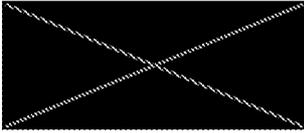
T Z



1.1 Aktenzeichen **S 12/16 R 2059/20** B v. 21.06.2021 Ggf. weitere Kennz.

1.3 Adressat

Herr



Weitersenden innerhalb des

- 1.5 Bezirks des Amtsgerichts
- 1.6 Bezirks des Landgerichts
- 1.7 Inlands

107

Bei der Zustellung zu beachtende Vermerke

- 1.8 Ersatzzustellung ausgeschlossen
- 1.9 Keine Ersatzzustellung an:
- 1.10 Nicht durch Niederlegung zustellen
- 1.11 Mit Angabe der Uhrzeit zustellen

1.4 Bei erfolglosem Zustellversuch: Vermerk über den Grund der Nichtzustellung

- 1.4.1 Adressat unter der angegebenen Anschrift nicht zu ermitteln
- 1.4.2 Adressat verzogen nach:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

- 1.4.3 Weitersendung nicht möglich Weitersendung nicht verlangt
- 1.4.4 Empfänger unbekannt verzogen
- 1.4.5 Anderer Grund:

1.4.6 Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

1.4.7 Unterschrift

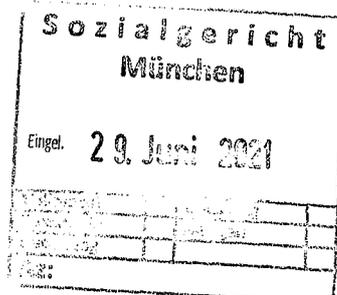
Unterschrift

1.4.8 Postunternehmen/Behörde:

Deutsche Post AG
Zustellstützpunkt

Zustellungsurkunde/Zustellungsauftrag
zurück an Absender

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstr. 11
80634 München



1772204339



Das mit umseitiger Anschrift und Aktenzeichen versehene Schriftstück (verschlossener Umschlag) habe ich in meiner Eigenschaft als

2 Postbediensteter Justizbediensteter Gerichtsvollzieher Behördenbediensteter

3 **übergeben, und zwar (4.1 bis 8.3)**

4.1 unter der Zustellanschrift (siehe 1.3)

4.2 an folgendem Ort: *Straße, Hausnummer*
(soweit von 1.3 abweichend)

Postleitzahl, Ort

5.1 - dem Adressaten (1.3) persönlich.

5.2 - einem Vertretungsberechtigten (gesetzlichen Vertreter/Leiter):

5.3 - dem durch schriftliche Vollmacht ausgewiesenen rechtsgeschäftlichen Vertreter:

5.4 *Herrn/Frau (Name, Vorname)*

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Wohnung nicht erreicht habe, dort

6.1 - einem erwachsenen Familienangehörigen:

6.2 - einer in der Familie beschäftigten Person:

6.3 - einem erwachsenen ständigen Mitbewohner:

6.4 *Herrn, Frau (Name, Vorname)*

7.1 , weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in dem Geschäftsraum nicht erreicht habe, einem dort Beschäftigten:

7.2 *Herrn, Frau (Name, Vorname)*

, weil ich den Adressaten (1.3)/Vertretungsberechtigten in der Gemeinschaftseinrichtung nicht erreicht habe, dort

8.1 dem Leiter der Einrichtung:

8.2 einem zum Empfang ermächtigten Vertreter:

8.3 *Herrn, Frau (Name, Vorname)*

9 **zu übergeben versucht. (10.1 bis 12.3)**

Weil die Übergabe des Schriftstücks in der Wohnung/in dem Geschäftsraum nicht möglich war, habe ich das Schriftstück in den

10.1 - zur Wohnung

10.2 - zum Geschäftsraum

gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung eingelegt.

11.1 Weil auch die Einlegung in einen Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung (10.1, 10.2)/die Ersatzzustellung in der Gemeinschaftseinrichtung (8.1 bis 8.3) nicht möglich war, wird das Schriftstück bei der hierfür bestimmten Stelle niedergelegt, und zwar in

11.1.1 *Niederlegungsstelle*

11.1.2 *Straße, Hausnummer*

11.1.3 *Postleitzahl, Ort*

Die schriftliche Mitteilung über die Niederlegung habe ich

11.2 - in der bei gewöhnlichen Briefen üblichen Weise abgegeben, nämlich (*Art der Abgabe*):

11.3 - an der Tür zur Wohnung/zum Geschäftsraum/zur Gemeinschaftseinrichtung angeheftet.

Weil die Annahme der Zustellung durch *Name, Vorname:* *Beziehung zum Adressaten:*

12

verweigert wurde, habe ich das Schriftstück

12.1 - in der Wohnung/dem zur Wohnung gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.

12.2 - in dem Geschäftsraum/dem zum Geschäftsraum gehörenden Briefkasten oder in einer ähnlichen Vorrichtung zurückgelassen.

12.3 - an den Absender zurückgeschickt, da keine Wohnung oder kein Geschäftsraum vorhanden ist.

13 Den Tag der Zustellung - ggf. mit Uhrzeit - habe ich auf dem Umschlag des Schriftstücks vermerkt.

13.1 *Datum*

13.2 *ggf. Uhrzeit*

13.3 *Unterschrift des Zustellers*

250621

Rafael

13.4 *Postunternehmen/Behörde*

Deutsche Post AG
Zustellstützpunkt

13.5 *Name, Vorname des Zustellers (in Druckbuchstaben)*

Wolke - D. D. I

102

Sozialgericht München



Digitalisiert von der TK ▲

Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München
Übersendung zum Zwecke der Zustellung an:
Techniker Krankenkasse
- Hauptverwaltung -
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Ihr Zeichen: [REDACTED]

Empfangsbekanntnis

über die Zustellung (§ 63 Abs. 2 SGG, §. 174 ZPO)

Name des Klägers

[REDACTED]

Aktenzeichen

S 12 KR 2059/20

Anlage(n):

1 begl. Abschrift des Beschlusses vom 21.06.2021

Techniker Krankenkasse 25.06.2021
Dario Meß
25.06.2021

empfangen am:

.....
Unterschrift, ggf. Stempel des Empfängers

Bitte sofort zurück an:

An die Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

(Telefax: 089 / 13062 - 223)

Sozialgericht München	
Eingel. 25. Juni 2021	
Vollmacht	Urschrift
Besch./WB	Anlagen
Rechnung	
Az:	

109

Transfervermerk

erstellt am: 06.08.2021, 05:57:03

(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16282220046445973609629644668010

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingang auf dem Server: 06.08.2021, 05:53:25
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)

Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xml, visitenkarte.xml, visitenkarte.xml, herstellerInformation.xml

Anhänge: L_5_KR_372_21_AKTENANFORDERUNG_SOZIALGERICHT_0126B0A744974B30AE939932AAE1550F
xjustiz_nachricht.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID safe-sp1-1400589659747-015539967

Anrede Juristische Person

Akademischer Grad

Name/Firma Bayer. Landessozialgericht

Vorname

Organisation Sozialgerichte BY

Organisationszusatz

Straße Ludwigstraße

Hausnummer 15

Postleitzahl 80539

Ort München

Bundesland Bayern

Land DE

AZ: 12 KR 2059/20

110

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 5 KR 372/21

Durchwahl
256

Datum
05.08.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

█./. Techniker Krankenkasse, Hamburg

ist eine Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid vom 04.05.2021 am 22.07.2021 eingegangen.

Es wird gebeten, die Akten mit den Beiakten und den dort vorhandenen Unterlagen umgehend vorzulegen.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Fochler

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Gerichtssitz		Zweigstelle		Besuchs- und Sprechzeiten		Hinweise zum Datenschutz (Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.
Ludwigstraße 15	Telefon (089) 2367-1 (Vermittlung)	Rusterberg 2	Mo - Do	8.30 - 11.30 Uhr		
80539 München	Telefax (089) 2367-290	97421 Schweinfurt		13.00 - 15.00 Uhr		
U-Bahn-Haltestelle	Internet http://www.lsg.bayern.de	Telefon (09721) 73-087-0	Fr	8.00 - 12.00 Uhr		
Odeonsplatz		Telefax (09721) 73-087-60				
Behindertenparkplätze	Rheinbergerstraße					

SG München

München, 12.08.21

Az.: S 12 KR 2059/20

Vermerk

In dem Rechtsstreit

...../. Techniker Krankenkasse, Hamburgwegen

ist Berufung eingelegt worden. Es wurden heute an das Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München zum Az.: L 5 KR 372/21, auf das Schreiben vom 05.08.2021 übersandt:

..... Bd. Prozessakten

..... Bd. Akten d.

..... Röntgenbilder

Verfügung

1. D. Vorsitzenden zur Kenntnis
2. Wv. mit Eingang oder

Geschäftsstelle

112

Prüfvermerk vom 20.10.2021, 07:33:46

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 20.10.2021, 07:28:11
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 5 KR 372/21

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers:

Betreff der Nachricht: L 5 KR 372/21
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: vps_bayern_justiz_16347076907175139228123427806256

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_5_KR_372_21_SCHRIFTSAT Z_6F64CE0FCC6D4C4EAB62A A382791F1761.pdf	pdf	nein				
L_5_KR_372_21_Sitzungsniede rschrift_eb1432c530404d0d9507 9ac540a8c2eb.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

113

Transfervermerk

erstellt am: 20.10.2021, 07:33:50

(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16347076907175139228123427806256

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingang auf dem Server: 20.10.2021, 07:28:11
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)

Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xml, visitenkarte.xml, visitenkarte.xml, herstellerinformation.xml

Anhänge: L_5_KR_372_21_SCHRIFTSATZ_6F64CE0FCC6D4C4EAB62AA382791F1761.pdf, L_5_KR_372_21_Sitzungsniederschrift_eb1432c530404d0d95079ac540a8c2eb.pdf, xjustiz_nachricht.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID safe-sp1-1400589659747-015539967

Anrede Juristische Person

Akademischer Grad

Name/Firma Bayer. Landessozialgericht

Vorname

Organisation Sozialgerichte BY

Organisationszusatz

Straße Ludwigstraße

Hausnummer 15

Postleitzahl 80539

Ort München

Bundesland Bayern

Land DE

112

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 5 KR 372/21

Durchwahl
256

Datum
18.10.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

werden die unter Anlagen bezeichneten Vorgänge übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle
gez. Faßbender

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen:

- 1 Abschrift der Sitzungsniederschrift vom 18.10.2021
- 1 Bd. Akten d. Sozialgerichts München Az.: S 12 KR 2059/20
- 1 Bd. Akten d. Sozialgerichts München Az.: S 18 KR 725/21
- 3 Bd. Akten d. Sozialgerichts München Az.: S 12 KR 1268/20, S 38 SF 156/21 AB, S 12 KR 1265/20 ER

Die Akten folgen auf dem Postweg.

Gerichtssitz		Zweigstelle		Besuchs- und Sprechzeiten		Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15	Telefon (089) 2367-1 (Vermittlung)	Rusterberg 2	Mo - Do	8.30 - 11.30 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf www.lsg.bayern.de unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.	
80539 München	Telefax (089) 2367-290	97421 Schweinfurt	Fr	13.00 - 15.00 Uhr		
U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz	Internet http://www.lsg.bayern.de	Telefon (09721) 73 087-0		8.00 - 12.00 Uhr		
Behindertenparkplätze	Rheinbergerstraße	Telefax (09721) 73 087-60				

Öffentliche Sitzung
Bayerisches Landessozialgericht

München, 18.10.2021

Aktenzeichen:
L 5 KR 372/21
S 12 KR 2059/20

Niederschrift

in dem Rechtsstreit

██████████ ██████████ 80802 München
- Kläger und Berufungskläger -

gegen

Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder
Straße 140, 22305 Hamburg - ██████████ -
- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Anwesend:	Vorsitzender:	Vorsitzender Richter am LSG Rittweger
	Weitere Berufsrichter:	Richterin am LSG Dr. Barkow-von Creytz Richterin am LSG Dr. Klopstock
	Ehrenamtliche Richter:	Frau Wendlinger Herr Schmittner
	Als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle:	Frau Faßbender

Nach Aufruf der Sache erscheinen:

der Kläger	persönlich
für die Beklagte	niemand

Der Vorsitzende stellt fest, dass die Beklagte ordnungsgemäß zum heutigen Termin geladen wurde und ihr Nichterscheinen angekündigt hat.

Der Vorsitzende weist den Kläger darauf hin, dass der Vorsitzende den Verlauf der Sitzung bestimmt. Um zu vermeiden, dass man an einander vorbeiredet, wird der Sachverhalt entsprechend der Verfahrensordnung vorgetragen.

Der Sachverhalt wird vorgetragen.

Sodann erhält der Kläger das Wort.

Das Sach- und Streitverhältnis wird mit ihm erörtert.

Der Kläger erklärt, sein Ziel ist es, ein willkürliches Vorgehen der I. Instanz zu beseitigen. So begehrt er nicht eine Entscheidung des Berufungsgerichts im Wege der Berufung. Ziffer 4 des Schriftsatzes vom 22.07.2021 ist nicht als Berufung zu verstehen.

Der Senat weist darauf hin, dass das Begehren des Klägers, welches nicht eindeutig formuliert war, nach dem Grundsatz der Meistbegünstigung zunächst als Berufung ausgelegt wurde. Dies aber ist nicht zwingend.

Der Kläger erwidert hierzu, es sei eindeutig, dass er keine Berufung eingelegt habe. Der Kläger erklärt weiter, er behalte sich vor, innerhalb der offenen Berufungsfrist von einem Jahr das Rechtsmittel der Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht einzulegen.

Es wird festgestellt, dass der Schriftsatz vom 22.07.2021 im Lichte der Ausführungen des Klägers nicht als Berufung zu verstehen ist. Die Behandlung als Rechtsmittel zum Bayerischen Landessozialgericht stellt sich damit heute als unzutreffende Sachbehandlung heraus.

Es wird festgestellt, dass das Verfahren hiermit beendet ist.

Rittweger
Vorsitzender

Faßbender
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Beginn der Verhandlung:
Ende der Verhandlung:

09:02 Uhr
09:28 Uhr

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Sozialgericht München	
Eingel. 20. Okt. 2021	
Vollmacht	Unterschied
Besch. i.V.a.	Anlagen
Rechnung	
Akt:	

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 5 KR 372/21

Durchwahl
256

Datum
18.10.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

█./. Techniker Krankenkasse, Hamburg

werden die beiliegenden Akten unter Bezugnahme auf das bereits auf elektronischem Weg übermittelte Schreiben vom 18.10.2021 übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Faßbender

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen
wie im Text erwähnt

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr Fr 13.00 - 15.00 Uhr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf www.lsg.bayern.de unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in deutscher

MA

Prüfvermerk vom 27.10.2021, 08:39:59

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 27.10.2021, 08:30:46
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 5 KR 373/21 B

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers:

Betreff der Nachricht: L 5 KR 373/21.B
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: vps_bayern_justiz_16353162453282847127263612780309

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_5_KR_373_21_B_SCHRIFTS ATZ_FAF73F3B30184712ABF4 F7CD3A457B171.pdf	pdf	nein				
L_5_KR_373_21_B_Sitzungsnie derschrift_04d85accfdb4241bb4 f1b1474e7e61b.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

118

Transfervermerk

erstellt am: 27.10.2021, 08:40:02

(weitere Details und Anmerkungen können Sie dem separaten Prüfprotokoll entnehmen)

Prüfergebnis der OSCI-Nachricht: vps_bayern_justiz_16353162453282847127263612780309

Informationen zum Übermittlungsweg: Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingang auf dem Server: 27.10.2021, 08:30:46
(Ende des Empfangsvorgangs) (lokale Serverzeit)

Inhaltsdaten: nachricht.xml, nachricht.xsl, visitenkarte.xml, visitenkarte.xsl, herstellerInformation.xml

Anhänge: L_5_KR_373_21_B_SCHRIFTSATZ_FAF73F3B30184712ABF4F7CD3A457B171.pdf,
L_5_KR_373_21_B_Sitzungsprotokoll_04d85accfddb4241bb4f1b1474e7e61b.pdf,
xjustiz_nachricht.xml

Visitenkarte des Absenders

Nutzer-ID safe-sp1-1400589659747-015539967

Anrede Juristische Person

Akademischer Grad

Name/Firma Bayer. Landessozialgericht

Vorname

Organisation Sozialgerichte BY

Organisationszusatz

Straße Ludwigstraße

Hausnummer 15

Postleitzahl 80539

Ort München

Bundesland Bayern

Land DE

1068/20 - Ksta

119

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 5 KR 373/21 B

Durchwahl
256

Datum
18.10.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Beschwerdeverfahren

██████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

werden die unter Anlagen bezeichneten Vorgänge übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle
gez. Faßbender

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen:

- 1 Abschrift des Beschlusses vom 18.10.2021
- 1 Bd. des SG München, Az.: S 12 KR 2030/20 ER

Die Akten folgen auf dem Postweg.

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr 13.00 - 15.00 Uhr Fr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf "www.lsg.bayern.de" unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

Der Beschwerdeführer erklärt, seine Rügen hinsichtlich der Formfehler und weiteren Fehler in Bezug auf den Gerichtsbescheid vom 04.05.2021 aufrecht zu erhalten. Dies vorausgestellt stellt er in Bezug auf den Schriftsatz vom 22.07.2021 folgenden Antrag:

Der Beschluss des Sozialgerichts München vom 21. Juni 2021 wird ebenso wie der Gerichtsbescheid vom 04. Mai 2021 aufgehoben und die Rechtssache zur mündlichen Verhandlung an das Sozialgericht München zurückverwiesen.

- vorgelesen und genehmigt -

Der Beschwerdeführer betont anschließend, dass eine Verletzung des Rechtes auf den gesetzlichen Richter im Gerichtsbescheidsverfahren erfolgt ist.

Der Vorsitzende erklärt die mündliche Verhandlung für geschlossen.

Der Senat zieht sich zur Beratung und Entscheidungsfindung zurück.

Nach geheimer Beratung und Beschlussfassung verkündet der Vorsitzende am Ende der Sitzung folgenden

B e s c h l u s s :

- I. Die Beschwerde des Beschwerdeführers gegen den Beschluss des Sozialgerichts München vom 21.06.2021 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

- I. Der Beschwerdeführer wendet sich gegen die Ablehnung einer mündlichen Verhandlung im Beschluss vom 21.06.2021 zum Gerichtsbescheid vom 04.05.2021.
- II. Die Beschwerde bleibt ohne Erfolg, weil das Rechtsmittel der Berufung statthaft ist, sodass eine mündliche Verhandlung vor dem Sozialgericht nicht zu erreichen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar, § 177 SGG.

Rittweger
Vorsitzender

Faßbender
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Beginn der Verhandlung:
Ende der Verhandlung:

09:50 Uhr
10:21 Uhr

122

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Sozialgericht München	
Eingel. 28. Okt. 2021	
Vollmacht	Umschlag
Besch./We	Anlagen
Rechnung	
Az:	

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 5 KR 373/21 B

Durchwahl
256

Datum
18.10.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Beschwerdeverfahren

 ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

werden die beiliegenden Akten unter Bezugnahme auf das bereits auf elektronischem Weg übermittelte Schreiben vom 18.10.2021 übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Faßbender

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen
wie im Text erwähnt

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr Fr 13.00 - 15.00 Uhr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf www.lsg.bayern.de unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform
			Rheinbergerstraße			

Az.: S 12 KR 2059/20

Verfügung

1. Beschwerde erledigt mit:

- Urteil
- Anerkenntnis
- Vergleich
- Zurücknahme
-
- vom 18.10.21
- AUR = Aussetzung, Unterbrechung, Ruhen
- Urteil mit Zurückverweisung
- Beschluss
- auf andere Weise

2. Archivdaten und Prozessregister ergänzen - erl. am 16.11.21

3. Retent auflösen
die nicht gehefteten Vorgänge zur Hauptakte - erl. am: 16.11.21

4. Zur Kenntnis an Kenntnis genommen:

SG Präsidenten
 Vors. d. 12 Kammer
 Vors. d. Kammer
 Vors. d. Kammer

5.

Geschäftsstelle


124

Prüfvermerk vom 10.05.2022, 15:14:38

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 10.05.2022, 15:05:48
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 KR 202/22, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: by_jus_1652187947994739372f8-1616-4ae5-af29-272bd5f873fc

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_AKTENANF ORDERUNG_SOZIALGERICH T_3D1DCA5FB6C24365A2AD5 3AD83BF43621.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

125

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl
263

Datum
10.05.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

 ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

ist eine Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid vom 04.05.2021 am 04.05.2022 eingegangen.

Es wird gebeten, die Akten mit den Beiakten und den dort vorhandenen Unterlagen umgehend vorzulegen.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Dogdu

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr 13.00 - 15.00 Uhr Fr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.
Rheinbergerstraße						

SG München

München,

Az.: S 12 KR 2059/20

Vermerk

In dem Rechtsstreit

...../. Techniker Krankenkasse, Hamburgwegen Krankenversicherung

ist Berufung eingelegt worden. Es wurden heute an das Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München zum Az.: L 12 KR 202/22, auf das Schreiben vom 10.05.2022 übersandt:

..... Bd. Prozessakten

..... Bd. Akten d.

..... Röntgenbilder

.....

Verfügung

1. D. Vorsitzenden zur Kenntnis
2. Wv. mit Eingang oder

Geschäftsstelle

Prüfvermerk vom 13.05.2022, 10:30:52

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 13.05.2022, 10:12:36
 Absender: Bayer. Landessozialgericht
 Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
 Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
 Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 KR 202/22, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
 Text der Nachricht:
 Nachrichtenkennzeichen: by_jus_1652429556372c1a57b86-650f-4242-9a5d-efbff51b9fa3

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_UNTERLAG ENANFORDERUNG_8D5764A 2EB1349DA9B0262CDF6A9809 41.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

127



Bayerisches Landessozialgericht

Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl
263

Datum
13.05.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ ./ Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird auf richterliche Anordnung zur Beweiserhebung um Übersendung der Akte Az.: S 12 KR 1268/20 betreffend

██████████ geb. ██████████ ██████████ 80802 München

gebeten.

Um baldige Erledigung wird gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Dogdu

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr 13.00 - 15.00 Uhr Fr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO). erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

Standort 128
Unterschrift
16.11.21

Prüfvermerk vom 25.05.2022, 11:15:40

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 25.05.2022, 11:01:55
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 KR 202/22, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: by_jus_165346931441480e938d1-8719-417a-984d-4b4f4b6ac82e

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_ERINNERUNG_AN_AKTENUEBERSENDUNG_BDD03E42516648C28F45539AA8E2F8911.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

129



Bayerisches Landessozialgericht

Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl
263

Datum
25.05.2022

Erinnerung

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ / Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird an die Übersendung der mit Schreiben vom 10.05.2022 und 13.05.2022 angeforderten Akten betreffend

██████████ ██████████ 80802 München

erinnert.

Um baldige Erledigung wird gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Fochler

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr 13.00 - 15.00 Uhr Fr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf www.lsg.bayern.de unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

130

Prüfvermerk vom 03.06.2022, 13:03:48

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 03.06.2022, 12:55:26
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 KR 202/22, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: by_jus_1654253725943b6ab3c1f-19fe-4338-8252-70aaf2f4c7b0

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_ERINNERUNG_AN_AKTENUEBERSENDUNG_21B466A2FF804164A7ADA74156F01E9B1.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

131



Bayerisches Landessozialgericht

Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20
S 12 KR 1268/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl
263

Datum
03.06.2022

2. Erinnerung

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ / Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird an die Übersendung der mit Schreiben vom 10.05.2022 sowie vom 13.05.2022 angeforderten Akten betreffend

██████████ ██████████ 80802 München

erinnert.

Da eine Terminierung in dem Verfahren bevorsteht, wird um sofortige Erledigung gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Dogdu

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Gerichtssitz

Ludwigstraße 15
80539 München
U-Bahn-Haltestelle:
Odeonsplatz

Telefon (089) 2367-1 (Vermittlung)
Telefax (089) 2367-290
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Behindertenparkplätze Rheinbergerstraße

Zweigstelle

Rusterberg 2
97421 Schweinfurt
Telefon (09721) 73 087-0
Telefax (09721) 73 087-60

Besuchs- und Sprechzeiten

Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr
13.00 - 15.00 Uhr
Fr 8.00 - 12.00 Uhr

Hinweise zum Datenschutz
(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
"www.lsg.bayern.de" unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf
Anfrage auch in Papierform.

132

Prüfvermerk vom 15.06.2022, 14:20:42

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 15.06.2022, 14:10:51
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers:

Betreff der Nachricht: 12 KR 202/22
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: by_jus_1655295051381c80fcca6-6b77-4f9a-ae56-d5dd8468ec12

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_ERINNERUNG_AN_AKTENUEBERSENDUNG_00000079134811.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

EILT SEHR!! SITZUNG AM **06.07.2022 !!!!!**

Ihr Zeichen	Aktenzeichen (Bitte stets angeben)	Durchwahl	Datum
S 12 KR 2059/20	L 12 KR 202/22	263	15.06.2022
S 12 KR 1268/20			

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ / Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird an die Übersendung der mit Schreiben vom 10.05.2022/13.05.2022 angeforderten und bereits am 03.06.2022 angemahnten angeforderten Akten betreffend

██████████ geb. ██████████ ██████████, 80802 München

erinnert.

Um umgehende Erledigung wird gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Ledermann

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Gerichtssitz	Telefon	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15	(089) 2367-1 (Vermittlung)	Rusterberg 2	Mo - Do	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
80539 München	(089) 2367-290	97421 Schweinfurt		erhalten Sie auf
U-Bahn-Haltestelle	Internet http://www.lsg.bayern.de	Telefon (09721) 73 087-0	Fr	„www.lsg.bayern.de“ unter der
Odeonsplatz		Telefax (09721) 73 087-60		Rubrik „Datenschutz“, auf
Behindertenparkplätze	Rheinbergerstraße			Anfrage auch in Papierform.

Prüfvermerk vom 27.06.2022, 12:48:25

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 27.06.2022, 12:41:09
 Absender: Bayer. Landessozialgericht
 Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
 Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
 Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 KR 202/22, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
 Text der Nachricht:
 Nachrichtenkennzeichen: by_jus_1656326469493b043bf8b-b8c2-43a6-8d4a-4b2a2d4f3507

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_SCHREIBEN _INDIVIDUELL_B735D896D1F C47FA806AFD11A69E5D931.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

EILT!
TERMIN AM 06.07.2022

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl
263

Datum
27.06.2022

Rechtsstreit

█. Techniker Krankenkasse, Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

es wird um **kurzfristige** Mitteilung gebeten, ob eine Nichtigkeitsklage zum Verfahren S 12 KR 1268/20 anhängig ist bzw. darüber entschieden worden ist.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Dogdu

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

S 18 KR 22/22

gebildet 29.7.22

+ S 18 KR 225/21

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr 13.00 - 15.00 Uhr Fr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Bayerisches Landessozialgericht
Ludwigstraße 15
80539 München

Ihr Zeichen	Aktenzeichen (Bitte stets angeben)	Durchwahl	Datum
L 12 KR 202/22	S 12 KR 2059/20	108	28.06.2022

Rechtsstreit

██████████/. TK - Hauptverwaltung, Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Ihre Anfrage vom 27.06.2022 wird mitgeteilt, dass eine Nichtigkeitsklage zum Verfahren S 12 KR 1268/20 anhängig ist und unter dem Aktenzeichen S 18 KR 32/22 geführt wird. Dieses Verfahren wurde zum 21.07.2022 geladen.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Bittl

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Dienstgebäude	Besuchszeiten		Hinweise zum Datenschutz (Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
Richelstraße 11 München S-Bahn-Haltestelle "Donnersbergerbrücke" Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17	Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr Mo,Di,Do nachmittags nach Vereinbarung	Telefon (089) 1 30 62 - 0 Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder (089) 1 30 62 - 259 Internet http://www.lsg.bayern.de	erhalten Sie auf „www.lsg.bayern.de“ unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.

BA

Prüfvermerk vom 29.07.2022, 11:51:09

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 29.07.2022, 11:24:20
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 KR 202/22, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: by_jus_1659086659474bcd41e3b-7b7e-46c5-a7ee-0ffbe36381f7

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_UNTERLAG ENANFORDERUNG_D2C7E18 46D8540DFA463EB00CDF71B 91.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

EILT TERMIN AM

10.08.2022 !

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl
263

Datum
29.07.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

█. Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird auf richterliche Anordnung zur Beweiserhebung unter Hinweis auf das gerichtliche Schreiben vom 06.07.2022 zu S 18 KR 725/21 um Rücksendung der Verfahrensakte Az.: S 12 KR 1268/20 betreffend

█ geb. █ 80802 München

gebeten.

Um **sofortige** Erledigung wird gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Dogdu

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Gerichtssitz		Zweigstelle	Besuchs- und Sprechzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München	Telefon (089) 2367-1 (Vermittlung)	Rusterberg 2	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz	Telefax (089) 2367-290	97421 Schweinfurt	13.00 - 15.00 Uhr	erhalten Sie auf
Behindertenparkplätze	Internet http://www.lsg.bayern.de	Telefon (09721) 73 087-0	Fr 8.00 - 12.00 Uhr	„www.lsg.bayern.de“ unter der
	Rheinbergerstraße	Telefax (09721) 73 087-60		Rubrik „Datenschutz“, auf
				Anfrage auch in Papierform.

139

Prüfvermerk vom 01.09.2022, 13:36:45

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 01.09.2022, 13:32:40
 Absender: Bayer. Landessozialgericht
 Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
 Aktenzeichen des Absenders: L 12 SF 171/22 AB

Empfänger: Sozialgericht München ✓
 Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 SF 171/22 AB, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
 Text der Nachricht:
 Nachrichtenkennezeichen: by_jus_16620319599505095706d-2033-40f2-89db-138134f63ce1

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_SF_171_22_AB_Beschlus s_7f908379cbb44ca19e076e7c9b 7dc268.pdf	pdf	nein				
L_12_SF_171_22_AB_SCHRIF TSATZ_97B55D3D68584565A2 516416D245991B1.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

140

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 SF 171/22 AB

Durchwahl
263

Datum
01.09.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Verfahren

██████████ / J. Techniker Krankenkasse, Hamburg

werden die unter Anlagen bezeichneten Vorgänge übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle
gez. Dittmar

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen:

1 Abschrift des Beschlusses vom 30.08.2022

Gerichtssitz

Ludwigstraße 15
80539 München
U-Bahn-Haltestelle
Odeonsplatz

Telefon (089) 2367-1 (Vermittlung)
Telefax (089) 2367-290
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Behindertenparkplätze Rheinbergerstraße

Zweigstelle

Rusterberg 2
97421 Schweinfurt
Telefon (09721) 73 087-0
Telefax (09721) 73 087-60

Besuchs- und Sprechzeiten

Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr
13.00 - 15.00 Uhr
Fr 8.00 - 12.00 Uhr

Hinweise zum Datenschutz

(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
„www.lsg.bayern.de“ unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf
Anfrage auch in Papierform.

L 12 SF 171/22 AB
S 12 KR 2059/20



BAYERISCHES LANDESSOZIALGERICHT

In dem Rechtsstreit

Seestraße 14, 80802 München
- Kläger und Antragsteller -

gegen

Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder
Straße 140, 22305 Hamburg -
- Beklagte und Antragsgegnerin -

wegen Anhörungsrüge gem. § 178a SGG

erlässt der 12. Senat des Bayer. Landessozialgerichts in München

am 30. August 2022

ohne mündliche Verhandlung durch die Richterin am Bayer. Landessozialgericht Kunz als
Vorsitzende sowie die Richterin am Bayer. Landessozialgericht Hentrich und die Richterin
am Bayer. Landessozialgericht Dr. Scheps folgenden

Beschluss:

- I. Die Anhörungsrüge gegen den Beschluss des Bayer. Landessozialgerichts vom
08.08.2022, L 12 KR 202/22, wird verworfen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger und Antragsteller (Ast.) wendet sich mit seiner Anhörungsrüge vom
23.08.2022 gegen einen Beschluss des BayLSG vom 08.08.2022 in dem Verfahren L 12
KR 202/22, mit dem der Antrag des Ast. vom 02.08.2022 auf Ablehnung des Vorsitzenden

Richters am Bayer. Landessozialgericht Dr. Hesral sowie die Richterin am Bayer. Landessozialgericht Dr. Reich-Malter wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt wurde. Im Verfahren L 12 KR 202/22, in dem nach mündlicher Verhandlung am 10.08.2022 ein Urteil erging, begehrt der Ast. die Versorgung mit dem Arzneimittel Exjade.

Zur Begründung seines Befangenheitsantrages verwies der Ast. im Wesentlichen auf das seiner Auffassung nach nicht ordnungsgemäß geführte Verfahren vor dem Sozialgericht, die nicht ordnungsgemäße Zustellung des Gerichtsbescheides, strafrechtlich relevantes Verhalten der erstinstanzlichen Richterin und deren Ehemann, der durch seine Beziehungen zum Bundesverfassungsgericht eine für ihn, den Ast., positive Entscheidung seiner Verfassungsbeschwerde verhindert habe, das willkürliche Verhalten des 5. Senats des BayLSG sowie die Weigerung der Geschäftsleitung bzw. des Präsidenten des LSG, ihm den Geschäftsverteilungsplan mit der namentlichen Besetzung der Senate als Ausdruck bzw. Kopie zu überlassen. Auch habe es der 12. Senat unterlassen, vor der mündlichen Verhandlung alle Maßnahmen zu treffen, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung zu erledigen. Dem Ast. seien diverse elektronische Dokumente nicht von Amts wegen zugänglich gemacht worden, sodass er an der Geltendmachung seiner Rechte gehindert worden sei. Im Ergebnis folge aus den absehbaren Verletzungen der Rechte des Klägers die Besorgnis der Befangenheit des Vorsitzenden sowie des Berichterstatters. Zudem habe der Senat nicht die angekündigte Berufungsbegründung abgewartet. Der Senat verweigere Amtsermittlung und die Herausgabe von Dienstvorschriften für die Zustellung. In Bezug auf die Besetzung des Gerichts nehme der Senat in Kauf, dass diese für den Kläger nicht überprüfbar sei. Einsichtnahme in die Geschäftsverteilungspläne einschließlich Ablichtungen sei voraussetzungsloses Jedermannrecht. Dass der Präsident des BayLSG die Übersendung von Ablichtungen des Geschäftsverteilungsplanes verweigere, sei dem Senat bekannt.

Der Senat hat den Befangenheitsantrag mit Beschluss vom 08.08.2022 abgelehnt. Bei vernünftiger und unparteiischer Betrachtung sei das Verhalten des VRiLSG Dr. Hesral sowie der RiLSG Dr. Reich-Malter nicht geeignet, an ihrer Unvoreingenommenheit und objektiven Einstellung zu zweifeln.

In Bezug auf den Vorwurf, die Geschäftsverteilungspläne nicht in Kopie herauszugeben, lägen Gründe für die Besorgnis der Befangenheit schon deshalb nicht vor, weil beide Abgelehnten an dem zur Akte genommenen Schreiben des Herrn Präsidenten LSG Kolbe um den Vorgang in Bezug auf ein Ablichtungsrecht des Geschäftsverteilungsplans nicht

142

beteiligt gewesen seien. Inwieweit sich aus diesem Vorgang eine für den Ast. negative „Kontaminierung“ ergeben solle, sei zudem nicht ersichtlich.

Soweit der Ast. vortrage, ihm werde nach wie vor das Recht zur Einsicht in die Geschäftsverteilungspläne verweigert, sei dieser Vorwurf nicht nachvollziehbar. Die Berichterstatterin habe dem Kläger vielmehr mit Schreiben vom 29.07.2022 mitgeteilt, er könne nach telefonischer Terminvereinbarung Einsicht in dieselben nehmen. Der Ast. habe jedoch ausweislich der Akten bisher keinen solchen Antrag gestellt.

Ein Befangenheitsgrund ergebe sich auch nicht aus dem Vorwurf des Ast., es sei durch den VRiLSG Dr. Hesral bzw. die Berichterstatterin RiLSG Dr. Reich-Malter nicht ausreichend ermittelt worden. Der Senat habe im Rahmen seiner Amtsermittlung eine Vielzahl von - aus Sicht des Senats notwendigen - Verfahren beigezogen und deren Inhalt im Rahmen der Vorbereitung der mündlichen Verhandlung gewürdigt. Inwieweit darüber hinaus die Beiziehung weiterer Verfahren zur Lösung dieses Rechtsstreits erforderlich sei, bleibe der Erörterung in der mündlichen Verhandlung vorbehalten. Bei vernünftiger Würdigung aller Umstände ergebe sich daher kein Grund, welcher geeignet sei, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit der genannten Richter des 12. Senats zu rechtfertigen. Ein im Rahmen gebotener richterlicher Verfahrensweise liegendes Verhalten könne zudem einem Ablehnungsgesuch von vornherein nicht zum Erfolg verhelfen. Selbst Fehler des Richters - sofern nicht besondere weitere Umstände hinzutreten - vermögen keine Besorgnis der Befangenheit begründen (vgl. BFH Beschlüsse vom 27.6.1996 - X B 84/96 - BFH/NV 1997, 122, Juris; vom 29.8.2001 - IX B 3/01 - BFH/NV 2002, 64, Juris). Es müssten vielmehr mit dem Ablehnungsgesuch Gründe dargetan werden, die dafür sprechen, dass die mögliche Fehlerhaftigkeit auf einer unsachlichen Einstellung des Richters gegen den ablehnenden Beteiligten oder auf Willkür beruhe (vgl. BSG, Beschluss vom 31. August 2015 - B 9 V 26/15 B -, juris; BFH Beschluss vom 16.2.1989 - X B 99/88, BFH/NV 1989, 708, Juris; BFH Beschluss vom 27.6.1996 - X B 84/96 - BFH/NV 1997, 122, Juris). Solche Gründe habe der Ast. nicht dargelegt. Behaupteten Fehlern bei der Sachverhaltsaufklärung allein könne kein objektiv vernünftiger Grund für die Besorgnis der Befangenheit des abgelehnten Richters entnommen werden. Soweit der Ast. meine, Ermittlungsdefizite festgestellt zu haben, sei diesen etwa durch entsprechende Beweisangebote zu begegnen. Ein Befangenheitsgesuch sei nicht geeignet, die gewünschten Ermittlungen zu erzwingen (BSG Beschluss vom 29.3.2007 - B 9a SB 18/06 B - SozR 4-1500 § 60 Nr 4, SozR 4-1500 § 160 Nr 14).

Es bestehe damit in keinster Weise ein Anlass, an der Unvoreingenommenheit des Vorsitzenden des 12. Senats VRiLSG Dr. Hesral sowie der Berichterstatterin RiLSG Dr. Reich-Malter in diesem Verfahren zu zweifeln. Dies gelte erst recht für die aus Sicht des

Ast. „strafrechtlich relevanten“ Anschuldigungen, die sich zudem nicht auf die Abgelehnten, sondern auf andere Personen beziehen würden.

Gegen diesen am 09.08.2022 zugestellten Beschluss hat der Ast. am 23.08.2022 ausdrücklich Anhöhrungsrüge erhoben, die unter dem Az. S 12 SF 171/22 AB geführt wird. Zur Begründung trägt er vor, der Verstoß gegen das rechtliche Gehör bestehe darin, dass ihm die konkreten Identitäten des Vorsitzenden sowie der Berichterstatterin nicht bekannt gegeben worden seien. Es scheine von vornherein Praxis des Gerichts zu sein, Beteiligte über die Besetzung des Senats in Unkenntnis zu lassen. Ihm sei aufgrund einer Weisung des Präsidenten des BayLSG Kolbe Einsicht in die Geschäftsverteilungspläne nur ohne das Recht auf Ablichtung gestattet worden. Die Möglichkeit eigener Ablichtung bestehe aber für jedermann. Nach Bekanntwerden der tatsächlichen Identitäten seien weitere Gründe für eine Befangenheit ersichtlich, die nunmehr im Rahmen der Anhöhrungsrüge vorgetragen würden. Sodann weist der Ast. darauf hin, die beim Sozialgericht München als Leiterin der Geschäftsstellen tätige Ehefrau des Vorsitzenden habe den Ast. im September 2021 verleumdet (wird ausgeführt), hierüber bestünden Aufzeichnungen. Die persönliche Nähebeziehung könne nach der Rechtsprechung die Besorgnis der Befangenheit von Dr. Hesral begründen.

Darüber hinaus behaupte Dr. Hesral für das Verfahren L 12 KR 202/22 die Zuständigkeit des 12. Senats, obwohl aufgrund einer Nichtigkeitsklage nach dem Geschäftsverteilungsplan ein anderer Senat zuständig sei. Dass der 5. Senat diese offenbar nicht eingetragen habe, ändere nichts an deren Rechtshängigkeit. Dr. Hesral habe - ebenso wie die Berichterstatterin - hiervon nichts wissen wollen.

Tatsächliche Befangenheit sei bei Dr. Hesral auch in materieller Hinsicht im Rahmen der mündlichen Verhandlung bekannt geworden. Hierzu führt der Ast zu den seiner Ansicht nach unzutreffenden Äußerungen in der mündlichen Verhandlung aus, über die Beweis durch Aufzeichnung des „öffentlich gesprochenen Wortes“ geführt werden könne. Auch seien die Akten aufgrund des zu geringen Umfangs offensichtlich unvollständig gewesen.

Die Berichterstatterin habe im Sachvortrag in der mündlichen Verhandlung wesentliche Tatsachen ausgelassen, aus welchen Motiven bleibe unklar. Ihre Ausführungen zur Einheit des Klagegegenstandes beruhten auf willkürlich unvollständiger Ermittlung des Tatbestandes.

Besorgnis der Befangenheit des Dr. Hesral bestünde auch aus dem Umstand, dass sich sein Vorgänger Herr Spiegl nunmehr als Ombudsmann beim Medizinischen Dienst

143

befinde und in dieser Eigenschaft einen Leistungsanspruch des Ast. verneint habe. Die Sichtweise des Dr. Hesral könne daher auch von Loyalitätserwägungen gegenüber Herrn Spiegl geprägt sei.

Das Gericht sei vorschriftswidrig besetzt gewesen, wobei dies nachweislich auf einer Manipulation der Zuweisung durch das Gericht beruhe. Verfälschung der Tatsachen sowie ein Mordversuch hätten geprüft werden müssen, was aber in dem Beschluss vom 08.08.2022 nicht erfolgt sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten mit den Az. L 12 KR 202/22 und L 12 SF 171/22 AB verwiesen.

II.

Das Begehren des Ast. aus dem Schriftsatz vom 22.08.2022 beinhaltet ausdrücklich eine Anhörungsrüge.

Die Anhörungsrüge des Ast. ist unzulässig. Sie ist daher zu verwerfen (§ 178a Abs. 4 Satz 1 SGG).

Gemäß § 178a Abs 1 Satz 1 SGG ist das Verfahren auf die Rüge eines durch eine gerichtliche Entscheidung beschwerten Beteiligten fortzuführen, wenn ein Rechtsmittel oder ein anderer Rechtsbehelf gegen die Entscheidung nicht gegeben ist (Nr. 1) und das Gericht den Anspruch dieses Beteiligten auf rechtliches Gehör in entscheidungserheblicher Weise verletzt hat (Nr. 2). Die Rüge ist innerhalb von zwei Wochen nach Kenntnis von der Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erheben (§ 178a Abs. 2 Satz 1 SGG). Das Vorliegen der in § 178a Abs. 1 Satz 1 Nr 2 SGG genannten Voraussetzung ist mit der Rüge darzulegen (§ 178a Abs. 2 Satz 5 SGG). Diesem Darlegungserfordernis ist nur dann genügt, wenn Umstände aufgezeigt werden, aus denen sich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ergeben kann (vgl. BSG Beschluss vom 7.4.2005 - B 7a AL 38/05 B - SozR 4-1500 § 178a Nr 2). Nicht ausreichend ist es, wenn im Kern nur die Richtigkeit der angefochtenen Entscheidung beanstandet wird (BSG, Beschluss vom 29.11.2005 Az. B 1 KR 94/05 B). Nach der Rechtsprechung des BSG (zB Beschlüsse vom 3.2.2022 - B 12 R 32/21 B - juris RdNr 11 sowie vom 15.4.2019 - B 13 R 233/17 B - juris RdNr 18 mwN) und des BVerfG (Urteil vom 8.7.1997 - 1 BvR 1621/94 - BVerfGE 96, 205, 217 sowie Beschluss vom 1.8.1984 - 1 BvR 1387/83 - SozR 1500 § 62 Nr 16) ist auch ohne erneute ausdrückliche Wiedergabe des Vorbringens in der jeweiligen gerichtlichen Entscheidung grundsätzlich davon auszugehen, dass das Gericht

die Ausführung der Beteiligten zur Kenntnis genommen und erwogen hat. Die Anhörungsrüge hat daher im Einzelnen darzulegen, inwiefern Vorbringen des Klägers ausnahmsweise unberücksichtigt geblieben sein könnte. Daran fehlt es hier.

Der Ast. rügt im Wesentlichen, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt, weil er im Vorfeld zur mündlichen Verhandlung am 10.08.2022 über die genaue Senatsbesetzung im Unklaren gelassen worden sei. Eine Ablichtung des Geschäftsverteilungsplanes sei auf Anweisung des Gerichtspräsidenten verweigert worden. Dadurch habe er die die Befangenheit begründenden Umstände nicht rechtzeitig ermitteln können. Dieser Verfahrensfehler liege vor. Damit legt der Ast. jedoch keine hinreichend konkreten Umstände dar, aus denen zu entnehmen sein könnte, dass der Senat sein Vorbringen in dem Befangenheitsantrag vom 02.08.2022 nicht zur Kenntnis genommen und bei seiner Entscheidung nicht berücksichtigt haben könnte. Soweit sich der Kläger gegen die inhaltliche Richtigkeit der Entscheidung des Senats wendet, wird gerade keine Verletzung des rechtlichen Gehörs aufgezeigt. Die Anhörungsrüge dient nicht unmittelbar der Fortführung des Verfahrens, sondern der Überprüfung eines speziellen Verfahrensverstößes des Gerichts gegen ein verfassungsrechtlich abgesichertes Recht der Beteiligten (vgl. BSG Beschluss vom 8.11.2006 - B 2 U 5/06 C - SozR 4-1500 § 178a Nr 6 RdNr 5). Zudem macht der Ast. mit seinem Vorbringen, ihm sei die Senatsbesetzung nicht bekannt gewesen, keinen Gehörsverstoß, sondern einen – vermeintlichen – Verfahrensverstoß geltend. Nur ergänzend ist anzumerken, dass die Thematik der Einsicht in die Geschäftsverteilungspläne und damit die Senatsbesetzung im Beschluss vom 08.08.2022 behandelt wurde.

Soweit der Ast. zur Begründung einer möglichen Gehörsverletzung auf „neue“ Befangenheitsgründe verweist, die sich aus dem Verhalten der von ihm abgelehnten Richter in der mündlichen Verhandlung am 10.08.2022 ergäben, trägt er damit Umstände vor, die schon aus zeitlicher Sicht nicht Gegenstand des Beschlusses des Senats vom 08.08.2022 sein und damit auch unter keinem denkbaren Aspekt das rechtliche Gehör des Ast. im Verfahren über das Befangenheitsgesuch verletzen konnten. Auch mit dem erneuten Vorbringen, der 12. Senat sei für das Hauptsacheverfahren L 12 KR 202/22 nicht zuständig, rügt der Ast keinen Gehörsverstoß, sondern macht einen Verfahrensfehler im Hauptsacheverfahren geltend. Eine inhaltliche Überprüfung des Hauptsacheverfahrens ist aber nicht Gegenstand dieser Anhörungsrüge.

144

Einen erneuten Befangenheitsantrag hat der Ast. ausdrücklich nicht gestellt. Dieser wäre, worauf der Senat nur ergänzend hinweist, auch unzulässig, weil am 10.08.2022 in der Hauptsache L 12 KR 202/22 ein Urteil ergangen ist.

Nach Abschluss der Instanz ist ein Befangenheitsantrag, unabhängig davon, wann der potentielle Befangenheitsgrund bekannt geworden ist, unzulässig. Für ihn fehlt das Rechtsschutzbedürfnis, da die in der Hauptsache ergangene Entscheidung unabhängig davon, ob ein Befangenheitsgrund vorgelegen hat oder nicht, nicht mehr durch das angegangene Gericht abänderbar ist und das Ablehnungsgesuch daher prozessual überholt ist (ständige Rspr., vgl. z.B. BVerfG, Beschlüsse vom 02.05.2007, 2 BvR 2655/06, und vom 28.04.2011, 1 BvR 2411/10; BSG, Urteil vom 27.01.1993, 6 RKa 2/91, und Beschluss vom 06.06.2007, B 8 KN 8/07 B; BVerwG, Urteil vom 30.10.1969, VIII CB 129, 130.67, VIII CB 129.67, VIII CB 130.67; BFH, Beschluss vom 17.08.1989, VII B 70/89; Bundesgerichtshof - BGH -, Urteil vom 08.02.2001, III ZR 45/00, sowie Beschlüsse vom 11.07.2007, IV ZB 38/06, und vom 13.02.2007, 3 StR 425/06). Abgeschlossen ist die Instanz dann, wenn die die Instanz beendende Entscheidung verkündet (vgl. BGH, Beschluss vom 11.07.2007, IV ZB 38/06) worden oder zumindest die Urteilsfällung (§ 309 ZPO) einschließlich der Unterzeichnung (§ 315 Abs. 1 Satz 1 ZPO) erfolgt ist (vgl. BGH, Urteil vom 08.02.2001, III ZR 45/00; BayLSG, Beschluss vom 20.08.2015, L 15 SF 238/15 AB; BayLSG, Beschluss vom 23.09.2020, L 11 SF 263/20 AB; juris).

Die Kostenentscheidung folgt aus der entsprechenden Anwendung der §§ 183, 193 SGG.

Dieser Beschluss ist gemäß § 178 Abs. 4 Satz 3 SGG unanfechtbar.

Hentrich

Dr. Scheps

Kunz

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Sozialgericht München	
Eingel. 02. Sep. 2022	
Vollmacht	Umschlag
Besch./WB	Anlagen
Rechnung	
Az:	

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl Datum
263 12.08.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ / Techniker Krankenkasse, Hamburg

werden die beiliegenden Akten unter Bezugnahme auf das bereits auf elektronischem Weg übermittelte Schreiben vom 12.08.2022 übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Wagner

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen
wie im Text erwähnt

Gerichtssitz

Ludwigstraße 15
80539 München
U-Bahn-Haltestelle
Odeonsplatz

Telefon (089) 2367-1 (Vermittlung)
Telefax (089) 2367-290
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Zweigstelle

Rusterberg 2
97421 Schweinfurt
Telefon (09721) 73 087-0
Telefax (09721) 73 087-60

Besuchs- und Sprechzeiten

Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr
13.00 - 15.00 Uhr
Fr 8.00 - 12.00 Uhr

Hinweise zum Datenschutz
(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
www.lsg.bayern.de unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf

1166

Prüfvermerk vom 26.08.2022, 05:58:36

Die unten aufgeführten Dokumente sind elektronisch eingegangen. Die technische Prüfung der elektronischen Dokumente hat folgendes Ergebnis erbracht:

Angaben zur Nachricht:

Diese Nachricht wurde von der Justiz versandt.

Eingangszeitpunkt: 26.08.2022, 05:46:20
Absender: Bayer. Landessozialgericht
Nutzer-ID des Absenders: safe-sp1-1400589659747-015539967
Aktenzeichen des Absenders: L 12 KR 202/22

Empfänger: Sozialgericht München
Aktenzeichen des Empfängers: S 12 KR 2059/20

Betreff der Nachricht: L 12 KR 202/22, Ihr Zeichen: S 12 KR 2059/20
Text der Nachricht:
Nachrichtenkennzeichen: by_jus_1661485579803bba6c60b-bf21-43bd-b802-c40169b5f847

Angaben zu den Dokumenten:

Dateiname	Format	Informationen zu(r) qualifizierten elektronischen Signatur(en)				
		Qualifiziert signiert nach ERVB?	durch	Berufsbezogenes Attribut	am	Prüfergebnis
L_12_KR_202_22_Beschluss_a79bcd6ae9284f4c95b681aaf1c6a5c2.pdf	pdf	nein				
L_12_KR_202_22_BESCHLUS S_ZUR_KENNTNIS_38B885C5 BE934B8C9DD590C8C54657951.pdf	pdf	nein				
L_12_KR_202_22_Urteil_a9a27a2c111c45c7b93a3fb609b22a8c.pdf	pdf	nein				
xjustiz_nachricht.xml	xml	nein				

Bayerisches Landessozialgericht



Bayerisches Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München

Geschäftsstelle des
Sozialgerichts München
Richelstraße 11
80634 München

Ihr Zeichen
S 12 KR 2059/20

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
L 12 KR 202/22

Durchwahl
263

Datum
25.08.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit

██████████ / J. Techniker Krankenkasse, Hamburg

wird eine Abschrift des Beschlusses vom 25.08.2022 sowie des Urteils vom 10.08.2022 zur Kenntnis übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

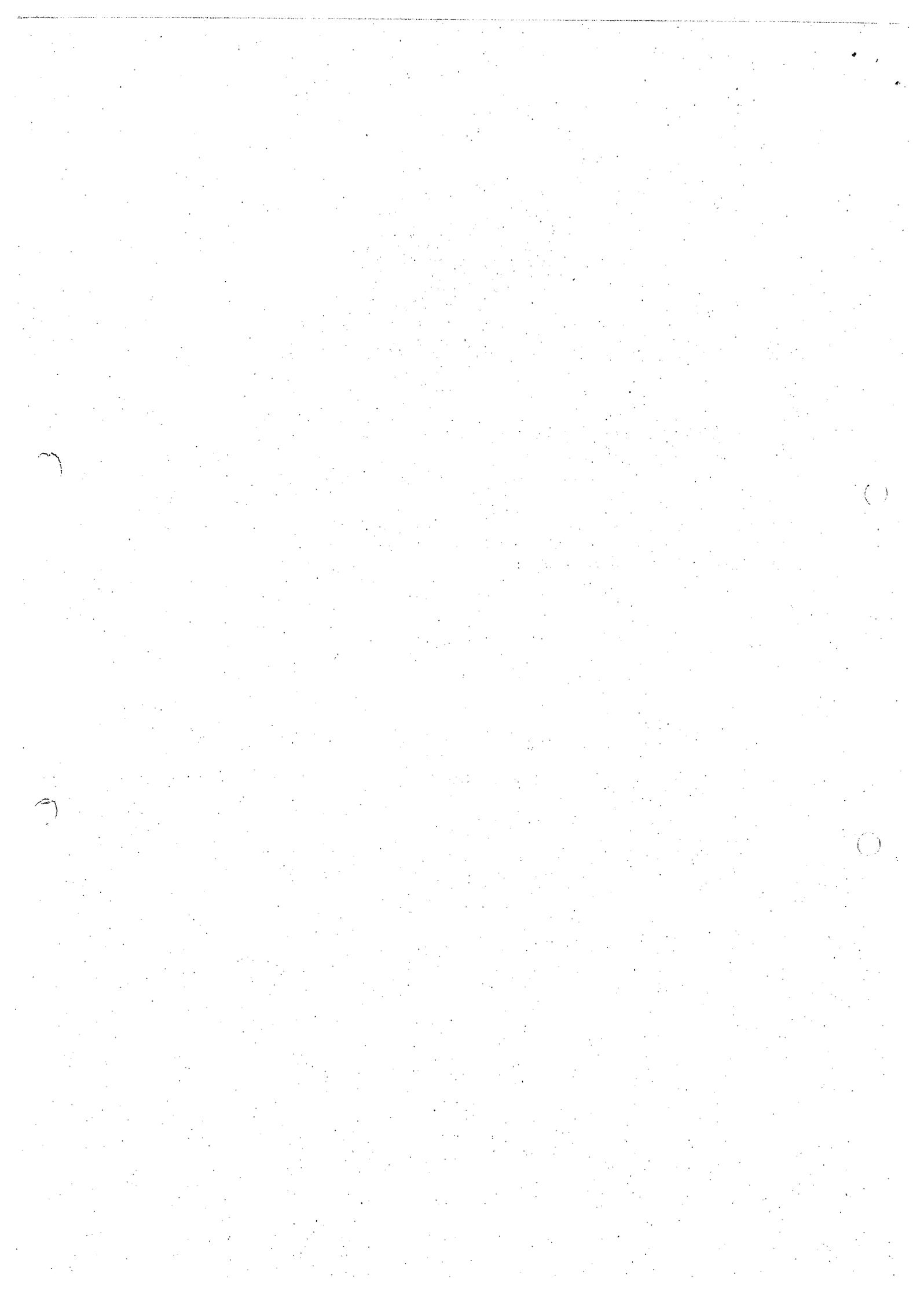
gez. Ledermann

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen

wie im Text erwähnt

Gerichtssitz	Telefon	Telefax	Internet	Zweigstelle	Besuchs- und Sprachzeiten	Hinweise zum Datenschutz
Ludwigstraße 15 80539 München U-Bahn-Haltestelle Odeonsplatz Behindertenparkplätze	(089) 2367-1 (Vermittlung)	(089) 2367-290	http://www.lsg.bayern.de	Rusterberg 2 97421 Schweinfurt Telefon (09721) 73 087-0 Telefax (09721) 73 087-60	Mo - Do 8.30 - 11.30 Uhr 13.00 - 15.00 Uhr Fr 8.00 - 12.00 Uhr	(Art. 13 und 14 EU-DSGVO) erhalten Sie auf www.lsg.bayern.de" unter der Rubrik „Datenschutz“, auf Anfrage auch in Papierform.



149

L 12 KR 202/22
S 12 KR 2059/20



BAYERISCHES LANDESSOZIALGERICHT
IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

in dem Rechtsstreit

██████████ ██████████ 80802 München
- Kläger und Berufungskläger -

gegen

TechnikerKrankenkasse, Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder
Straße 140, 22305 Hamburg - ██████████ -
- Beklagte und Berufungsbeklagte -
Krankenversicherung

Der 12. Senat des Bayer. Landessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung in
München

am 10. August 2022

durch den Vorsitzenden Richter am Bayer. Landessozialgericht Dr. Hesral, die Richterin
am Bayer. Landessozialgericht Kunz und die Richterin am Bayer. Landessozialgericht
Dr. Reich-Malter sowie die ehrenamtlichen Richter Wildenauer und Hamel.

für Recht erkannt:

- I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 4. Mai 2021, Az. S 12 KR 2059/20, wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Der Kläger wendet sich mit seiner Berufung (Az.: L 12 KR 202/22) gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München (SG) vom 04.05.2021 (Az.: S 12 KR 2059/20). Er begehrt die Versorgung mit dem Arzneimittel Exjade (Deferasirox).

Der ██████geborene Kläger war bis zum 30.09.2020 bei der Beklagten krankenversichert. Er leidet unter einer sehr seltenen, multipel vorbehandelten onkologischen Grunderkrankung (desmoplastischer, klein-rundzelliger Tumor, Erstdiagnose 10/2017, Befundbericht 11.10.2020: Komplettremission) und einer Eisenüberladung.

Mit Schreiben vom 16.07.2020 bat die den Kläger behandelnde Onkologin Dr. ██████ die Beklagte um Übernahme der Kosten eines „Off-Label“-Einsatzes des Arzneimittels Exjade bei chronischer nicht-transfusionsabhängiger Eisenüberladung. Es bestehe der Verdacht auf eine therapieinduzierte Eisenresorptionsstörung. Eine Phlebotomie (Aderlass) sei vorliegend nicht durchführbar. Zur Vermeidung sekundärer Organschäden durch die Eisenüberladung und Ablagerung des überschüssigen Eisens in bestimmten Organen sei eine Behandlung mit Exjade daher notwendig.

Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 21.07.2020 mit, dass die am 17.07.2020 eingegangenen Unterlagen zur Prüfung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergeleitet worden seien. In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 29.07.2020 führte der MDK aus, mit den vorliegenden Unterlagen sei eine abschließende Begutachtung nicht möglich. Es seien weitere Unterlagen (relevante Laborparameter im Verlauf sowie eine Übersicht aller bisher eingesetzten medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien für die antragsgegenständliche und alle weiteren Begleit-/Grunderkrankungen) erforderlich. Die Beklagte bat den Kläger mit Schreiben vom 03.08.2020 und 17.08.2020 jeweils unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflichten und darauf, dass ohne diese Informationen nicht über seinen Antrag entschieden werden könne, sowie unter Nennung eines voraussichtlichen Entscheidungstermins um die entsprechenden Informationen gemäß den Ausführungen des MDK. Der Kläger teilte am 18.08.2020 mit, er habe das Schreiben vom 03.08.2018 erst am 17.08.2020 erhalten, da er abwesend gewesen sei. Auch sei die Adresse des MDK nicht angegeben gewesen. Eine wirksame Fristunterbrechung hinsichtlich der Fünfwochenfrist habe nicht stattgefunden. Mit Schreiben vom 18.08.2020 forderte die

Beklagte erneut unter Nennung eines voraussichtlichen Entscheidungstermins die entsprechenden Unterlagen an. Die angeforderten medizinischen Unterlagen gingen am 27.08.2020 beim MDK ein.

Der Kläger erhob am 17.09.2020 Klage zum SG und stellte einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz. Er habe einen Anspruch auf Leistung aufgrund Eintritts der Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs.3a SGB V. Das Klageverfahren wurde unter dem Aktenzeichen S 12 KR 1268/20 geführt.

In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 18.09.2020 führte der MDK unter Berücksichtigung der vorgelegten Unterlagen aus, dass die Voraussetzungen für einen Off-Label-Use im vorliegenden Fall nicht erfüllt seien. Exjade sei für die vorliegende nicht-transfusionsabhängige, nicht thalassämiebedingte/ erworbene chronische Eisenüberladung nicht zugelassen. Zwar liege eine schwerwiegende Erkrankung vor, unbehandelt bestehe das Risiko schwerer Folgestörungen bis zum Organverlust. Jedoch stünden verschiedene Arzneimittel (Eisenchelatoren mit Desferal) mit breiter Zulassung zur Verfügung. Eine fachärztliche Begründung, dass diese Therapien nicht eingesetzt werden könnten, liege nicht vor, das Kriterium der fehlenden Behandlungsalternative sei nicht erfüllt. Nicht erfüllt sei auch das Erfordernis einer ausreichend gesicherten Datenlage.

Mit Bescheid vom 24.09.2020 lehnte die Beklagte den Antrag auf Versorgung mit dem Arzneimittel Exjade unter Hinweis auf die Ausführungen des MDK ab. Am 26.09.2020 erhob der Kläger unter Hinweis auf ein Fristversäumnis nach § 13 Abs. 3a S.1 SGB V Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten. Zum 30.09.2020 wurde die Familienversicherung des Klägers bei der Beklagten beendet. In einem Telefonat mit der Beklagten am 29.10.2020 teilte der Kläger mit, er sei seit dem 01.10.2020 privat krankenversichert. Es seien bisher keine Privatrezepte ausgestellt worden und es seien ihm keine Kosten entstanden. Er wolle das Widerspruchsverfahren weiterführen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.11.2020 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unzulässig zurück. Es fehle an einer Beschwer, der Kläger sei seit dem 01.10.2020 nicht mehr bei der Beklagten versichert, ihm seien für das begehrte Arzneimittel keine Kosten entstanden.

Hiergegen hat der Kläger am 26.12.2020 Klage zum SG erhoben (S 12 KR 2059/20) und erneut Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt. Der Widerspruch sei nicht unzulässig, es sei ihm nicht zuzumuten gewesen, in Vorleistung zu gehen und sich das Arzneimittel zu beschaffen. Auch sei die Leistungsentscheidung materiell nicht zu begründen und beruhe insbesondere auf einer Pflichtverletzung der MDK-Ärztin. Obwohl zur Sache bereits Klage erhoben worden sei, sei die neuerliche Klage gegen den nunmehr vorliegenden Widerspruchsbescheid notwendig und zweckmäßig, da zu erwarten sei, dass die Vorsitzende im Verfahren S 12 KR 1268/20 die Klage als unzulässig abweisen werde. Der nachträgliche Versicherungswechsel des Klägers sei für die Bewertung des Leistungsanspruchs zum Zeitpunkt des Antrags unerheblich.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.03.2021 hat das SG in dem Verfahren S 12 KR 1268/20 den Klageantrag zu 1., festzustellen, dass die Beklagte die Frist nach § 13 Abs.3a SGB V überschritten habe und daher durch Zeitablauf leistungspflichtig geworden sei, und den Klageantrag zu 2., die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 24.09.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2020 die antragsgemäße Sachleistung in Form des Arzneimittels Exjade zu gewähren, abgewiesen. Der Klageantrag zu 1. sei unzulässig, der Klageantrag zu 2. sei zulässig aber unbegründet. Aus § 13 Abs. 3a SGB V könne sich zwar grundsätzlich ein Anspruch ergeben, wenn die Beklagte die Fristen nicht eingehalten hätte, was zur Überzeugung des Gerichts bereits nicht der Fall sei. Eine fingierte Leistungsgenehmigung vermittele aber keinen eigenständigen Naturalleistungsanspruch sondern allenfalls einen Anspruch auf die Erstattung von Kosten einer Selbstbeschaffung, die der Kläger nicht vorgenommen habe. Der Gerichtsbescheid ist dem Kläger ausweislich der Postzustellungsurkunde am 24.03.2021 zugestellt worden.

Mit Schreiben vom 24.03.2021 hat der Kläger darauf hingewiesen, dass ihm im Rahmen der Anhörung zum Gerichtsbescheid eine Frist zur Stellungnahme bis zum 07.04.2021 eingeräumt worden, der angefochtene Gerichtsbescheid aber bereits vor Fristablauf erlassen worden sei. Der Gerichtsbescheid sei daher fehlerhaft und sofort aufzuheben. Mit Schreiben vom 30.03.2021 hat der Kläger beim SG in dem Verfahren S 12 KR 1268/20 mündliche Verhandlung beantragt und die ausdrückliche Aufhebung des Gerichtsbescheides verlangt. Mit Schreiben vom 12.04.2021 hat er sich erneut gegen den Gerichtsbescheid gewandt und mitgeteilt, für eine Berufung bestehe kein Erfordernis. Mit Schreiben vom 12.04.2021 hat das SG den Kläger darauf hingewiesen, dass er Berufung einlegen könne, wenn er mit dem Gerichtsbescheid nicht einverstanden sei. Die weiteren

151

Schreiben des Klägers sind dem Bayerischen Landessozialgericht übermittelt und als Berufung unter dem Aktenzeichen L 5 KR 156/21 geführt worden. Der Kläger hat dem Bayerischen Landessozialgericht mit Schreiben vom 27.04.2021 mitgeteilt, dass das offenkundig fehlerhaft eröffnete Berufungsverfahren geschlossen werden könne. Das Verfahren ist mit Verfügung vom 28.04.2021 ausgetragen worden.

Mit dem im vorliegenden Berufungsverfahren angegriffenen Gerichtsbescheid vom 04.05.2021 hat das SG die Klage des Klägers im Verfahren S 12 KR 2059/20, mit der der Kläger sinngemäß beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24.09.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.11.2020 zur antragsgemäßen Sachleistung in Form der Versorgung mit dem Medikament Exjade zu verpflichten, abgewiesen. Es könne gem. § 105 Abs. 1 SGG ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweise und der Sachverhalt geklärt sei. Die Beteiligten seien dazu gehört worden. Die Klage sei unzulässig. Aufgrund der Beendigung seiner Mitgliedschaft sei ein Rechtsschutzbedürfnis des Klägers im Hinblick auf den ursprünglichen Leistungsantrag auf Versorgung mit dem Medikament Exjade zu verneinen. Auch im Hinblick auf einen Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3a SGB V sei mangels entstandener Kosten ein Rechtsschutzbedürfnis nicht gegeben. Darüber hinaus stehe der vorliegenden Klage, die auf die Sachleistung in Form der Versorgung mit dem Medikament Exjade gerichtet sei, die Rechtshängigkeit des identischen Streitgegenstands im Verfahren L 5 KR 156/21 bzw. gem. § 141 Abs. 1 Nr. 1 SGG die Rechtskraft des Gerichtsbescheids im Verfahren S 12 KR 1268/20 entgegen.

In der beigegeführten Rechtsmittelbelehrung ist ausgeführt, der Gerichtsbescheid könne mit der Berufung angefochten werden. Die Berufungsfrist betrage für den Kläger drei Monate, weil die Zustellung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgerichtsgesetzes erfolge. Der Gerichtsbescheid ist dem Kläger ausweislich der Postzustellungsurkunde am 07.05.2021 zugestellt worden.

In dem Verfahren S 12 KR 1268/20 hat das SG mit Schreiben vom 17.05.2021 dem Kläger mitgeteilt, der ergangene Gerichtsbescheid sei rechtskräftig. Einen Antrag des Klägers im Verfahren S 12 KR 1268/20 auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung hat das SG mit Beschluss vom 17.06.2021 abgelehnt, da gegen den Gerichtsbescheid die Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht zulässig sei. Die „sofortige Beschwerde“ des Klägers gegen den Gerichtsbescheid in dem Verfahren S 12 KR 1268/20 vom

23.03.2021 hat das Bayerische Landessozialgericht mit Beschluss vom 28.07.2021 als unzulässig verworfen (L 5 KR 252/21 B).

Mit Schreiben vom 06.06.2021 hat der Kläger im Verfahren S 12 KR 2059/20 beim SG mündliche Verhandlung beantragt. Es werde die Aufhebung des Bescheides verlangt. Die Voraussetzungen des § 105 Abs.1 SGG lägen nicht vor, der Gerichtsbescheid sei daher nichtig. Die Sache weise Schwierigkeiten rechtlicher und tatsächlicher Art auf, der Sachverhalt sei nicht vollständig geklärt. Auch leide das Dokument an einem Zustellungsmangel, es sei ohne einen entsprechenden Beglaubigungsvermerk und ohne jegliche Unterschrift versendet worden. Der Vortrag des Klägers sei übergangen worden. Die Verwaltungsakte der Beklagten sei unvollständig.

Mit Beschluss vom 21.06.2021 hat das SG den Antrag des Klägers auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung abgelehnt, da gegen den Gerichtsbescheid die Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht zulässig wäre. Mit Schriftsatz vom 22.07.2021 hat sich der Kläger gegen das Vorgehen des erstinstanzlichen Gerichts im Verfahren S 12 KR 2059/20 gewendet. Das diesbezüglich beim Bayerischen Landessozialgericht unter dem Aktenzeichen L 5 KR 372/21 geführte Verfahren ist in der mündlichen Verhandlung am 18.10.2021 beendet worden, da es unzutreffend als Berufung aufgenommen worden sei. Die Beschwerde gegen den Beschluss des SG vom 21.06.2021 hat das Bayerische Landessozialgericht mit Beschluss vom 18.10.2021 (L 5 KR 373/21 B) zurückgewiesen, weil das Rechtsmittel der Berufung statthaft sei, sodass eine mündliche Verhandlung vor dem SG nicht zu erreichen sei.

Am 04.05.2022 hat der Kläger gegen den Gerichtsbescheid des SG vom 04.05.2021 Berufung erhoben. Es werde vorsorglich mündliche Verhandlung in der Berufungsinstanz beantragt. Die Berufung sei fristgerecht, da die Entscheidung mit einer unzutreffenden Rechtsmittelbelehrung versehen sei. Die späte Einlegung sei auch nicht rechtsmissbräuchlich, sie sei Folge unterlassener Amtsermittlung in beiden Instanzen. Die Entscheidung sei nicht wirksam zugestellt. Es fehle an einer Beglaubigung des Schriftstückes. Wegen der fehlenden Zustellung sei das Verfahren in der ersten Instanz nicht abgeschlossen. Auch sei der Gerichtsbescheid nicht mehr existent, denn es sei in der ersten Instanz mündliche Verhandlung beantragt worden.

Vor jeglichem Handeln werde um Mitteilung der Zuweisung gebeten, damit geeignete Ablehnungsgesuche gestellt werden könnten. Es werde vorsorglich Befangenheitsantrag

ASZ

gegen den Richter Rittweger und die Richterin Simons gestellt, gegen die ein Strafantrag gestellt worden sei. Der Präsident Kolbe habe am 18.10.2021 höchstwahrscheinlich ein Nötigungsdelikt vollendet. Richterin Wicke habe eine Freiheitsberaubung herbeigeführt. Es könne ein faires Verfahren beim Bayerischen Landessozialgericht nicht gewährleistet werden, es werde die Übertragung des Verfahrens an ein anderes Bundesland beantragt.

Im Hinblick auf eine von ihm zum SG erhobene Nichtigkeitsklage hat der Kläger eine Aussetzung des Verfahrens bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Nichtigkeit der Vorentscheidungen beantragt. Er hat eine Abschrift der Klageschrift vom 12.01.2022 vorgelegt, in der unter den Aktenzeichen S 12 KR 1265/20 ER, S 12 KR 2030/20 ER und S 12 KR 1268/20 Nichtigkeitsklage erhoben worden ist. Die Nichtigkeitsklage zum Verfahren S 12 KR 1268/20 ist beim SG unter dem Az. S 18 KR 32/22 anhängig.

Der Kläger hat mitgeteilt, im vorliegenden Verfahren sei als vorrangiger Antrag die Zurückverweisung an die erste Instanz zu stellen, denn das Gericht sei bei der Vorentscheidung vorschriftswidrig besetzt gewesen. Gesetzlicher Richter sei der neutrale, unbefangene Richter. Ein Richter der nachträglich behauptete, sich vom Kläger bedroht zu fühlen, sei nach allgemeiner Lebenserfahrung zwingend befangen. Der Kläger hat weiter Bedenken gegen die Verfassungsmäßigkeit der Zuweisung des Verfahrens an den 12. Senat geäußert und Einsicht in den Geschäftsverteilungsplan beantragt. Weiter hat er um Übersendung der maßgeblichen Dienstvorschriften für die Zustellung bei den Münchner Sozialgerichten gebeten.

Mit Schreiben vom 25.07.2022 hat der Kläger erneut Bedenken gegen die Zuständigkeit des 12. Senats geäußert, es sei eine Nichtigkeitsklage beim 5. Senat anhängig. Er habe noch keine Einsicht in den Geschäftsverteilungsplan des LSG genommen. Das Verhalten des 12. Senats (eilige Terminierung in der Ferienzeit, unterlassene Ermittlung in der Sachfrage, kein Abwarten der schriftlichen Berufungsbegründung) gebe Anlass zur Vermutung über dessen Intention, sich der willkürlichen Interpretation des Leistungsrechts durch den 5. Senat anzuschließen. Zur Gewährung rechtlichen Gehörs zähle auch die Vermeidung von Überraschungsentscheidungen. Eine Prüfung von Interessenkonflikten sei ohne Nennung der für den Termin vorgesehenen Besetzung einschließlich der ehrenamtlichen Richter nicht möglich.

Es ist ihm mitgeteilt worden, dass der Senat selbstverständlich auch seine Zuständigkeit prüft. Eine Einsichtnahme in den Geschäftsverteilungsplan des Bayerischen

Landessozialgerichts sei - wie mitgeteilt - nach telefonischer Terminvereinbarung möglich. Welche Verfahrensakten zum Verfahren beigezogen worden sind, sei ihm mit gerichtlichem Schreiben jeweils mitgeteilt worden. Selbstverständlich bestehe die Möglichkeit, weitere Schriftsätze einzureichen und im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 10.08.2022 umfassend Stellung zu nehmen.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 02.08.2022, 04.08.2022 und 06.08.2022 nochmals ausführlich Stellung genommen und Ablichtungen übermittelt. Er hat ausgeführt, dass ausschließlich die Antragstellung während der Mitgliedschaft bedeutsam sei, dies ergebe sich aus § 40 Abs.1 SGB I und der Systematik des Gesetzes. Der Anspruch sei während der Mitgliedschaft bei der Beklagten konkretisiert worden. Es sei auch ein öffentlich-rechtlicher Herstellungsanspruch gerichtet auf die Sozialleistung möglich.

Mit Beschluss vom 08.08.2022 hat der Senat ohne Beteiligung der abgelehnten Richter den Antrag des Klägers vom 02.08.2022 auf Ablehnung des Vorsitzenden des 12. Senats sowie der zuständigen Berichterstatterin wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt.

In der mündlichen Verhandlung am 10.08.2022 hat der Kläger eine Mitteilung der Dr. Hoffmann-Tonn vom 08.08.2022 vorgelegt, die durch Verlesen des Vorsitzenden zum Inhalt der mündlichen Verhandlung gemacht worden ist.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 4. Mai 2021 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 24. September 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. November 2020 dem Grunde nach zur Versorgung mit dem Arzneimittel Exjade für die Vergangenheit auch in der Form der finanziellen Herausgabe des widerrechtlichen Vorteils durch Verzögerung des Verfahrens zu verurteilen und hilfsweise das Verfahren an das Sozialgericht München zurückzuverweisen, sowie für den Fall der Nichtstattgabe der Klage, die Revision zuzulassen.

Der Kläger begründet seinen Anspruch mit der verfassungswidrigen Durchführung des Verwaltungsverfahrens durch die Beklagte. Mit dem rechtswidrigen Umstand, dass sein Anspruch verloren ginge durch ein Abstellen nicht auf den Antragszeitpunkt sondern auf

den Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung bzw. auf einen Zeitpunkt nach Austritt bei der Beklagten würde gegen die Verfassung verstoßen.

Der Kläger beantragt überdies, Beweis zu erheben dazu, dass die Verfahrensakten durch die Vorsitzende der I. Instanz nachträglich manipuliert worden seien und dass das rechtliche Gehör des Klägers im Gerichtsverfahren letztlich nicht beachtet worden sei, sowie der 5. Senat die Verwaltungsakte der Beklagten während des Verfahrens retourniert und dadurch das rechtliche Gehör verletzt habe. Gleichzeitig soll Beweis erhoben werden, dass die Gutachterin des MD, die im Verwaltungsverfahren eine Stellungnahme erstellt habe, nicht mehr berechtigt gewesen sei, den ärztlichen Beruf auszuüben aufgrund Nichtbeachtung der Fortbildungspflicht. Auch soll Beweis erhoben werden zu der Tatsache, dass eine Verfälschung des Sachverhaltes durch die Vorsitzende der I. Instanz stattgefunden habe, zum Beispiel, dass es einen Herrn Moscatelli gebe. Der Kläger beantragt auch Beweis zu erheben, dass die sachlichen Feststellungen im MD-Gutachten zu den arzneirechtlichen Belangen unzutreffend seien und dass bei Verordnung des verwaltungsseitigen Arzneimittels das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzt worden sei. Der Kläger beantragt, Beweis darüber zu erheben, dass das Medikament Exjade bei der Zulassung durch die EMA als Seltenheitsfall qualifiziert worden sei sowie dass die Wirksamkeit des Arzneimittels für die Indikation des Klägers unbestritten sei.

Der Kläger beantragt, die Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Frage des Vorliegens der Voraussetzung des Off-Label-Use sowie die Anhörung des Herrn Prof. Dr. Norbert Gattermann, Oberarzt am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Der Kläger beantragt, auch Beweis dazu zu erheben, dass die Beklagte ihre Wahrheitspflicht verletzt hat, sowie dazu, dass die Beklagte von der Mangelhaftigkeit des MD-Gutachtens frühzeitig Kenntnis gehabt habe, um dann die Entscheidung so lange hinauszuzögern bis eine Mitgliedschaft nicht mehr vorgelegen und damit der Sachleistungsanspruch nicht mehr bestanden habe.

Der Kläger stellt ausdrücklich noch einen weiteren Beweisantrag. Da die Beklagte die Wahrheitspflicht verletzt und die Revisionsabteilung der Beklagten den Vorgang vollumfänglich geprüft habe, sei das Prüfergebnis an den Kläger herauszugeben.

Der Kläger hat ein Schreiben vom 14.10.2021 unter anderem an den 5. Senat des Bayerischen Landessozialgerichts übergeben und bittet, den Inhalt bei der Entscheidung

zu berücksichtigen. Der Kläger hat weiter das Schreiben des MD an das Gesundheitsministerium vom 20.08.2021 übergeben, die Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) sowie weiterer Fachgesellschaften zur Eisenüberladung bei angeborenen Anämien vom 28.02.2022 sowie den Beschluss der 12. Kammer des SG München vom 20.09.2017, AZ.: S 12 KR 2265/16, openJur 2020, 60415, vorgelegt.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten in den Verfahren S 12 KR 2059/20, S 12 KR 1268/20, L 5 KR 156/21 und L 5 KR 372/20 sowie L 12 KR 202/22 Bezug genommen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Gegenstand des Berufungsverfahrens L 12 KR 202/22 ist allein die Rechtmäßigkeit des Gerichtsbescheids des SG vom 04.05.2021 (Az.: S 12 KR 2059/20). Die Berufung ist zulässig aber unbegründet.

1.) Das Bayerische Landessozialgericht ist für das Berufungsverfahren gegen den Gerichtsbescheid des SG München zuständig, § 29 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Eine Verweisung des Verfahrens an ein anderes Bundesland – wie vom Kläger beantragt – ist nicht möglich. Eine Verweisung gemäß §§ 98 S.1 SGG, 17a Abs.2 S.1 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) wäre nur bei sachlicher oder örtlicher Unzuständigkeit durchzuführen. Die vom Kläger geäußerten Bedenken, dass ein faires Verfahren beim Bayerischen Landessozialgericht vermeintlich nicht gewährleistet werden könne, können nicht zu einer Verweisung an ein anderes Landessozialgericht führen.

2.) Der Senat ist für die Entscheidung über die Berufung zuständig. Streitsachen aus der Krankenversicherung werden nach Ziffer VII. Nr.1f des Geschäftsverteilungsplans des Bayerischen Landessozialgerichts ab 01.01.2020 in einer sich regelmäßig wiederholenden Weise an den 4., 5. und 12. Senat verteilt (Turnusregelung). Eine Zuständigkeit des 5. Senats nach Ziffer VI. Nr.1a (Folgerregelung bei Anhängigkeit eines Verfahrens) ist nicht gegeben. Nach der Übersicht der Verfahren des Klägers wurde das letzte beim 5. Senat anhängige Verfahren am 10.01.2022 erledigt. Das vorliegende

104

Berufungsverfahren ist am 04.05.2022 eingegangen. Zu diesem Zeitpunkt war beim Landessozialgericht kein Verfahren des Klägers, auch nicht beim 5. Senat mehr anhängig.

3.) Die Berufung ist nicht wegen Fristversäumnis unzulässig. Zwar ist dem Kläger der vorliegend angegriffene Gerichtsbescheid des SG ausweislich der Postzustellungsurkunde bereits am 07.05.2021 zugestellt worden. Die Berufungsfrist beträgt gemäß § 151 Abs.1 SGG einen Monat nach Zustellung des angegriffenen Urteils. Allerdings enthält die angegriffene Entscheidung eine falsche Rechtsmittelbelehrung. Es ist dort ausgeführt, der Gerichtsbescheid könne mit der Berufung angefochten werden. Die Berufungsfrist betrage für den Kläger drei Monate, weil die Zustellung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgerichtsgesetzes erfolge.

Gemäß § 66 Abs.2 SGG ist die Einlegung des Rechtsbehelfs nur innerhalb eines Jahres seit Zustellung zulässig, wenn die Rechtsbehelfsbelehrung unterblieben oder unrichtig erteilt ist. Vorliegend ist die Rechtsbehelfsbelehrung unrichtig erteilt worden. Fälschlicherweise ist dem Kläger mitgeteilt worden, die Frist betrage für ihn drei Monate. Es ist also eine zu lange Frist angegeben worden. Damit gilt gemäß § 66 Abs.2 SGG die Jahresfrist, denn die Frist steht nicht zur Disposition des Belehrenden (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, § 66 Rn.9a).

4.) Die Berufung ist auch nicht deshalb unzulässig, weil sie sich gegen einen „nicht mehr existenten“ Gerichtsbescheid richtet. Der Kläger hat insofern ausgeführt, der Gerichtsbescheid sei nicht mehr existent, denn es sei in der ersten Instanz mündliche Verhandlung beantragt worden.

Der vom Kläger vorliegend angegriffene Gerichtsbescheid gilt nicht nach § 105 Abs.3 SGG als nicht ergangen. Nach § 105 Abs.3 SGG wirkt der Gerichtsbescheid als Urteil, wird rechtzeitig mündliche Verhandlung beantragt, gilt er als nicht ergangen. Mit Schreiben vom 06.06.2021 - und damit innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zustellung des Gerichtsbescheides - hat der Kläger zwar beim SG mündliche Verhandlung beantragt und die Aufhebung des Bescheides verlangt, da die Voraussetzungen des § 105 Abs.1 SGG nicht vorlägen und der Gerichtsbescheid daher nichtig sei. Allerdings ist ein Antrag auf mündliche Verhandlung nur dann statthaft, wenn die Berufung nicht statthaft wäre. Mündliche Verhandlung kann gem. § 105 Abs.2 S.2 SGG nur dann beantragt werden, wenn die Berufung nicht gegeben ist. Das SG hat demzufolge mit Beschluss vom 21.06.2021 den Antrag des Klägers auf Durchführung

einer mündlichen Verhandlung abgelehnt, da gegen den Gerichtsbescheid die Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht zulässig wäre. Das Bayerische Landessozialgericht hat die Beschwerde gegen den Beschluss des SG vom 21.06.2021 mit Beschluss vom 18.10.2021 (L 5 KR 373/21 B) zurückgewiesen, weil das Rechtsmittel der Berufung statthaft sei, sodass eine mündliche Verhandlung vor dem SG nicht zu erreichen sei.

5.) Die Berufung ist auch nicht deshalb unzulässig, weil - wie der Kläger vorträgt - wegen der fehlenden Zustellung das Verfahren in der ersten Instanz nicht abgeschlossen wäre. Der Kläger hat insofern vorgetragen, die erste Instanz habe die angegriffene Entscheidung nicht wirksam zugestellt. Es fehle an einer Beglaubigung des Schriftstücks.

Vorliegend ist bereits ein Zustellungsmangel nicht ersichtlich. Die Zustellung eines Gerichtsbescheides erfolgt nach § 63 Abs. 2 SGG i.V.m. §§ 166 ff. der Zivilprozessordnung (ZPO). Der Gerichtsbescheid vom 04.05.2021 ist dem Kläger ausweislich der in der Akte des SG vorliegenden Postzustellungsurkunde am 07.05.2021 durch Einlegen in den zur Wohnung des Klägers gehörenden Briefkasten zugestellt worden. Den Erhalt des Gerichtsbescheides hat der Kläger mit Schreiben an das SG vom 06.06.2021 bestätigt.

Soweit der Kläger eine fehlende Beglaubigung (fehlender Beglaubigungsvermerk, fehlende Unterschrift) rügt, ist darauf hinzuweisen, dass die Beglaubigung gemäß § 169 Abs.2 ZPO durch die Geschäftsstelle vorgenommen wird. Gemäß § 169 Abs.3 ZPO kann eine in Papierform zuzustellende Abschrift auch durch maschinelle Bearbeitung beglaubigt werden. Anstelle der handschriftlichen Unterzeichnung ist die Abschrift mit dem Gerichtssiegel zu versehen. Dass eine Beglaubigung entsprechend der Regelung des § 169 ZPO nicht durchgeführt worden ist, ist nicht ersichtlich.

Im Übrigen würde ein - hier nicht vorliegender - Zustellungsmangel lediglich dazu führen, dass die Zustellung unwirksam wäre und (Rechtsmittel-)Fristen nicht zu laufen beginnen würden. Vorliegend ist aber zum einen ein tatsächlicher Zugang des Gerichtsbescheides beim Kläger nachweisbar (Heilung eines etwaigen Mangels des Zustellungsvorganges), zum anderen hat der Kläger fristgerecht Berufung erhoben.

6.) Das Verfahren war nicht an das SG zurückzuverweisen. Nach § 159 Abs. 1 SGG kann das Landessozialgericht durch Urteil die angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache an das Sozialgericht zurückverweisen, wenn, 1. dieses die Klage abgewiesen hat,

155

ohne in der Sache selbst zu entscheiden, 2. das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet, 3. nach dem Erlass des angefochtenen Urteils neue Tatsachen oder Beweismittel bekannt werden, die für die Entscheidung wesentlich sind.

Der Kläger hat die Zurückverweisung an die erste Instanz mit der Begründung beantragt, das Gericht sei bei der Vorentscheidung vorschriftswidrig besetzt gewesen. Gesetzlicher Richter sei der neutrale, unbefangene Richter. Ein Richter der nachträglich behauptete, sich vom Kläger bedroht zu fühlen, sei nach allgemeiner Lebenserfahrung zwingend befangen.

Die Voraussetzungen für eine Zurückverweisung liegen nicht vor. Ein wesentlicher Verfahrensmangel ist nicht ersichtlich. Insbesondere ist das Recht auf den gesetzlichen Richter gemäß Art.101 Grundgesetz offensichtlich nicht verletzt. Auch liegt keine Entscheidung einer mit Erfolg abgelehnten Richterin bzw. eine Entscheidung nach Stellung eines Ablehnungsgesuchs vor. Darauf, dass der Kläger „nach allgemeiner Lebenserfahrung“ nachträglich von einer Befangenheit ausgeht, kann er seinen Zurückverweisungsantrag nicht stützen.

7.) Die Berufung ist aber unbegründet, weil - worauf das SG zu Recht hingewiesen hat - die Klage bereits wegen doppelter Rechtshängigkeit bzw. entgegenstehender Rechtskraft unzulässig war (§ 202 SGG i.V.m. § 17 Abs.1 S. 2 GVG / § 141 Abs.1 SGG).

Der Kläger hat am 26.12.2020 Klage zum SG erhoben und sich gegen den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 26.11.2020 gewendet. Er hat einen Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit dem Arzneimittel Exjade geltend gemacht. Dieser Streitgegenstand war aber bereits Gegenstand des Verfahrens S 12 KR 1268/20. In diesem Verfahren hatte der Kläger bereits am 17.09.2020 Klage zum SG erhoben und einen Sachleistungsanspruch geltend gemacht. Nach Erlass des Bescheides vom 24.09.2020 ist dem Kläger in diesem Verfahren mit Schreiben vom 26.10.2020 mitgeteilt worden, dass die Klage aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Widerspruchsverfahrens unzulässig sei. Es werde empfohlen, die Klage zurückzunehmen und nach Zustellung des Widerspruchsbescheides gegen diesen Klage zu erheben. Eine Klagerücknahme ist aber gerade nicht erfolgt. Das Widerspruchsverfahren ist am 26.11.2020 durch Erlass des Widerspruchsbescheides beendet worden. Der Kläger, dem nach seinen eigenen Ausführungen bewusst war, dass zu diesem Streitgegenstand bereits das Klageverfahren S. 12 KR 1268/20 anhängig war, hat nach Erlass des Widerspruchsbescheides eine weitere Klage erhoben und ausgeführt, obwohl zur Sache

bereits Klage erhoben worden sei, sei die neuerliche Klage gegen den nunmehr vorliegenden Widerspruchsbescheid notwendig und zweckmäßig, da zu erwarten sei, dass die Vorsitzende im Verfahren S 12 KR 1268/20 die Klage als unzulässig abweisen werde. Diese Klage war nach § 202 SGG i.V.m. § 17 Abs.1 S.2 GVG unzulässig. Sie ist auch nicht später z.B. durch Klagerücknahme im Verfahren S 12 KR 1268/20 zulässig geworden.

Nachdem der im Verfahren S 12 KR 1268/20 am 22.03.2021 erlassene Gerichtsbescheid rechtskräftig geworden ist, bindet die rechtskräftige Entscheidung überdies die Beteiligten. Nach § 141 Abs.1 SGG binden rechtskräftige Urteile, soweit über den Streitgegenstand entschieden worden ist, u.a. die Beteiligten und ihre Rechtsnachfolger.

Das SG hat in dem Verfahren S 12 KR 1268/20 mit Gerichtsbescheid vom 22.03.2021 den Klageantrag zu 1., festzustellen, dass die Beklagte die Frist nach § 13 Abs.3a SGB V überschritten habe und daher durch Zeitablauf leistungspflichtig geworden sei, und den Klageantrag zu 2., die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 24.09.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2020 die antragsgemäße Sachleistung in Form des Arzneimittels Exjade zu gewähren, abgewiesen. Der Gerichtsbescheid ist rechtskräftig geworden. Der Kläger hat in dem Verfahren keine Berufung erhoben, die statthaft gewesen wäre. Zwar ist ein Schreiben des Klägers vom 12.04.2021, mit dem er sich gegen den Gerichtsbescheid vom 24.03.2021 gewandt hat, an das Bayerische Landessozialgericht übermittelt worden und als Berufung unter dem Aktenzeichen L 5 KR 156/21 geführt worden. Der Kläger hat dem Bayerischen Landessozialgericht aber mit Schreiben vom 27.04.2021 mitgeteilt, dass das offenkundig fehlerhaft eröffnete Berufungsverfahren geschlossen werden könne. Das Verfahren ist daher mit Verfügung vom 28.04.2021 ausgetragen worden. Seinen nicht statthaften Antrag auf mündliche Verhandlung vom 30.03.2021 hat das SG mit Beschluss vom 17.06.2021 abgelehnt, da gegen den Gerichtsbescheid die Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht zulässig sei.

Soweit der Kläger im vorliegenden Berufungsverfahren eine Klageschrift vom 12.01.2022 gerichtet an das SG übermittelt hat, mit der u.a. im Verfahren S 12 KR 1268/20 Nichtigkeitsklage erhoben worden sei, führt auch dies nicht zu einem anderen Ergebnis. Beim SG ist zwar tatsächlich eine Nichtigkeitsklage zum Verfahren S 12 KR 1268/20 unter dem Az. S 18 KR 32/22 anhängig, über die noch nicht entschieden worden ist. Der Gerichtsbescheid vom 22.03.2021 ist aber nicht aufgehoben worden, er ist rechtskräftig.

156

8.) Nur ergänzend wird - ohne dass der Senat darüber zu entscheiden hätte, weil die Klage wie ausgeführt bereits unzulässig ist - darauf hingewiesen, dass dem Kläger ein Anspruch auf die geltend gemachten Leistungen nicht zustehen kann. Der Kläger ist unstreitig seit dem 01.10.2020 nicht mehr bei der Beklagten krankenversichert und kann schon aus diesem Grund nicht leistungsberechtigt sein. Gemäß § 19 Abs.1 SGB V erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts anderes bestimmt ist. Der Kläger war zwar als Familienversicherter nicht Mitglied der Beklagten, mit dem Erlöschen des Leistungsanspruchs des Stammversicherten gehen aber auch die Leistungsansprüche der nach § 10 SGB V Familienversicherten unter. Es erlöschen alle laufenden und einmaligen Leistungsansprüche (Pflicht- und Ermessensleistungen), die sich aus den einzelnen Rechtsvorschriften des SGB V oder aus der Satzung der Krankenkasse ergeben. Dies gilt auch für bis zum Ende der Mitgliedschaft bereits begründete, aber noch nicht erfüllte Ansprüche. Entsprechend erlöschen auch Ansprüche aufgrund einer nach § 13 Abs. 3a SGB V fingierten Genehmigung mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse. Hat die bisherige Krankenkasse einen Versorgungsanspruch zu Unrecht abgelehnt, erlischt dieser Leistungsanspruch mit Wirksamwerden der Kündigung (vgl. BSG v. 18.05.2011, B 3 KR 7/10 R, juris). Auch ein nachgehender Leistungsanspruch kommt nicht in Betracht, der Kläger war nach seinen eigenen Angaben ab dem 01.10.2020 privat krankenversichert.

Im Zeitraum bis zur Beendigung der Familienversicherung sind Leistungen vom Kläger unstreitig nicht in Anspruch genommen worden, so dass ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs.3 SGB V nicht in Betracht kommt. Eine Versorgung für die Vergangenheit ist auch nicht nach den Grundsätzen über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch möglich. Denn auch durch diesen könnte sich eine Sachleistungsgewährung für die Vergangenheit nicht ergeben. Ein finanzieller Schaden, der dem Kläger während der Zeit seiner Familienversicherung bei der Beklagten entstanden wäre und ersetzt werden könnte, ist aber nicht gegeben.

Soweit der Kläger die Herausgabe eines vermeintlichen finanziellen Vorteils aufgrund eines Nichtmehrleistenmüssens beantragt, scheidet der Anspruch - neben anderem - bereits daran, dass der Gesetzgeber für Systemversagensfälle den angesprochenen Kostenerstattungsanspruch schuf. Dieses geschlossene Anspruchssystem zu verlassen, indem ein Kostenerstattungsanspruch nicht verfolgt wird, um dann eine

Vorteilsherausgabe zu fordern, der letztlich ein materieller Schaden nicht zugrunde liegt, findet im Gesetz keine Stütze.

9.) Den Beweisanträgen des Klägers war nicht zu folgen, weil sie für die hier zu entscheidende Rechtsfrage, die Rechtmäßigkeit der vom SG am 04.05.2021 getroffenen Entscheidung, nicht entscheidungserheblich waren. Aus dem gleichen Grund waren die in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Unterlagen nicht zu berücksichtigen. Weitere Ermittlungen von Amts wegen waren nicht erforderlich.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs.2 Nr.1 und 2 SGG liegen nicht vor.

157

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Beschwerde als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Beschwerde muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften des Bundessozialgerichts:

bei Brief und Postkarte

34114 Kassel

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen

Graf-Bernadotte-Platz 5

34119 Kassel

Telefax-Nummer:

0561-3107475

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gemäß § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,

5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Begründung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweis Antrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten

158

erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Dr. Hesral

Kunz

Dr. Reich-Malter