

Newsletter 2010-08

der AG Medizinrecht im Deutschen AnwaltVerein

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

all denen, die aus dem wohlverdienten Urlaub zurückkehren, sage ich „wellcome back“ und verweise auf die Entscheidung des BGH zur Frage des Anspruchs auf Terminsverlegung in den Monaten Juli und August. Den bayerischen und baden-württembergischen Kollegen sei empfohlen, nach Terminvertretungen Ausschau zu halten ☺

Ihre
Rita Schulz-Hillenbrand
Fachanwältin für Medizinrecht

Arzneimittel-, Medizinprodukte- und Apothekenrecht

1.) Geldbuße für AstraZeneca-Konzern reduziert

Das Gericht der Europäischen Union (EuG) hat im Wesentlichen die Entscheidung der Kommission bestätigt, mit der diese festgestellt hat, dass der AstraZeneca-Konzern seine beherrschende Stellung missbrauchte, indem er das Inverkehrbringen von generischem Losec verhinderte.

Die Geldbuße wird jedoch von 60 Mio. Euro auf 52,5 Mio. Euro herabgesetzt, weil die Kommission nicht nachgewiesen hat, dass sich der Widerruf der Arzneimittelzulassungen in bestimmten Mitgliedstaaten auf die Paralleleinfuhren auswirken konnte.

Mit Entscheidung vom 15.06.2005 (Entscheidung C (2005) 1757 final der Kommission vom 15.07.2005 in einem Verfahren nach Art. 82 [EG] und Art. 54 EWR-Abkommen - Sache COMP/A.37.507/F3 "AstraZeneca") verhängte die Kommission eine Geldbuße i. H. v. 46 Mio. Euro gegen die AstraZeneca plc (Vereinigtes Königreich) und ihre Tochtergesellschaft AstraZeneca AB (Schweden) sowie eine zusätzliche Geldbuße i. H. v. 14 Mio. Euro gegen die AstraZeneca AB wegen Missbrauchs ihrer beherrschenden Stellung durch Ausnutzung des Systems des Patentschutzes und der Verfahren zur Zulassung von Arzneimitteln allein zu dem Zweck, den Markteintritt von

generischen Arzneimitteln, die mit ihrem Magengeschwür-Arzneimittel Losec konkurrierten, zu verhindern oder zu verzögern oder Paralleleinfuhren von Losec zu verhindern.

Die Kommission stellte zum einen fest, dass AstraZeneca bei den Patentämtern in Belgien, Dänemark, Deutschland, den Niederlanden, Norwegen und dem Vereinigten Königreich absichtlich irreführende Angaben gemacht habe, um für Losec durch ein ergänzendes Schutzzertifikat eine Verlängerung des Patentschutzes zu erreichen. Diese Verlängerung habe ein Ausgleich für die Zeit vor der Zulassung des Arzneimittels sein sollen, während deren das Unternehmen dieses Arzneimittel nicht habe vermarkten können.

AstraZeneca habe den nationalen Patentämtern den Zeitpunkt der Erstzulassung des Arzneimittels vorenthalten, wodurch sie einen ergänzenden Schutz habe erhalten können, der ihr nicht zugestanden habe.

Zum anderen wurde AstraZeneca dafür belangt, dass sie für Losec in Kapselform in Dänemark, Norwegen und Schweden den Widerruf der Zulassung beantragt habe, um erstens die Vermarktung generischer Arzneimittel hinauszuzögern und zu erschweren und zweitens Paralleleinfuhren von Losec zu verhindern. Nach dem zum maßgeblichen Zeitpunkt geltenden Unionsrecht habe das Referenzarzneimittel im betreffenden Mitgliedstaat noch zugelassen sein müssen, damit ein generisches Arzneimittel im vereinfachten Verfahren zugelassen werden könne, das schneller und für den Antragsteller billiger sei. Aufgrund des von AstraZeneca beantragten Widerrufs der Zulassungen für Losec in Kapselform habe dieses vereinfachte Verfahren nicht angewandt werden können, und es habe somit länger gedauert und sei schwieriger gewesen, die Marktzulassungen für die generischen Arzneimittel einzuholen, deren Markteinführung sich entsprechend verzögert habe.

Die AstraZeneca plc und die AstraZeneca AB haben beim EuG Klage auf Nichtigklärung der Entscheidung der Kommission erhoben und hilfsweise die Herabsetzung der festgesetzten Geldbußen beantragt.

Das EuG hat die Entscheidung der Kommission für nichtig erklärt, soweit darin festgestellt wird, dass der Widerruf der Marktzulassungen von Losec in Kapselform in Dänemark und Norwegen geeignet war, Paralleleinfuhren zu beschränken. Es hat die der AstraZeneca AB und der AstraZeneca plc gesamtschuldnerisch auferlegte Geldbuße auf 40.250.000 Euro und die der AstraZeneca AB auferlegte Geldbuße auf 12.250.000 Euro herabgesetzt.

Die meisten der von AstraZeneca vorgebrachten Argumente wurden

zurückgewiesen. Das Gericht hat festgestellt, dass sie ihre beherrschende Stellung in zweifacher Weise missbraucht hat. Erstens habe AstraZeneca tatsächlich vor den nationalen Patentämtern irreführende Angaben gemacht. Zweitens bedeute der Umstand, dass die Pharmaunternehmen in der Regel berechtigt sind, den Widerruf von Marktzulassungen ihrer Produkte zu verlangen, nicht, dass dieses Verhalten dem in Art. 82 EG vorgesehenen Verbot entzogen ist.

Nach Auffassung des Gerichts habe die Kommission jedoch angesichts des rechtlichen Kontextes nicht nachgewiesen, dass der Widerruf der Marktzulassungen geeignet war, Paralleleinfuhren in Dänemark und Norwegen zu beschränken, geschweige denn, dass das Ende oder der starke Rückgang der Paralleleinfuhren von Losec in diese beiden Länder durch das Verhalten von AstraZeneca verursacht war. In Anwendung des Grundsatzes, dass Zweifel dem Adressaten der den Verstoß feststellenden Entscheidung zugute kommen müssen, hat das EuG deshalb die Geldbußen herabgesetzt.

EUG, Entscheidung vom 01.07.2010, Az: T 321/05

Quelle: Juris

2.) Nicht zugelassene Arzneimittel für schwerstkranke Patienten

Das Bundesministerium hat im Zuge einer Ministerverordnung festgelegt, dass Behandlungsoptionen für schwerstkranke Patienten weiter verbessert werden sollen, um die forschenden Pharmaunternehmen dabei zu unterstützen, Arzneimittel vor der Zulassung zumindest schwerstkranken Patienten zur Verfügung stellen zu dürfen. Mit der vorgelegten Arznei-Härtefall-Verordnung durch das BMG sollen Behandlungen in rechtssicherer Form ermöglicht werden.

Bereits in einigen europäischen Mitgliedsstaaten gibt es seit Jahren gute Erfahrungen mit sogenannten Härtefallprogrammen. Gem. der Verordnung soll der Antragsteller die Gesamtverantwortung für das durchzuführende Programm tragen und nach dem Arzneimittelgesetz verpflichtet sein, dieses Arzneimittel kostenlos zur Verfügung zu stellen. Das sog. Härtefallprogramm ist bei der zuständigen Bundesbehörde zunächst vor Beginn anzuzeigen. Nach dem Eingang einer Bestätigung der Anzeige durch die Behörde von ca. 2 Wochen

kann mit der Durchführung des Härtefallprogramms begonnen werden.

3.) Berufspflichtverletzung bei Einsatz fachlich nicht zulässigen Personals

Die Landesapothekerkammer Hessen (LAKH) hat in der Zeit vom 01.10.2006 bis 30.11.2006 zur Evaluierung der Beratungsleistung in den hessischen Apotheken Beratungschecks durch sog. "Pseudocustomer" - dafür geschulte Apotheker - durchgeführte. Das dahinterstehende Konzept zur Qualitätssicherung in Apotheken war von der Bundesapothekerkammer beauftragt und vom Zentrum für Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Praxis in Berlin ausgearbeitet worden. In allen Bundesländern führten dann entsprechend geschulte Apotheker sog. Beratungschecks unangemeldet nach einem festgelegten Ablauf durch.

Im vorliegenden Fall hatte der angebliche Käufer ein Mittel gegen Kopfschmerzen verlangt und war von einer pharmazeutisch kaufmännischen Angestellten bedient worden. Die von dem Vorgang in Kenntnis gesetzte LAKH schuldigte den Apotheker wegen Verstoßes gegen die Berufsordnung sowie Vorschriften der Apothekenbetriebsordnung vor dem Berufsgericht in Gießen an.

Das für Hessen zuständige Berufsgericht für Heilberufe beim VG Gießen hat dem Apotheker einen Verweis erteilt und ihm eine Geldbuße in Höhe von 600 Euro auferlegt.

Nach Auffassung des Gerichts hat sich der Apothekenleiter berufsrechtlich schuldig gemacht und konnte sich auch nicht auf eine Art "Sittenwidrigkeit" des Vorgangs wegen Einschaltung eines "agent provocateur" berufen.

Information und Beratung über Arzneimittel sowie deren Abgabe (Verkauf) in einer Apotheke dürften nur von pharmazeutischem Personal - teilweise nur unter Aufsicht eines Apothekers oder einer Apothekerin - durchgeführt werden. Die von den Apothekerkammern unter Einschaltung der sogenannten Pseudo-Customer durchgeführten Kontrollbesuche in Apotheken dienen - neben der Aufdeckung etwaiger Pflichtverletzungen - hauptsächlich der Anhebung und Sicherung des Beratungsstandards in Apotheken und damit der Sicherung der hergebrachten Funktionen von Apotheken im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und damit auch der

Arzneimittelsicherheit. Sie lägen mithin innerhalb des Aufgabenbereichs der berufsständigen Kammern nach § 5 Heilberufsgesetz, der in Abs. 1 Ziffer 6 insbesondere die Forderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und die Mitwirkung der Kammermitglieder an der Sicherung der Qualität ihrer beruflichen Leistungen erwähnt.

Das Urteil ist rechtskräftig.

VG Gießen, Urteil vom 07.07.2010, Az: 21 K 1331/09.GI.B

Arzthaftungsrecht

1.) Anfrage an alle Mitglieder der AG

Herr Kollege Sven Bartlau aus Würzburg bittet vor allem die haftungsrechtlichen Kollegen/Innen im Rahmen seiner Dissertation zum Thema „Haftungsrechtliche Fragen bei neuen Behandlungsmethoden“ um Unterstützung. Ziel seiner Arbeit ist es, anhand der praxisorientierten Leitlinien für die behandelnden Ärzte bei neuen Behandlungsmethoden zu entwickeln, die es ermöglichen, Therapiefreiheit und Patientenschutz auch unter dem Gesichtspunkt des medizinischen Fortschritts zu gewähren. Für die Dissertation benötigt er statistische Angaben im Bereich neuer Behandlungsmethoden wie folgt:

- Wie viele solcher Fälle sind bislang in Ihrer Praxis aufgetreten?
- Wird eine Lösung der erfassten Fälle außergerichtlich oder gerichtlich herbeigeführt?
- Wie viele Prozesse enden mit einem Urteil oder einem Vergleich bzw. Parteivereinbarung als Abschluss eines Mediationsverfahrens?

Falls Sie Herrn Bartlau unterstützen möchten, senden Sie Ihre Antwort bitte unter sven.bartlau@web.de.

2.) BGB § 823

Zum Umfang der Aufklärung und der Pflicht des Arztes I

Eine Aufklärung über eine abweichende Operationsmethode ist nicht erforderlich, wenn der Arzt zwar ein anderes, jedoch nicht mit höheren Risiken behaftetes Operationsverfahren wählt.

OLG Naumburg, Urteil vom 22.4.2010, Az: 1 U 14/10

Quelle: RechtsCentrum.de

3.) BGB § 823

Zum Umfang der Aufklärung und der Pflicht des Patienten II

Will ein Patient abweichend von den Grundsätzen des totalen Krankenhausaufnahmevertrags seine Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff auf einen bestimmten Arzt beschränken, muss er seinen entsprechenden Willen eindeutig zum Ausdruck bringen.

BGH, Urteil vom 11.5.2010, Az: VI ZR 252/08

Quelle: RechtsCentrum.de

4.) Zum Umfang der Aufklärung des Zahnarztes

Keine Haftung für „unvorteilhafte“ Übersendung von Unterlagen

Ein Zahnarzt kann nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass er einer Versicherung Behandlungsunterlagen überlässt, aus denen sich ergibt, dass eine Behandlungsbedürftigkeit bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestand. Dies gilt selbst dann, wenn der Zahnarzt in Unkenntnis der versicherungsrechtlichen Einzelheiten zusagt, dass die Versicherung die Kosten übernimmt.

Ein Patient verweigerte die Bezahlung einer prothetischen Versorgung mit der Begründung, der Behandler hätte die Patientenakte nicht in einer Form vorlegen dürfen, aus der sich ergibt, dass eine Behandlungsbedürftigkeit schon vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestand. Das Gericht entschied jedoch zugunsten des Zahnarztes. Ein Zahnarzt, der die Einzelheiten des Vertragsabschlusses zwischen Versicherung und Versicherten nicht kennt, könne keine Verantwortung für die Kostenerstattung übernehmen, selbst wenn er meint, die Eintragungen in der Akte stünden einer Kostenerstattung nicht entgegen.

Amtsgerichts Peine, Urteil vom 15. April 2010, Az: 5 C 513/09

5.) BGB § 823

Arzt muss Patienten nicht an Termin erinnern

Ärzte müssen ihre Patienten nicht an Vorsorgetermine erinnern. Das gilt einem auch, wenn ein konkreter Verdacht auf eine Erkrankung besteht. Es genüge der Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen.

Damit wies das Oberlandesgericht Koblenz die Klage einer Patientin ab. Sie hatte gegen ihre Frauenärztin Schmerzensgeld in Höhe von 150.000 Euro geltend gemacht.

Die Klägerin warf ihrer Ärztin vor, nicht hinreichend auf weitere Vorsorgeuntersuchungen gedrängt zu haben, nachdem ein erster Verdacht auf eine Krebserkrankung aufgetreten war. Die Vorinstanz, das Landgericht Trier, sah darin zunächst eine Pflichtverletzung und sprach der Klägerin ein Schmerzensgeld von 30.000 Euro zu.

Das OLG Koblenz hob diese Entscheidung auf. „Ihm die Fürsorge für die Wahrnehmung von Vorsorgeterminen aufzuerlegen würde die Anforderungen an einen Arzt überspannen“, hieß es zur Begründung. Es genüge, wenn ein Arzt auf die Notwendigkeit weiterer Vorsorgeuntersuchungen hinweise, stellten die Richter des OLG klar. Es sei dann Sache des Patienten, ob, wann und vor allem auch bei wem er die Untersuchungen vornehmen lasse.

Eine Nachfrage des bisher behandelnden Arztes könne einen Patienten sogar in Erklärungsnot bringen, wenn er sich

beispielsweise für einen anderen Arzt entschieden hat. Das OLG dazu wörtlich: "Es überspannt die Anforderungen an den Arzt, ihm generell die Fürsorge zur Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen, sei es auch bei einer konkreten Indikation aufzuerlegen. Dies kann nur dann in Betracht kommen, wenn mit hinreichender Wahrscheinlichkeit von einem bösartigen Befund ausgegangen werden kann. Es obliegt der Entscheidung des Patienten, ob, wann und bei wem er weitere Vorsorgeuntersuchungen durchführen lässt. Möglicherweise möchte er eine zweite Meinung einholen und die weitere Untersuchung und Behandlung durch einen anderen Arzt durchführen lassen.

Eine ärztliche Nachfrage könnte den Patienten in eine Erklärungsnot bringen."

OLG Koblenz, Urteil vom 26. Juni 2010, Az: 5 U 186/10

Mitgeteilt von RA Jörg Paßmann, Berlin

Berufsrecht

Keine Heilpraktikererlaubnis bei Approbation

Eine approbierte Ärztin beantragte eine Heilpraktikererlaubnis. Neben ihrer ärztlichen Tätigkeit wollte sie auch Therapien mit Tieren, z.B. Reittherapie, durchführen, und dabei mit Heilpraktikern zusammenarbeiten. An einer solchen Kooperation sah sie sich als Ärztin aus Gründen des ärztlichen Standesrechts gehindert. Wenn sie aber zugleich Heilpraktikerin wäre, dürfte sie sich in dieser Eigenschaft auch mit anderen Heilpraktikern zusammenschließen und eine Gemeinschaftspraxis bilden. Die Heilpraktikererlaubnis wurde nicht erteilt, weil eine Ärztin sie nicht braucht. Nach Auffassung der zuständigen Landeshauptstadt München besitzt sie mit ihrer Approbation eine umfassende Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde. Sie wäre auf Dauer nicht in der Lage, von einer Heilpraktikererlaubnis Gebrauch zu machen, da sie durch das ärztliche Berufsrecht daran gehindert wäre. Diese Entscheidung der städtischen Gesundheitsbehörde wurde gerichtlich in erster und zweiter Instanz bestätigt.

Der BayVGH hat unter Bezugnahme auf ein Urteil des BVerwG vom

02.03.1967 (I C 52.64) festgestellt, es sei nur eine logische Folge der zentralen Stellung des Arztes in der Heilkunde, dass er nicht als Heilpraktiker tätig sein könne.

Nach der aktuell gültigen Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (nach den ärztlichen Berufsordnungen in den anderen Bundesländern ist es nicht anders) sei es Ärzten nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, Patienten zu untersuchen oder zu behandeln (Ausnahme: Ärzte oder Angehörige medizinischer Assistenzberufe in Ausbildung). Es gelte außerdem zu vermeiden, dass es zu Unklarheiten beim Patienten oder zu Problemen mit der Abrechnung über die gesetzlichen Krankenkassen komme.

Eine Ausnahme mache die Rechtsprechung nur, wenn jemand zuerst eine Heilpraktikererlaubnis erwirbt und dann nach erfolgreichem Medizinstudium als Arzt approbiert wird. In diesem Fall könne er seine Heilpraktikererlaubnis behalten, wobei davon ausgegangen wird, dass er sich nicht mehr als Heilpraktiker, sondern nur noch als Arzt betätigen wird.

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, 16.06.2010, Az: 21 ZB 10.606

Quelle: Landesrechtsanwaltschaft Bayern vom 29.06.2010

Krankenversicherungsrecht

1.) SGB X § 83

GKV-Versicherte können Auskunft über medizinische Behandlungen verlangen

Ein gesetzlich krankenversicherter Mann hatte die für ihn zuständige kassenärztliche Vereinigung um Auskunft gebeten, welche medizinischen Leistungen sie in den letzten vier Jahren seiner Mitgliedschaft abgerechnet hatte. Er benötige diese Angaben für die Beantragung einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Die beklagte kassenärztliche Vereinigung erteilte lediglich eine so genannte Versichertenauskunft für das Geschäftsjahr vor der Antragstellung. Auskunft über Daten hinsichtlich Behandlungen in weiter zurückliegenden Jahren könne der Kläger nach der gesetzlichen Regelung im Recht der gesetzlichen Krankenkassen (§ 305 Abs. 1 SGB V) nicht verlangen. Das SG Düsseldorf hat der Klage

stattgegeben.

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat die erstinstanzliche Entscheidung bestätigt. Der Anspruch des Klägers auch auf Auskünfte für länger zurückliegende Zeiträume folge aus der entsprechenden Regel des allgemeinen Sozialrechts (§ 83 SGB X). Der dort geregelte allgemeine Auskunftsanspruch sei Ausfluss des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung. Um es einzuschränken, hätte es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bedurft, die aber fehle. Es sei nirgendwo erkennbar, dass der Gesetzgeber diesen allgemeinen Auskunftsanspruch für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung habe einschränken wollen. Allerdings bestehe der Auskunftsanspruch des Klägers nicht unbeschränkt. Vielmehr seien seine privaten Interessen abzuwägen mit dem sachlichen und personellen Aufwand, den die Auskunft der betroffenen Be hörde verursacht. Im Falle des Klägers ergab diese Abwägung, dass er Auskunft nur für ein weiteres Jahr rückwirkend und nur insoweit verlangen konnte, wie seine Sozialdaten von der EDV der Beklagten gespeichert waren.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig, weil das Landessozialgericht wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Falles die Revision zum BSG zugelassen hat.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.05.2010, Az: L 5 KR 153/09

2.) Keine freie Arztwahl bei "Lucentis®"- Behandlung

Das Arzneimittel Lucentis® wird bei Netzhauterkrankungen in den Glaskörper des Auges injiziert. Diese Behandlung kann von Ärzten bei den gesetzlichen Krankenkassen derzeit nicht abgerechnet werden. In Sachsen-Anhalt sind daher von den Krankenkassen Versorgungsverträge u. a. mit der Universitätsklinik Halle geschlossen worden. Dort wird eine Ampulle des Arzneimittels durch die Universitätsapotheke in zwei Einzeldosen aufgeteilt, um die sehr hohen Kosten zu senken.

Eine gesetzlich Krankenversicherte hatte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes beantragt, die Krankenkasse zur Kostenübernahme für eine Behandlung bei ihrem Augenarzt zu verpflichten. Sie habe ein Recht auf freie Arztwahl. Wegen der Aufteilung des Arzneimittels in zwei Einzeldosen sei diese Behandlung von geringerer Qualität und damit unzumutbar.

Das LSG Sachsen-Anhalt hat den Antrag zurückgewiesen.

Nach Auffassung der Richter wäre die begehrte Behandlung fast doppelt so teuer wie die in der Universitätsklinik. Die fachgerechte Aufteilung des Arzneimittels in zwei Einzeldosen führte auch nicht zu einer schlechteren Behandlungsqualität, zumal die Ausstattung und gebündelte ärztliche Erfahrung einer Universitätsklinik denen eines niedergelassenen Arztes überlegen seien. Die Beschränkung der freien Arztwahl sei wegen des Wirtschaftlichkeitsgebots der Krankenkassen hinzunehmen.

Das Urteil ist rechtskräftig.

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 15.04.2010, Az: L 5 KR 5/10 B ER

Quelle: Juris

3.) Allianz darf bei Tarifwechsel keinen Zuschlag verlangen

Das BVerwG verbietet der Allianz, von ihren Kunden bei einem internen Tarifwechsel einen pauschalen Aufschlag zu verlangen. Diese Praxis hatte die Allianz seit 2007 geübt. Altkunden hatte die Allianz bislang den Wechsel in für sie günstigere Neutarife de facto verwehrt, weil sie von ihnen einen sogenannten Tarifstrukturzuschlag von 20 Prozent verlangte, womit sich die Änderung meist nicht rentierte.

Nun muss der Konzern neu kalkulieren und wesentliche Teile des Neugeschäfts aussetzen. Experten vermuten, dass die Allianz nun zu hohen Rückstellungen gezwungen ist, im Gespräch sind bis zu 400 Millionen Euro.

"Neukunden sollten zulasten von Altkunden mit günstigen Tarifen geködert werden", beschreibt die Chefin des Bunds der Versicherten (BdV), Lilo Blunck, diese Praxis.

Die Allianz ist um Schadensbegrenzung bemüht. Allen Altkunden, die trotz Aufschlags in den Aktimed-Tarif gewechselt sind, sollen angeblich die zusätzlichen 20 Prozent zurückbezahlt werden. Nur wer diesen Zuschlag sowieso unter Vorbehalt gezahlt hat, hat

bereits einen Anspruch auf Rückerstattung und ist nicht auf die Kulanz angewiesen.

BVerwG, Beschluss vom 23.06.2010, Aktenzeichen: G8 C42.09

Leistungs- und Vergütungsrecht

G-BA-Beschluss zu Insulinanaloga

Lang wirkende Insulinanaloga zur Behandlung von Patientinnen und Patienten, die an Diabetes mellitus Typ 2 leiden, bleiben grundsätzlich nur dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin. Betroffen sind von der Regelung die Wirkstoffe Insulin Glargin und Insulin Detemir.

Diese Regelung gilt allerdings nicht für Insulin Glargin zur Behandlung von Patientinnen und Patienten, bei denen im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie auch nach individueller Therapiezielüberprüfung und entsprechender Anpassung der Blutzuckersenkung ein hohes Risiko für schwere Unterzuckerungen (Hypoglykämien) bestehen bleibt. Ausgenommen sind außerdem Patienten, die gegen Humaninsulin allergisch sind.

Sonstiges

1.) GRENZÜBERSCHREITENDE RECHTE FÜR PATIENTEN - RAT

Der Rat hat am 8. Juni 2010 eine politische Einigung über den Gemeinsamen Standpunkt zum Richtlinienvorschlag über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (KOM(2008) 414) erreicht. Die Richtlinie zielt darauf ab, die Rechte von Patienten in anderen Mitgliedsstaaten als ihrem Heimatstaat zu harmonisieren. Generell gilt die Kostenrückerstattungspflicht für medizinische Versorgung innerhalb der EU. Ein Mitgliedsstaat muss nur so viel erstatten, wie er zur Versorgung im eigenen Staat selbst beigesteuert hätte. Unter bestimmten Bedingungen besteht ein Kostenerstattungsanspruch nur, wenn der Patient die Bewilligung seiner nationalen Krankenversicherung vor der Behandlung einholt.

Der Rat einigte sich auf spezielle Regelungen, denen zufolge Mitgliedsstaaten Ansprüche auf Gesundheitsvorsorge von Rentnern aus anderen EU-Staaten auf eigene Rechnung anerkennen können. Die Voraussetzungen der Kostenerstattung sowie der Vorabgenehmigung wurden verschärft. Im Bezug auf nichtvertragliche Gesundheitsdienstleister können die Einzelstaaten freiwillige Bestimmungen zu Rückerstattung und Qualität annehmen. Der Rat stützt die Richtlinie auf eine doppelte Rechtsgrundlage (Art. 114 und 168 AEUV). Das Parlament wird nun in zweiter Lesung über den Gemeinsamen Standpunkt des Rates entscheiden.

2.) ZPO § 227 Abs. 3

Kein Anspruch auf Terminsverlegung in den Monaten Juli und August

Für in der Zeit vom 1. Juli bis 31. August bestimmte Termine besteht kein Anspruch auf Terminsverlegung, wenn das Verfahren besonderer Beschleunigung bedarf, etwa weil es durch Flucht in die Säumnis bereits verschleppt worden ist.

BGH, Beschluss. vom 07.06.2010 - Az: II ZR 233/09