

Newsletter 2007-07

der AG Medizinrecht im Deutschen AnwaltVerein

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

Sie haben in diesem Jahr noch keine Ausgabe der ZMGR erhalten. Die letzte, die Ihnen vorliegt, ist die Ausgabe 07/06. Ihr Geschäftsführender Ausschuss hatte Ihnen zugesagt, dass bis zu acht Ausgaben im Jahr erscheinen sollen. Dies ist nur möglich, wenn Sie uns Ihre Entscheidungen zusenden. Leider liegen den Verantwortlichen nur wenige Zuschriften vor. Wir bedauern diese Entwicklung sehr und bitten um Ihr Verständnis.

Ihre
Rita Schulz-Hillenbrand
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Aus der Arbeitsgemeinschaft

1.) Termine

+++ Tagung der Arbeitsgruppe Vertragsrecht von Herrn Dr. Möller +++

Bitte vormerken:

Die Arbeitsgruppe trifft sich am 23.11.2007 in Düsseldorf. Einladung folgt.

2.) Berichte

+++ Arbeitsgruppe Vertragsrecht und Berufsrecht +++

Der Bericht über die Tagung der Arbeitsgruppen Vertragsrecht und Berufsrecht am 27.10.2006 in Düsseldorf kann unter <http://www.arge-medizinrecht.de/> abgerufen werden.

Arzneimittelrecht / Medizinprodukterecht

Zulassungsdaten im Arzneimittel-Informationssystem beim DIMDI

Im Arzneimittel-Informationssystem der deutschen Zulassungsbehörden (AMIS) können alle Nutzer jetzt schneller nach Zulassungsdaten von Medikamenten suchen. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat den Zugriff auf die Daten vereinfacht und bietet erstmals die Nutzung auch ohne Vertrag an. Das Arzneimittel-Informationssystem enthält umfangreiche Angaben zu in Deutschland und Europa zugelassenen und ehemals zugelassenen Arzneimitteln. Das Informationssystem wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, dem Paul-Ehrlich-Institut und dem Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit inhaltlich betreut. Das DIMDI sorgt als technische Plattform für den Betrieb der Datenbanken und hat seine menügeführte Recherche-Oberfläche DIMDI SmartSearch speziell daran angepasst. Mit den Veränderungen

einher gingen zahlreiche Verbesserungen der Funktionen und der Recherchemöglichkeiten in den drei unterschiedlichen Versionen - für die Öffentlichkeit, den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen und für die Bundesländer. Der öffentliche Teil ist recherchierbar über die [Internetseiten des DIMDI](#).

Pressemitteilung des DIMDI, 29. Mai

Arzthaftungsrecht

1.)

BGB § 823 Abs. 1

+++ Zur Risikoaufklärung bei Einsatz neuer Medikamente +++

Der Arzt hat den Patienten vor dem ersten Einsatz eines Medikaments, dessen Wirksamkeit in der konkreten Behandlungssituation zunächst erprobt werden soll, über dessen Risiken vollständig aufzuklären, damit der Patient entscheiden kann, ob er in die Erprobung überhaupt einwilligen oder ob er wegen der möglichen Nebenwirkungen darauf verzichten will.

Kann ein Patient zu der Frage, ob er bei zutreffender ärztlicher Aufklärung in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, nicht persönlich angehört werden (hier: wegen schwerer Hirnschäden), so hat das Gericht aufgrund einer umfassenden Würdigung der Umstände des Einzelfalls festzustellen, ob der Patient aus nachvollziehbaren Gründen in einen ernsthaften Entscheidungskonflikt geraten sein könnte.

BGH, Urteil vom 17.4.2007, Az: VI ZR 108/06

Volltext unter <http://www.iww.de/quellenmaterial/abruf.php3?071907>

2.)

BGB § 823

+++ Zur Haftung wegen Behandlungs- und Aufklärungsfehlern im Zusammenhang mit einem Heilversuch mit einem neuen, erst im Laufe der Behandlung zugelassenen Arzneimittel +++

BGH, Urteil vom 27.03.2007, Az: VI ZR 55/05

Volltext unter <http://www.iww.de/quellenmaterial/abruf.php3?071871>

3.)

BGB § 823

+++ Schmerzensgeld wegen Unfruchtbarkeit nach Gebärmutterausschabung
+++

Das OLG Köln hat einer Patientin wegen fehlender Risikoaufklärung ein Schmerzensgeld von 40.000 Euro zugesprochen, nachdem sich infolge einer Gebärmutterausschabung Komplikationen eingestellt hatten, die zur Unfruchtbarkeit der Frau führten.

Gleichzeitig wurde festgestellt, dass die Klinik sowie der Operateur für alle Schäden der jetzt 35-jährigen Frau haften, die infolge des Eingriffs entstanden sind bzw. noch entstehen werden.

Die verheiratete und kinderlose Frau hatte sich im März 2000 in die beklagte gynäkologische Klinik begeben, weil im Rahmen einer Krebsvorsorgeuntersuchung ein auffälliger Befund festgestellt worden war. Nach einem Aufklärungsgespräch wurde bei der damals 28-jährigen Patientin eine Gewebeentnahme am Gebärmutterhals und anschließend eine Ausschabung der Gebärmutter vorgenommen. Infolge des Eingriffs kam es zu einem sog. Ashermann- Syndrom, d.h. zu Narbenbildungen in der Gebärmutterhöhle und schließlich zu einer vollständigen inneren Verklebung bzw. zum Verschluss der Gebärmutter, was zum Ausbleiben der Regelblutung und zur Sterilität der Frau führte. Diese hatte im Prozess geltend gemacht, die Ausschabung sei in verschiedener Hinsicht behandlungsfehlerhaft durchgeführt worden. Sie sei zum einen bereits nicht indiziert gewesen und auch mit einem zu scharfen Operationsinstrument bzw. zu tief durchgeführt worden. Zum anderen sei sie nicht umfassend über die Risiken des Eingriffs ärztlich aufgeklärt worden. Über eine Ausschabung sei überhaupt nicht gesprochen worden; insoweit haben die Ärzte die Operation sogar eigenmächtig erweitert, wie die Patientin behauptete.

Das OLG Köln hat der Klage nach Anhörung eines gynäkologischen Sachverständigen überwiegend stattgegeben.

Zwar konnte nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht sicher festgestellt werden, dass dem Operateur Behandlungsfehler bei der Gewebeentnahme bzw. der anschließenden Ausschabung der Gebärmutter unterlaufen sind. Allerdings müssen das Krankenhaus sowie der operierende Arzt haften, weil die Patientin nicht hinreichend über die mit einer Ausschabung verbundenen Risiken, insbesondere die Gefahr eines Ashermann-Syndroms und die daraus folgende Unfruchtbarkeit aufgeklärt worden sei. Der von der Klinik verwendete Aufklärungsbogen enthielt keinen Hinweis auf das genannte Risiko. Eine solche Aufklärung sei aber erforderlich, auch wenn eine komplette Unfruchtbarkeit infolge eines Ashermann-Syndroms nur in einem von 1000 Fällen auftrete. Der Patientin müsse eine allgemeine Vorstellung vom Ausmaß der mit der Operation verbunden Gefahren vermittelt werden, wobei es nicht auf eine bestimmte statistische Risikodichte ankomme.

Maßgebend sei, dass eine junge Frau mit Kinderwunsch durch die Unfruchtbarkeit infolge eines operativen Eingriffs erheblich in ihrer Lebensführung belastet werde. Deshalb müsse auf das Risiko auch gesondert hingewiesen werden. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes hat der Senat insbesondere berücksichtigt, dass die damals 28-jährige Patientin, die nachvollziehbar einen Kinderwunsch gehabt habe, nun irreparabel unfruchtbar sei, was eine gravierende Beeinträchtigung darstelle. Dies habe auch zu nicht unerheblichen psychischen Belastungen bei der jungen Frau geführt.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

OLG Köln, Urt. v. 25.04.2007 - 5 U 180/05

Pressemitteilung des OLG Köln vom 25. Mai 2007

Berufsrecht

+++ Zweigpraxis auch für Tierärzte +++

Das VG Münster hat entschieden, die Tierärztekammer Westfalen-Lippe sei verpflichtet, den Tierärzten die nach der Berufsordnung hierzu erforderliche Zustimmung zu erteilen. Die 6. Kammer macht mit dieser grundsätzlichen Entscheidung zugleich den Weg für weitere Tierärzte in der Region frei, die ebenfalls die Errichtung einer Zweigpraxis beabsichtigen.

Die Ascheberger Tierärzte wollen in den früheren Praxisräumen eines Kollegen in Münster-Hiltrupeine Zweitpraxis zur Behandlung von Kleintieren eröffnen. Nach der Berufsordnung der Tierärztekammer Westfalen-Lippe benötigen sie hierfür die Zustimmung der Kammer. Diese wurde ihnen jedoch versagt, nachdem die Kammerversammlung beschlossen hatte, Anträge auf Zulassung von Zweitpraxen abzulehnen, da die tierärztliche Versorgung auch ohne das Betreiben von Zweitpraxen gesichert sei. In ihrer gegen diese Entscheidung erhobenen Klage machten die Tierärzte unter anderem geltend, dass in der Berufsordnung vorgesehene Zustimmungserfordernis sei schon aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht haltbar. Es gehöre nicht mehr zum ärztlichen Leitbild, dass ein Arzt nur in einer Praxis für seine Patienten erreichbar sei; diesem Wandel sei in zahlreichen Berufsordnungen bereits Rechnung getragen worden.

Das VG Münster gab der Klage der Tierärzte statt und verpflichtete die Tierärztekammer Westfalen-Lippe, die Zustimmung zur Errichtung der Zweitpraxis zu erteilen. Zwar verletze die grundsätzliche Bindung der Tätigkeit des niedergelassenen Tierarztes an eine Praxisstelle nicht das Grundrecht der Berufsfreiheit, weil sie der Qualitätssicherung der tierärztlichen Versorgung diene. Es sei verfassungsrechtlich unbedenklich, dass in der Berufsordnung der Tierärztekammer Westfalen-Lippe die Errichtung einer Zweitpraxis zustimmungspflichtig und nicht, wie in anderen Berufsordnungen (etwa der Zahnärzte- oder der Ärztekammern), lediglich anzeigepflichtig sei. Allerdings bestehe unter Berücksichtigung der Freiheit der Berufsausübung ein Anspruch auf Erteilung der Zustimmung, wenn die ordnungsgemäße tierärztliche Versorgung an jedem Ort der Tätigkeit in personeller und sachlicher Hinsicht gewährleistet sei. Demgegenüber dürfe nicht darauf abgestellt werden, ob die Zweitpraxis zur Sicherstellung der tierärztlichen Versorgung erforderlich sei. Eine Bedarfsprüfung - etwa mit dem Ziel des Konkurrentenschutzes - verstoße gegen die Berufs- sowie die Niederlassungsfreiheit. Bei den Klägern bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass die ordnungsgemäße tierärztliche Versorgung nicht gewährleistet sei. Dies gelte insbesondere deshalb, weil die Zweitpraxis in Münster-Hiltrup innerhalb kurzer Zeit erreichbar sei und wegen der Mehrzahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Tierärzte auch eine Präsenz gewährleistet sei.

VG Münster, Urt. v. 06.06.2007 - 6 K 1554/06 (nicht rechtskräftig)

Pressemitteilung des VG Münster vom 6. Juni 2007

Krankenhausrecht

+++ Kontrolle eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern +++

1. Die Kontrolle eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern, die gem. § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind, wird weder durch § 69 SGB V noch durch das öffentlich-rechtliche Krankenhausrecht ausgeschlossen.
2. Auf dem für die Zusammenschlusskontrolle sachlich relevanten Markt stehen sich der Patient bzw. der einweisende Arzt als sein Disponent als Nachfrager und die Krankenhäuser als Anbieter der erforderlichen stationären Krankenhausbehandlung gegenüber, wobei eine Unterteilung des Marktes für Krankenhausdienstleistungen nach medizinischen Fachbereichen in Betracht zu ziehen ist.
3. Bei der Marktabgrenzung ist auf das Verhalten des potentiellen Nachfragers abzustellen. Dieses kann - sofern keine entgegenstehenden Anhaltspunkte vorhanden sind - aus dem Nachfrageverhalten in der Vergangenheit abgeleitet werden.

4. Die Grundsätze der sog. Sanierungsfusion sind auf kommunale Krankenhausträger nicht anzuwenden, soweit sie im Rahmen ihres landesgesetzlich geregelten Sicherstellungsauftrages verpflichtet sind, in der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten.

OLG Düsseldorf, 11.04.2007, VI-Kart 6/05 (V)

Link zum vollständigen Leitsatz und zur Entscheidung:

<http://www.rechtszentrum.de/pdflink.php?db=zivilrecht&nr=21058>

Krankenversicherungsrecht

+++ Krankenversicherung bei Reisen in Nicht-EU-Staaten +++

Das BSG hat im Verfahren eines auf einer Reise in Tunesien verunglückten deutschen AOK-Versicherten entschieden, dass die dort für die Behandlung in einer Privatklinik angefallenen Kosten von der AOK nur ausnahmsweise erstattet werden müssen.

Der Versicherte war 1999 zu einem Besuch nach Tunesien gereist, wo er bei einem Verkehrsunfall ein Schädel-Hirn-Trauma erlitt. Während er 12 Tage im Koma lag, wurde er zunächst in das staatliche Krankenhaus einer kleineren Stadt eingeliefert, dann aber an eine private neurochirurgische Klinik in Tunis überwiesen. Für die Krankenbehandlung wandte er umgerechnet ca. 8.800 Euro auf. Hiervon zahlte ihm die AOK nur etwa die Hälfte, weil sie die Kosten einer entsprechenden Sachleistung der tunesischen Krankenversicherung als maßgeblich ansah.

Während die AOK von den Vorinstanzen zur vollen Kostenerstattung verurteilt wurde, hat das BSG entschieden, dass der Versicherte trotz des Abkommens nicht umfassend so gestellt werden muss, als wäre die Behandlung in Deutschland erfolgt.

Nach Ansicht des BSG gilt insoweit vielmehr das in Tunesien maßgebende Recht, ohne dass die Leistungspflicht auf den deutschen Versorgungsstandard angehoben wird. Der Kläger hatte daher nur Anspruch auf dasjenige, was in einem vergleichbaren Notfall einem tunesischen Staatsangehörigen gegen die tunesische Krankenversicherung zugestanden hätte, dh unter Beachtung der Leistungsbeschränkungen und Infrastruktur des tunesischen Gesundheitssystems. Volle Kostenerstattung wegen "Systemversagens" könne der Kläger von der AOK nur beanspruchen, wenn ihm entgegen dem Abkommen dasjenige verweigert bzw. vorenthalten worden ist, worauf auch ein leistungsberechtigter Tunesier in Tunesien Anspruch hatte.

Da die hierzu erforderlichen Feststellungen bisher fehlen, wurde der Fall an das LSG Berlin-Brandenburg zurückverwiesen. Dieses muss weitere Ermittlungen vornehmen, insbesondere zum Leistungsrahmen des tunesischen Rechts, zur Frage einer abkommenswidrigen Leistungsvorenthaltung und zum Bestehen einer rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung des Klägers.

BSG, Urt. v. 24.05.2007 - B 1 KR 18/06 R

Pressemitteilung des BSG vom 24. Mai 2007

Leistungs- und Vergütungsrecht

1.)

§ 72 SGB 5, § 13 SGB 5, § 53 SGB 1, § 3 SGB 1, § 60 SGB 1

+++ Wirksame Zahlungsverpflichtung als Voraussetzung eines Kostenerstattungsanspruches +++

Leitsätze

1. Ein Versicherter, der seinen Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V abtritt, bleibt allein berechtigt, prozessual die Feststellung dieses Anspruchs zu betreiben.

2. Versicherte können Kostenerstattung wegen Systemversagens auch in den Fällen nur bei fehlender Sicherstellung der Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer beanspruchen, in denen sie sich ab 01.01.1999 von Therapeuten behandeln lassen, die bis zum 31.12.1998 auf Kostenerstattungsbasis tätig waren, als Psychotherapeuten approbiert sind und deren rechtzeitig gestellte Anträge auf Zulassung oder Ermächtigung zur Zeit der Behandlung noch nicht bestands- oder rechtskräftig abgelehnt wurden.

Streitig war der Anspruch auf Erstattung einer ambulanten Psychotherapie, wobei die Klägerin den Anspruch an die beigeladene Psychotherapeutin abgetreten hatte. Das BSG hatte sich daher zunächst mit der Frage zu befassen, ob die Abtretung des Kostenerstattungsanspruches nach § 13 Abs. 3 SGB V überhaupt zulässig oder durch § 53 SGB I ausgeschlossen ist. Sodann wandte sich der Senat der Frage zu, ob die Klägerin weiterhin befugt war, den Anspruch prozessual zu verfolgen. Schließlich war materiell-rechtlich die Frage zu klären, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Kostenerstattung wegen Systemversagens ab 01.01.1999 bei Inanspruchnahme eines bis zum 31.12.1998 auf Kostenerstattungsbasis tätig gewesenen Psychotherapeuten begründet ist.

Anmerkung zum Urteil des BSG vom 18.07.2006, Az: B 1 KR 24/05 R von Katja Meyerhoff, Ri'in SG in jurisPR-SozR 11/2007

2.)

GOÄ § 4 Abs. 2, GOÄ GebVerz Nr. 435, GOÄ GebVerz Nr. 437

+++ Komplexgebühr der Nr. 437 für Laboratoriumsuntersuchungen +++

Die Komplexgebühr der Nr. 437 für Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 rechtfertigt auch für externe Ärzte keine Einzelabrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen, soweit es sich nicht um Leistungen nach den Abschnitten M III 13 und M IV des Gebührenverzeichnisses handelt.

BGH, Urteil vom 10.5.2007, III ZR 291/06

Volltext unter <http://www.iww.de/quellenmaterial/abruf.php3?071906>

Vertragsarztrecht

1.)

+++ Neuer Honorarverteilungsvertrag in Nordrhein +++

Die niedergelassenen Ärzte in der Region Nordrhein werden bis Ende 2008 über Individualbudgets abrechnen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) und die Krankenkassen geeinigt. Der bisherige Honorarverteilungsvertrag läuft am 30. Juni aus. "Es soll keine Praxis künftig mit einer persönlichen Quote unter 75 Prozent arbeiten. Dazu sind Korrekturen notwendig, die das Abrutschen der persönlichen Quoten begrenzen",

erläutert Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KVNO, die neue Regelung. So will die KV vor allem junge Praxen wirtschaftlich absichern. Die KV will deshalb bei allen Praxen die Kriterien für eine Anpassung der Individualbudgets prüfen. Die Individualbudget-Erhöhungen zur Stützung von sonst abgleitenden Praxen gelten ab dem 3. Quartal 2007. Die KV finanziert diesen zusätzlichen Beitrag durch die Ersatzkassen-Regelung. Danach wurden seit dem zweiten Quartal 2005 Leistungen, die das Individualbudget überschritten, mit einem floatenden Punktwert vergütet. Das Geld, das hier gezahlt wurde, stand aber nicht mehr für die Vergütung der im Rahmen der Individualbudgets abgerechneten Leistungen zur Verfügung. Dabei geht es um einen Betrag von gut 40 Millionen Euro pro Jahr. Der Verband der Ersatzkassen (VdAK) hat sich bereit erklärt, diese Regelung zu streichen, um das Geld wieder für die Individualbudgets in der oben angesprochenen Weise zur Verfügung zu stellen. ([Pressemitteilung der KV Nordrhein, 11. Juni](#))

2.)

UWG § 3, UWG § 4 Nr. 1

+++Zulässigkeit einer "Kunden werben Kunden"-Aktion eines Augenoptikers (Verbot von Zuwendungen bei Heilmitteln) +++

Nach Aufhebung des Rabattgesetzes und der Zugabeverordnung folgt die Wettbewerbswidrigkeit des Einsatzes von Laien zur Werbung von Kunden aufgrund des gewandelten Verbraucherleitbilds nicht schon aus der Gewährung nicht unerheblicher Werbeprämien, sondern setzt das Vorliegen sonstiger die Unlauterkeit begründender Umstände voraus. Ein solcher Umstand kann darin liegen, dass sich die Werbung auf Waren oder Dienstleistungen bezieht, für die besondere Werbeverbote bestehen (hier: Verbot von Zuwendungen bei Heilmitteln).

BGH, 06.07.2006, Az: I ZR 145/03

Volltext unter <http://www.iww.de/quellenmaterial/abruf.php3?062710>

Sonstiges

1.)

Gemeinnützigkeit für Medizinische Versorgungszentren

Mit Verfügung vom 26. September 2006 (S 0184 A - 11 - St 53) führt die OFD Frankfurt/M. aus, dass von Krankenhäusern errichtete Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Einrichtungen der ambulanten Pflege mit ihrer Tätigkeit einen Zweckbetrieb nach § 66 AO begründen können, sofern mindestens 2/3 der Leistungen hilfsbedürftigen Personen im Sinne des § 53 AO zugute kommen. Damit ist es möglich, dass MVZ unabhängig von der Frage, ob sie als unselbständige Teileinrichtung oder aber als rechtlich selbständige GmbH betrieben werden, als Zweckbetrieb behandelt werden. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung des MVZ.

Mit der vorstehenden Verfügung scheint sich eine Auffassung durchzusetzen, die von Seiten der Solidaris bereits in einem Fachaufsatz für die Zeitschrift f&w ([Gemeinnützigkeit für Medizinische Versorgungszentren!?, f&w 6/2005, S. 602-604](#)) vertreten worden ist. Im Ergebnis bestätigt die Finanzverwaltung die Möglichkeit, MVZ als steuerbegünstigte Zweckbetriebe nach der Abgabenordnung zu gestalten. Auch bereits als steuerpflichtige Körperschaften errichtete MVZ können im Nachhinein den Status von steuerbegünstigten Körperschaften erhalten. Dies sollte im Einzelnen mit der Finanzverwaltung abgestimmt werden.

2.)
RVG-VV Nr. 3202

+++ Keine Terminsgebühr bei § 522 Abs. 2 ZPO +++

Die Terminsgebühr für die Berufungsinstanz (RVG-VV Nr. 3202) entsteht nicht, wenn das Berufungsgericht die Berufung durch einstimmigen Beschluss nach § 522 Abs. 2 ZPO zurückweist. In diesem Fall kann die Terminsgebühr auch nicht durch eine Besprechung der Rechtsanwälte ohne Beteiligung des Gerichts entstehen (Fortführung von Senat, Beschl. v. 1. Februar 2007, V ZB 110/06, Rdn. 19).

BGH, Beschluss vom 15.03.2007, Az: V ZB 170/06

Volltext unter <http://www.iww.de/quellenmaterial/abruf.php3?071866>

3.)
+++KEINE AKTENVERSENDUNGSPAUSCHALE BEI VERSENDUNG IM
NACHBARGERICHT+++

Hat das Gericht keine eigenen Gerichtsfächer und wird die Akte von einem Bediensteten des Gerichts zu einem Gerichtsfach in einem anderen nicht im gleichen Gebäude gelegenen Gericht gebracht, löst dies ebenfalls keine Gebühr aus. Entscheidend ist, dass dem Gericht kein besonderer Aufwand entsteht, der mit der Versandungspauschale abzugelten wäre. Hat das Gericht bei dem Nachbargericht ein Postfach, muss dieses ohnehin täglich von einem Bediensteten aufgesucht werden. Das Überbringen und das Einlegen der Akte in das Gerichtsfach beim Nachbargericht können mit der Postabholung verbunden werden, so dass zusätzlicher Aufwand nicht entsteht. Das Gericht erbringt damit zwar eine "Serviceleistung" für den Antragsteller, ein mit der Versandungspauschale abzugeltender Aufwand entsteht ihm jedoch nicht.

LAG Schleswig-Holstein, Az. 1 Ta 62/06 vom 09.02.2007

4.)
RVG § 2 Abs. 2 Anlage 1 Teil 3 Vorbemerkung 3 Abs. 5, BRAGO § 31 Abs. 1
Nr. 1, BRAGO § 37 Nr. 3

+++ Anrechnung der Prozessgebühr aus dem selbständigen Beweisverfahren
+++

Ist der Auftrag für das selbständige Beweisverfahren unter Geltung der Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung erteilt worden, der Auftrag für das Hauptsacheverfahren unter Geltung des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes, ist die Prozessgebühr aus dem selbständigen Beweisverfahren auf die Verfahrensgebühr des Hauptsacheverfahren anzurechnen.

BGH, Beschluss vom 12.4.2007, Az: VII ZB 98/06

Volltext unter <http://www.iww.de/quellenmaterial/abruf.php3?071744>

5.)
RVG Vorbemerkung 3 Absatz 4 zu Nr. 3100 VV RVG

+++ Anrechnung der Geschäftsgebühr auf die Prozessgebühr +++

Ist nach Vorbemerkung 3 Absatz 4 zu Nr. 3100 VV RVG eine wegen desselben Gegenstandes entstandene Geschäftsgebühr anteilig auf die Verfahrenskosten des gerichtlichen Verfahrens anzurechnen, so vermindert sich nicht die bereits entstandene Geschäftsgebühr, sondern die in dem anschließenden gerichtlichen Verfahren anfallende Verfahrensgebühr. Das bedeutet, dass die volle Geschäftsgebühr, nicht wie bisher nur die hälftige, als Schadensersatz mit in die Klage einzustellen ist.

BGH, Urteil vom 7. März 2007 - VIII ZR 86/06 -

6.) TzBfG § 14

+++ Schriftformerfordernis bei Befristung eines Arbeitsvertrages +++

Das BAG hat seine bisherige Rechtsprechung zum Schriftformerfordernis nach § 14 Abs. 4 TzBfG im Fall der Befristung eines Arztes in der Weiterbildung bestätigt und ergänzt. Das Verfahren betrifft die Befristung des Arbeitsvertrages eines Arztes in der Weiterbildung nach dem ÄArbVertrG. Die Parteien hatten nach der Arbeitsaufnahme in einem schriftlichen Arbeitsvertrag vom 26.02.2004 eine dem Schriftformerfordernis des § 14 Abs. 4 TzBfG genügende Befristung zum 19.02.2005 vereinbart. Die Parteien hatten vor Unterzeichnung des schriftlichen Arbeitsvertrages keine mündliche oder konkludente Befristungsabrede zum 19.02.2005 getroffen.

Das BAG hat die Klage anders als die Vorinstanzen, die das Schriftformgebot verletzt sahen, abgewiesen.

Das BAG führt aus: Vereinbaren die Arbeitsvertragsparteien zunächst nur mündlich die Befristung eines Arbeitsvertrages, so ist die Befristungsabrede unwirksam und ein unbefristeter Arbeitsvertrag geschlossen, denn nach § 14 TzBfG bedarf die Befristung eines Arbeitsvertrages zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Halten die Vertragsparteien die Befristungsabrede nach Arbeitsaufnahme durch den Arbeitnehmer in einem schriftlichen Arbeitsvertrag fest, liegt darin regelmäßig keine eigenständige Befristungsabrede über die nachträgliche Befristung des unbefristet entstandenen Arbeitsverhältnisses, sondern nur die befristungsrechtlich bedeutungslose Wiedergabe des bereits mündlich Vereinbarten. Haben die Parteien hingegen vor der Unterzeichnung des schriftlichen Arbeitsvertrages mündlich keine Befristung vereinbart oder eine Befristungsabrede getroffen, die inhaltlich mit der in dem schriftlichen Vertrag enthaltenen Befristung nicht übereinstimmt, enthält der schriftliche Arbeitsvertrag eine eigenständige, dem Schriftformgebot genügende Befristung. Ist die Befristung daneben sachlich gerechtfertigt, so ist die Befristung insgesamt rechens.

Nach Ansicht des BAG ist in dem Vertrag vom 26.02.2004 nicht lediglich eine bereits zuvor formunwirksam vereinbarte Befristung schriftlich niedergelegt worden.

Die Befristung ist durch einen der in § 1 Abs. 1 ÄArbVertrG genannten Sachgründe gerechtfertigt und verstößt auch nicht gegen die sonstigen befristungsrechtlichen Bestimmungen des ÄArbVertrG, so das BAG.

BAG, Urt. v. 13.06.2007 - 7 AZR 700/06

Pressemitteilung des BAG vom 13. Juni 2007