

Newsletter 2009-08

der AG Medizinrecht im Deutschen AnwaltVerein

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

die Vorbereitungen für die Herbsttagung 2009 in Dresden sind abgeschlossen. Sie dürften auch das Einladungsschreiben bereits erhalten haben. Als Erinnerung finden Sie Datum und Ort nachstehend, weitere Details auf unserer Webseite www.arge-medizinrecht.de <<http://www.arge-medizinrecht.de/>> .

Ihre
Rita Schulz-Hillenbrand
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Aus der Arbeitsgemeinschaft

**9. Herbsttagung und Mitgliederversammlung
vom 02. bis 03. Oktober 2009 in Dresden
Hilton Hotel Dresden, An der Frauenkirche 5, 01067 Dresden
Tel.: 0351 - 8642920, Fax: 0351 - 8642889**

**FAO-Bescheinigung gem. § 15 FAO über 8,50 Stunden wird erteilt
(zzgl. der Stunden für die etwaige Teilnahme an den Arbeitsgruppen)**

TEILNEHMERBEITRAG

Die Teilnahmegebühr beträgt 250,00 Euro für Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht und 350,00 Euro für

Nichtmitglieder. Im Tagungsbeitrag sind die Tagungsunterlagen, das Mittagessen am 02.10.2009 sowie alle Kaffeepausen enthalten.

Bitte beachten Sie noch: Die Mitgliederversammlung findet am Samstag um 13.45 Uhr statt.

Zudem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es einen Referentenwechsel gegeben hat. Anstatt von Herrn Dr. Rolf Michels wird Herr Thomas Ketteler-Eising den Vortrag am Samstag, den 03. Oktober 2009, 12.45 Uhr bis 13.30 Uhr (zzgl. anschließender Diskussion) zum Thema Auseinandersetzung Berufsausübungsgemeinschaften, Umwandlung, ÄrzteMVZ, Bewertungsgrundsätze bei Arztpraxen übernehmen.

Weitere Einzelheiten zum Programm und zum Tagungshotel erhalten Sie unter:

<http://www.arge-medizinrecht.de/downloads/events/Programm-13.07.09.pdf> <<http://www.arge-medizinrecht.de/downloads/events/Programm-13.07.09.pdf>>

Arzneimittel-, Medizinprodukte- und Apothekenrecht

Zu Wettbewerbsprobleme bei Arzneien

Die EU-Kommission ist in ihrem Abschlussbericht über den Wettbewerb im Arzneimittelsektor zu dem Ergebnis gekommen, dass sich die Einführung von Generika in Europa verzögert und immer weniger neue Arzneimittel auf den Markt kommen.

Ursachen könnten im Verhalten der Unternehmen liegen, allerdings sind auch Mängel im rechtlichen Rahmen nicht auszuschließen. Die Kommission wird deshalb handeln und die wettbewerbsrechtlichen Untersuchungen der Branche intensivieren. Wettbewerbskommissarin Neelie Kroes erklärte: "Im Arzneimittelsektor brauchen wir mehr Wettbewerb. Jede Woche, jeder Monat, um den sich der Markteintritt von Generika verzögert, kostet das Geld von Patienten und Steuerzahlern. Wir werden nicht zögern, die kartellrechtlichen Vorschriften anzuwenden, wenn solche Verzögerungen die Folge wettbewerbswidrigen Verhaltens sind. Die ersten kartellrechtlichen Untersuchungen laufen schon. Und es ist damit zu rechnen, dass! auch rechtliche Anpassungen folgen werden."

Stichproben ergaben, dass die Bürger nach Ablauf des Patentschutzes

über sieben Monate auf billigere Generika warten müssen. Untersucht wurden Arzneimittel, für die der Exklusivitätszeitraum zwischen 2000 und 2007 in 17 Mitgliedstaaten ablief. Für Kunden bedeutet das Zusatzausgaben von bis zu 20%. Der verzögerte Markteintritt von Generika hat finanzielle Folgen, denn Generika sind zwei Jahre nach dem Markteintritt im Durchschnitt 40% billiger als die entsprechenden Originalpräparate. Die Untersuchung ergab, dass Originalpräparatehersteller vielfältige Instrumente verwenden, um eine möglichst lange wirtschaftliche Lebensdauer ihrer Produkte ohne den Markteintritt von Generika zu erreichen. Zudem bestätigt die Sektoruntersuchung, dass weniger neuartige Arzneimittel die Marktreife erreichen. Die Untersuchung legt den Schluss nahe, dass bestimmte Unternehmenspraktiken zu dieser Entwicklung beitragen können. Daher wird die Kommission ihre Untersuchungen verstärken und gegebenenfalls in Einzelfällen tätig werden.

In Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen wird der Bedarf eines Gemeinschaftspatents einzuführen und eines einheitlichen europäischen Systems zur Beilegung von Patentstreitigkeiten deutlich. Gut 30% aller Gerichtsverfahren in Patentsachen laufen in mehreren Mitgliedstaaten parallel – und in 11% der Fälle erlassen die einzelstaatlichen Gerichte widersprüchliche Urteile. In ihrem Abschlussbericht appelliert die EU-Kommission schließlich auch an die Mitgliedstaaten, Rechtsvorschriften einzuführen, die die Verbreitung von Generika erleichtern.

Europäische Kommission vom 08.07.2009

Quelle: Juris

Arzthaftungsrecht

1.) Vizepräsidentin des BGH Dr. Gerda Müller im Ruhestand

Die Vizepräsidentin des BGH, Dr. Gerda Müller, ist mit Ablauf des 30.06.2009 nach Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand treten.

2.) BAT § 70 (heute TVÖD § 37)

Kein Freistellungsanspruch weil verspätet

Der Anspruch des Arbeitnehmers, vom Arbeitgeber im Innenverhältnis von Schadensersatzansprüchen Dritter freigestellt zu werden, wird dann fällig, wenn der Arbeitnehmer im Außenverhältnis die Rechtsverteidigung gegen eine Verurteilung zum Schadensersatz einstellt.

Der Kläger ist bei der Beklagten als leitender Arzt der Frauenklinik angestellt. Aufgrund eines Fehlers bei der Entbindung kam es im Januar 1997 zur Geburt eines schwerstbehinderten Kindes. Die Mutter des Kindes nahm daraufhin ab Mitte 1999 den Krankenhausträger, eine weitere Ärztin und den Kläger vor den Zivilgerichten auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch. Das Oberlandesgericht hat den Kläger zur Zahlung eines erheblichen Schmerzensgeldes verurteilt und festgestellt, dass er und die anderen Beklagten der Mutter und ihrem Kind zumindest teilweise zum Schadensersatz verpflichtet sind. Die Revision gegen das Urteil hat das Oberlandesgericht nicht zugelassen. Dieses Urteil wurde dem Kläger am 29. November 2002 zugestellt. Die einmonatige Frist zur Einlegung einer Nichtzulassungsbeschwerde beim Bundesgerichtshof ließ der Kläger verstreichen. Mit Schreiben seines Rechtsanwaltes vom 16. Juli 2003 machte der Kläger gegenüber seiner Arbeitgeberin, der Beklagten, die Freistellung von den Schadensersatzansprüchen geltend, zu denen er verurteilt worden war.

Die Parteien hatten arbeitsvertraglich die Geltung der Ausschlussfrist nach § 70 BAT vereinbart. Danach verfallen Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis, wenn sie nicht innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten nach Fälligkeit vom Angestellten schriftlich geltend gemacht werden. Der Freistellungsanspruch war jedenfalls fällig geworden, nachdem der Kläger keine Nichtzulassungsbeschwerde gegen das Berufungsurteil des Oberlandesgerichts eingelegt und damit seine Rechtsverteidigung gegen die gerichtlich geltend gemachten Ansprüche seiner Patienten eingestellt hatte. Gerechnet ab dem 30. Dezember 2002 hätte der Kläger den Freistellungsanspruch gegenüber seiner Arbeitgeberin bis zum 30. Juni 2003 schriftlich geltend machen müssen. Das Schreiben seines Anwalts vom 16. Juli 2003 war verspätet.

BAG, Urteil vom 25.06.2009, Az: 8 AZR 236/08

Quelle: RA-Online, Pressemitteilung Nr. 65/09 des BAG vom 25.06.2009

Berufsrecht

BOÄ der Ärztekammer Niedersachsen §§ 3 Abs. 2 , 34 Abs. 5 § 34 Abs. 5

Zur Zulässigkeit der Zusammenarbeit von Augenarzt und Optiker

Der BGH hatte über die Zulässigkeit einer Zusammenarbeit zwischen einem Augenarzt aus der Region Hannover und einem Optiker aus dem Großraum Düsseldorf zu entscheiden.

Der beklagte Augenarzt bietet Patienten an, sich in seiner Praxis unter ca. 60 Musterbrillenfassungen des Optikers eine Fassung auszusuchen. Der Beklagte übermittelt dann seine Messergebnisse und die Brillenverordnung dem Optiker, der die fertige Brille entweder direkt an den Patienten oder auf dessen Wunsch in die Praxis des Beklagten liefert. Dort wird der Sitz der Brille kontrolliert und ggf. korrigiert. Der Beklagte hat vorgetragen, er biete die Brillenvermittlung nur in Ausnahmefällen alten, gehbehinderten oder solchen Patienten an, die an bestimmten Erkrankungen litten oder schlechte Erfahrungen mit ortsansässigen Optikern gemacht hätten.

Nach Ansicht der Klägerin, der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs, verstößt der Beklagte mit diesem Verhalten gegen § 3 Abs. 2 und § 34 Abs. 5 der ärztlichen Berufsordnung (BOÄ). Das LG Hannover hatte der Unterlassungsklage stattgegeben. Das OLG Celle hatte sie abgewiesen.

Die Revision der Klägerin war vor dem BGH teilweise erfolgreich und führte zur Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht.

Nach Auffassung des Gerichts sind § 3 Abs. 2 und § 34 Abs. 5 BOÄ Marktverhaltensregelungen, deren Verletzung auch wettbewerbsrechtliche Unterlassungsansprüche begründen kann. Die Klägerin könne dem Beklagten allerdings nicht allgemein verbieten, Patienten an einen bestimmten Optiker zu verweisen oder von diesem angefertigte Brillen in seiner Praxis anzupassen und abzugeben. Denn § 34 Abs. 5 BOÄ gestatte die Verweisung, wenn dafür ein hinreichender (nicht notwendig medizinischer) Grund besteht. Nach § 3 Abs. 2 BOÄ sei die Anpassung und Abgabe einer Brille durch einen Augenarzt zulässig, wenn sie notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie ist.

Das Berufungsgericht hatte angenommen, es liege darin ein hinreichender Grund für die Verweisung eines Patienten an einen weit entfernten Optiker, dass Optiker die Sehschärfe selbst bestimmen und

die dann angefertigte Brille von der Brillenverordnung abweichen kann. Nach dieser Ansicht könnten Augenärzte Patienten unbeschränkt an bestimmte Optiker verweisen. Der BGH ist dem nicht gefolgt. Der Augenarzt könne auf andere Weise verhindern, dass der Optiker Brillengläser herstellt, die in der Stärke von der ärztlichen Versorgung abweichen. Folge man dem Oberlandesgericht, komme dem Verweisungsverbot überhaupt keine Bedeutung mehr zu, weil die Möglichkeit niemals ausgeschlossen werden kann, dass ! der Optiker von der Verordnung abweichende Gläser herstellt. Die Klägerin hat geltend gemacht, dass bereits die von dem Beklagten vorgelegten Erklärungen seiner Patienten keine hinreichenden Gründe für eine Verweisung an einen bestimmten Optiker erkennen ließen. Danach finden es die meisten Patienten lediglich bequemer, alle Leistungen "aus einer Hand" zu erhalten. Soweit sich einzelne Patienten auf schlechte Erfahrungen mit einem örtlichen Optiker berufen, werde nicht deutlich, weshalb nicht die Dienste anderer örtlicher Optiker in Anspruch genommen werden konnten.

BGH, Urteil vom 09.07.2009, Az: I ZR 13/07

Quelle: Juris

Leistungs- und Vergütungsrecht

1.)

Kein Anspruch eines Erwachsenen auf Arzneimittel für Kinder – und Jugendliche

Er hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die seit Oktober 2004 angewandten Methylphenidat-haltigen Arzneimittel sowie auf künftige Versorgung mit "Concerta Retard". Denn der Kläger hat keinen Naturalleistungsanspruch auf Methylphenidat-haltige Mittel. Sie sind bisher in Deutschland und EU-weit arzneimittelrechtlich nur für Kinder über sechs Jahre und Jugendliche, nicht aber für Erwachsene zur Behandlung von ADHS zugelassen. Die Krankenkassen dürfen aber grundsätzlich Arzneimittel für eine Anwendung außerhalb ihrer Zulassung nicht gewähren. Eine Versorgung des Klägers nach den Grundsätzen des Off-Label-Use scheidet aus: Wie das LSG beanstandungsfrei angenommen hat, bestand nach der Datenlage nicht die erforderliche Aussicht auf einen Behandlungserfolg. Die vom Kläger angeführte "EMMA-Studie" (abgeschlossen 2007, publiziert Januar 2009) ergibt nichts anderes. Sein Fall bietet auch keinen Anlass,

die Off-Label-Use-Anforderungen beim Einsatz von Kinderarzneimitteln für Erwachsene zu modifizieren. Der Kläger erhielt Methylphenidat erstmals mit 19 Jahren. Der Gebrauch birgt bei labilen Erwachsenen weitergehende Gefahren als bei einem engmaschigen überwachbaren Einsatz schon im Kindesalter (Suchtpotenzial; Missbrauchsmöglichkeit durch nicht bestimmungsgemäße Zufuhr). Der Kläger wurde auch nicht schon als Kind oder Jugendlicher indikationsbezogen versorgt und will nicht nur eine Weiterführung der Therapie. Anhaltspunkte für einen "Seltenheitsfall", ein "Systemversagen" oder eine notwendige verfassungskonforme Erweiterung des Leistungsrechts des SGB V bestehen ebenfalls nicht. Für den krankenversicherungsrechtlichen Anspruch ist es ohne Belang, dass deutsche! ärztliche Leitlinien Methylphenidat auch bei Erwachsenen mit ADHS als "Mittel der ersten Wahl" ansehen. Ebenso ist unerheblich, dass der Wirkstoff im Ausland zT eine Erwachsenenzulassung besitzt; an den qualifizierten Voraussetzungen für einen Einzelimport (§ 73 Abs 3 AMG) auf Kosten der Krankenkassen fehlt es.

BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az: B 1 KR 5/09 R, Vorinstanzen SG Mannheim – S 4 KR 3802/05, LSG Baden-Württemberg – L 5 KR 6030/06

2.) Kein Zuschuss für in Tschechien beschafften Zahnersatz

Eine Versicherungsnehmerin hat ohne vorherige Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Krankenkasse keinen Anspruch auf einen Zuschuss für in Tschechien beschafften Zahnersatz.

Die beklagte AOK genehmigte der bei ihr versicherten Klägerin im Juli 2004 eine zahnprothetische Versorgung gemäß dem Heil- und Kostenplan eines Vertragszahnarztes. Die Klägerin ließ sich allerdings nicht auf dieser Grundlage behandeln, sondern begab sich erst im März 2006 zur Zahnersatzversorgung nach Tschechien. Die Beklagte erhielt ca. zwei Wochen später die – zugleich als "Kostenvoranschlag" bezeichnete – Rechnung eines tschechischen Zahnarztes über eine Zahnersatzversorgung mit Kosten von 1.810 Euro. Die Beklagte lehnte es ab, dafür den gesetzlich vorgesehenen Festzuschuss zu zahlen, weil es an der erforderlichen vorherigen Genehmigung eines Heil- und Kostenplans fehle.

Nach Auffassung des Gerichts ist auch bei Zahnersatzversorgung im Ausland eine vorherige Genehmigung des Heil- und Kostenplans erforderlich. Daran fehlte es der Klägerin. Das Erfordernis vorheriger

Genehmigung einer zahnprothetischen Behandlung durch die Krankenkasse gelte nicht nur für eine Behandlung im Inland, sondern auch in anderen EG-Mitgliedstaaten. Das verstoße nicht gegen Europarecht. Das einheitlich geltende Genehmigungserfordernis beeinträchtige die europarechtliche (passive) Dienstleistungsfreiheit nicht, soweit – wie hier – Leistungserbringer in anderen EG-Mitgliedstaaten weder unmittelbar noch mittelbar diskriminiert werden. Der EuGH musste nicht angerufen werden, da diese Frage durch seine Rechtsprechung bereits geklärt ist. Die Klägerin konnte sich auf den alten, ca 1 ½ Jahre vor Behandlungsbeginn genehmigten Heil- und Kostenplan nicht mehr berufen. Die Genehmigung eines Heil- und Kostenplans verliere gemäß den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte nach Ablauf von sechs Monaten ihre rechtliche Wirkung.

BSG, Urteil vom 30.06.2009, AZ: B 1 KR 19/08 R

Quelle: Juris

Vertragsarztrecht

1.) Schiedsverfahren bei hausarztzentrierter Versorgung

Das Bundesversicherungsamt teilt mit, dass die den Krankenkassen vom Gesetzgeber gesetzte Frist zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V am 30.06.2009 abgelaufen ist.

Von Ausnahmen abgesehen sind keine entsprechenden Vereinbarungen zustande gekommen. Da auch keine Einigung über die Schiedspersonen der für diesen Fall vorgesehenen Schiedsverfahren erzielt werden konnte, liegt es nun bei den Aufsichtsbehörden, diese zu bestimmen.

Dazu erklärte der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken: "Um die hausarztzentrierte Versorgung jetzt möglichst bald auf den Weg zu bringen, halte ich es für unerlässlich, die Schiedsverfahren zu bündeln, indem nur wenige Schiedspersonen eingesetzt werden."

Für die bundesunmittelbaren Krankenkassen sind vorgesehen in:

- Bayern und Baden-Württemberg: Herr Dr. Klaus Engelmann

- Nordrhein-Westfalen: Herr Gerald Weiß, MdB
- Schleswig-Holstein, Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Dr. Albin Nees
- Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen, Niedersachsen, Hamburg und Bremen:
Herr Werner Nicolay

Ein großer Teil der Länder hat bereits erklärt, sich diesem Verfahren auch für ihre Kassen anzuschließen. Mit den anderen läuft das Abstimmungsverfahren noch.

Quelle: Juris

2.) SGB V § 116b

LSG weist Klagen der KBV gegen den G-BA ab

Die KBV wollte gegen Beschlüsse des G-BA vom 22. November 2007 vorgehen, mit denen das Nähere über die ambulante Krankenhausbehandlung von Patienten mit Tuberkulose und Multipler Sklerose sowie mit onkologischen Erkrankungen geregelt ist. In beiden Verfahren versuchte die KBV durchzusetzen, dass die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus von einer gesicherten Diagnose und der Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt abhängig gemacht wird. Die vom G-BA beschlossenen Konkretisierungen lassen demgegenüber – von medizinisch begründeten Ausnahmen abgesehen – Verdachtsdiagnosen und Überweisungen (auch) durch den Hausarzt zu.

Die Richter sprachen der KBV in ihrer Funktion als Körperschaft des Öffentlichen Rechts bzw. als Trägerorganisation des G-BA grundsätzlich die Befugnis ab, gegen Entscheidungen des G-BA im Bereich der ambulanten Krankenhausbehandlung zu klagen, die aus ihrer Sicht zu wenig restriktiv gefasst sind und deshalb für niedergelassene Vertragsärzte Nachteile haben können. Die KBV ist nach Ansicht des LSG weder direkt noch indirekt von den Entscheidungen des G-BA nach § 116b SGB V rechtlich betroffen. Damit eine Klage zulässig ist, muss aber zumindest die Möglichkeit bestehen, dass eigene Rechte eines Klägers verletzt sind.

Der Gesetzgeber hat mit der Gesundheitsreform des Jahres 2004 die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser bei bestimmten Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen ambulante Behandlungen anbieten können, wenn diese dafür im Katalog nach §

116b SGB V vorgesehen sind. Krankenhäuser, die diese ambulanten Behandlungen durchführen wollen, müssen im Rahmen der Krankenhausplanung des Bundeslandes als dafür geeignet zugelassen worden sein.

Der G-BA hat unter anderem die Aufgabe, den in § 116b vorgegebenen Katalog der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu konkretisieren. Dabei legt er die Einzelheiten zu Krankheitsbild und Behandlungsverlauf fest sowie die Anforderungen, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um diese ambulanten Behandlungen anbieten zu dürfen. Außerdem bestimmt der G-BA, in welchen Fällen eine Überweisung der Patientinnen und Patienten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch den Hausarzt oder den Facharzt erforderlich ist.

Der G-BA ergänzt den Katalog § 116b fortlaufend um weitere Krankheiten oder hochspezialisierte Leistungen. Spätestens alle zwei Jahre ist der G-BA verpflichtet, den Katalog zu überprüfen und dabei neueste wissenschaftlicher Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Bislang hat der G-BA die Voraussetzungen für die spezialisierte ambulante Behandlung folgender Erkrankungen geschaffen: onkologische Erkrankungen, Mukoviszidose, pulmonale Hypertonie, Hämophilie, Tuberkulose, Multiple Sklerose, schwere Herzinsuffizienz, HIV/AIDS, Rheuma, primär sklerosierende Cholangitis, Morbus Wilson und Marfan-Syndrom, schwere immunologische Erkrankungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen, neuromuskuläre Erkrankungen und Anfallsleiden.

Das LSG ließ die Revision zum Bundessozialgericht (BSG) zu, sodass die Entscheidung noch nicht rechtskräftig ist.

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteile vom 16.07.2009, Az: L 7 KA 30/08 KL und L 7 KA 50/08 KL

Quelle: G-BA

Sonstiges

Ärztlich verordnetes Funktionstraining umsatzsteuerfrei

Mit Urteil vom 30. April 2009 V R 6/07 hat der V. Senat des

Bundesfinanzhofs entschieden, dass ärztlich verordnetes Funktionstraining als Heilbehandlung nach § 4 Nr. 14 des Umsatzsteuergesetzes umsatzsteuerfrei sein kann. Das Urteil ist zu den Streitjahren 1993 – 1998 ergangen und beruht auf der damals geltenden Fassung des § 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und auf einer u.a zwischen den Trägern der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung abgeschlossenen Gesamtvereinbarung, ist aber gleichfalls für die heute nach § 44 Abs. 1 Nr. 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestehende Rechtslage von Bedeutung. Für die Umsatzsteuerfreiheit des Funktionstrainings kommt es insbesondere auf die Kostentragung durch die gesetzlichen Krankenkassen an.

Nicht umsatzsteuerfrei sind demgegenüber Leistungen, die Krankenkassen nur zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes nach § 20 SGB V übernehmen.

BFH, Urteil vom 30.04.09, Az; V R 6/07

2.)

Betriebsausgabenabzug für Leasingfahrzeuge von Freiberuflern erleichtert

Freiberufler erhalten bis einschließlich 2005 für Leasingfahrzeuge den vollen Betriebsausgabenabzug, auch wenn sie nur zu 30% betrieblich genutzt wurden.

Gleichzeitig könne die Versteuerung der Privatnutzung nach der Ein-Prozent-Regelung erfolgen.

In dem Verfahren wendete sich ein Zahnarzt dagegen, dass das Finanzamt bei einer Betriebsprüfung die Kosten seiner Leasingfahrzeuge nur in Höhe der betrieblichen Nutzung von 30% anerkannte.

Das FG Köln hat die Zuordnung von Leasingfahrzeugen zum gewillkürten Betriebsvermögen auch bei einer betrieblichen Nutzung von 30% bejaht.

Leasingfahrzeuge mit einer betrieblichen Nutzung von 10 bis 50% zählen dann zum sog. gewillkürten Betriebsvermögen des Freiberuflers, wenn er die Leasing- und Verbrauchskosten laufend und zeitnah als betriebliche Aufwendungen bucht, das Kfz im Leasingvertrag als Geschäftsfahrzeug bezeichnet ist und die private Nutzung nach der Ein-Prozent-Regelung versteuert wird.

Der 14. Senat des FG Köln hat die Revision zum BFH zugelassen. In der Vergangenheit hat der BFH die Voraussetzungen der Zuordnung von Leasingfahrzeugen zum gewillkürten Betriebsvermögen von der Tendenz enger gefasst.

Ab 2006 kann aufgrund einer Gesetzesänderung die Privatnutzung nur noch dann nach der Ein-Prozent-Regelung besteuert werden, wenn die betriebliche Nutzung des Kfz über 50% liegt.

FG Köln, Urteil vom 20.05.2009, Az: 14 K 4223/06

3.) AGG § 1; AGG § 3; BAT § 27A

Altersstufen im Tarifvertrag nicht im Sinne des AGG

Eine tarifliche Regelung, in der die Grundvergütung der Höhe nach Lebensaltersstufen gestaffelt wird, ist wegen unmittelbarer Benachteiligung wegen des Alters nicht im Sinne des AGG gerechtfertigt und damit unwirksam. Folge dieses Verstoßes gegen das Benachteiligungsverbot ist, dass die leistungsgewährenden, nicht benachteiligenden Tarifvertragsbestimmungen auf diejenigen Personen zu erstrecken sind, die entgegen den Benachteiligungsverboten von den tariflichen Leistungen ausgeschlossen wurden.

LAG Hessen, Urteil vom 22.04.2009, Az. 2 Sa 1689/08

Pressemitteilung des LAG Hessen

4.) Vorläufig keine Vollstreckung ausländischer Bußgelder in Deutschland

Das Umsetzungsgesetz zum Rahmenbeschluss über die Vollstreckung ausländischer Geldbußen und Geldstrafen wird in dieser Legislaturperiode nicht mehr in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Dies bestätigte die Bundesjustizministerin Zypries bei einer ADAC Rechtskonferenz am 22. Juni 2009 in Berlin. Gleichzeitig bekräftigte sie, dass es keine Rückwirkung und keine Vollstreckung von Bescheiden geben wird, bei denen kein Verschulden des Betroffenen festgestellt wurde. Damit werden Vergehen von deutschen Verkehrsteilnehmern im Ausland, die in diesem Jahr begangen werden, in Deutschland folgenlos bleiben, soweit es keine bilateralen Vollstreckungsabkommen gibt, wie dies mit Österreich der Fall ist! .

Bescheide, die gegen den Halter ergehen, ohne dass dessen Fahrereigenschaft festgestellt wird, werden gänzlich von der Vollstreckung ausgenommen werden.

5.) ZPO § 139

Wird ein nach § 139 ZPO notwendiger Hinweis erst in der mündlichen Verhandlung erteilt und ist konkret eine sofortige Stellungnahme der Partei nicht zu erwarten, muss die mündliche Verhandlung wiedereröffnet werden, wenn die Partei in einem nicht nachgelassenen Schriftsatz auf den Hinweis hin Erhebliches vorträgt.

BGH, Beschluss. v. 25.05.2009, Az. II ZR 99/08