

Titel:

Beitragsrecht: Statusbeurteilung eines Honoararztes

Normenkette:

SGB IV § 7 Abs. 1, § 7a

KHEntgG § 2 Abs. 1

SGB V § 107

Leitsätze:

Zur sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung der Tätigkeit eines Arztes, der in von ihm angemieteten Räumen einer Klinik als niedergelassener Vertragsarzt eine Praxis betreibt und dort auch stationär aufgenommene Patienten der Klinik behandelt. Zwischen der Klinik und dem Arzt wurde ein Kooperationsvertrag geschlossen. Die Behandlung der stationär aufgenommenen Patienten wird mit der Klinik und nicht mit der kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet (hier Selbstständige Tätigkeit). Es ist völlig untypisch für eine abhängige Beschäftigung, wenn die Leistungserbringung durch eigene Erfüllungsgehilfen erbracht werden darf und wird. In diesem Fall stellt der Auftragnehmer nicht nur seine Arbeitskraft zur Verfügung, sondern seine gesamte Praxisstruktur, für die er die Kosten trägt. (Rn. 71) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Sozialversicherungspflicht, Statusabgrenzung, Beschäftigung, selbstständige Tätigkeit, Gesamtabwägung, niedergelassener Vertragsarzt, Kooperationsvertrag, Klinik, Eingliederung, Weisungsgebundenheit, Erfüllungsgehilfen, Konsiliararzt, Abrechnung

Vorinstanz:

SG Würzburg, Gerichtsbescheid vom 31.03.2023 – S 10 BA 26/21

Fundstellen:

FDMedizinR 2025, 942499

BeckRS 2024, 42499

Tenor

I. Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Würzburg vom 31.03.2023 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 5.000 € festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Beteiligten streiten über den versicherungsrechtlichen Status des Beigeladenen ab dem 01.08.2018 bei der kardiologischen Behandlung von stationär bei der Klägerin aufgenommenen Patienten sowie über das Bestehen von Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung ab diesem Zeitraum.

2

Die Klägerin als Einrichtung des Landkreises K betreibt ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in K.

3

Der Beigeladene ist Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie. Er hat von der kassenärztlichen Vereinigung zugelassene Praxen an mehreren Standorten. Dabei beschäftigt er einige ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter. Ab dem 01.11.2018 mietete der Beigeladene Räumlichkeiten in einem Anbau der A (Klägerin).

4

Zuvor schlossen der Beigeladene und die Klägerin eine Kooperationsvereinbarung (KoV) für ambulante und stationäre Behandlungen von gesetzlich oder privat versicherten Patienten mit dem Zweck, eine kompetente und wohnortnahe Versorgung der Patienten im internistischen Bereich und insbesondere bei der Versorgung kardiologischer Patienten, die eine interventionelle Behandlung benötigen, zu verbessern.

5

Vertragsgegenstand ist nach Nr. 2 der KoV die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Praxis und der Klinik. Die vermieteten Räumlichkeiten werden von der Klinik nicht genutzt. Weitere Räumlichkeiten für die Linksherzkathetermessung werden jedoch für die stationäre Leistungserbringung kostenfrei zur Verfügung gestellt. Stationäre und ambulante Patienten der Klinik werden gemeinsam mit dem Personal der Klinik und der Praxis im Linksherzkatheterlabor behandelt. Die Einteilung und Festlegung der Behandlungstermine erfolgt jedoch ausschließlich durch die Praxis. Auch die Koordination des eigenen Personals mit dem Personal der Klinik wird bei den stationären Behandlungen federführend von der Praxis durchgeführt. Der Nutzungsanteil für ambulante/stationäre Behandlungen, die durch die Klinik veranlasst werden, wird einmal jährlich aufgrund der durchschnittlichen Belegungsdauer für einen exemplarischen Monat hochgerechnet.

6

Die Praxisfiliale in den angemieteten Räumlichkeiten wird gemäß Nr. 3 der KoV öffentlich durch ein Schild am Hauseingang der Klinik kenntlich gemacht und auf dem Klinikgelände werden Hinweisschilder angebracht. Die personenbezogenen Daten der in der Filiale behandelten Patienten stehen im alleinigen Eigentum und unter ausschließlicher Verfügungsbefugnis der Praxisfiliale. Diese werden entsprechend der Datenschutzbestimmungen vor dem Zugriff Dritter geschützt. Das Recht auf freie Arztwahl wird von den Vertragsparteien beachtet und geschützt. Für den Zeitraum der Beschäftigung des Chefarztes K wird der Praxis Konkurrenzschutz zugesagt. Die Klinik wird keinen eigenen Linksherzkatheterarbeitsplatz anschaffen bzw. betreiben. Eine Verpflichtung der Praxis Klinikärzte auszubilden, besteht nicht.

7

Zur Vergütung wird in Nr. 4 der KoV ausgeführt, dass die mit einer Fallpauschale (DRG) abgerechneten gemeinsam erbrachten Leistungen entsprechend einer InEK-Kalkulation zwischen Praxis und Arzt aufgeteilt werden. Der Arzt erhält dabei den Anteil für ärztliche Tätigkeiten (Normalstation, OP, Anästhesie, Kardiologie, Endoskopie, Radiologie) und für medizinische Infrastruktur (OP, Anästhesie, Radiologie, Endoskopie, Radiologie). Die Vergütungen sind als Anlage dem Vertrag beigefügt. Eine Aktualisierung erfolgt nach Bedarf und wesentlichen Änderungen der DRG-Vergütung. Jede Partei hat das Recht auf Nachverhandlung der Entgelte, die in der Anlage befindlichen Entgelte gelten bis 31.12.2020.

8

Die Praxis kann auch in Kooperation mit anderen Ärzten angiologische Leistungen durchführen. Ambulante Leistungen – außer Leistungen nach § 115b SGB V -verbleiben bei der Praxis. Lediglich eine Erstattung der Kosten für Verbrauchsmaterial nach tatsächlichem Verbrauch, die Nutzung des Personals der Klinik an der ambulanten Leistungserbringung sowie Raumkosten gemäß 2.7. sind zu erstatten.

9

Die Zahlungen bzw. Abrechnungen erfolgen monatlich. Auf der Grundlage der ersten Monate wird eine pauschale Zahlung als monatliche Zahlung von 25.000 € vereinbart, die einmal jährlich zu überprüfen und anzupassen ist. Dabei ist gleichzeitig eine gegenseitige Endabrechnung zu erstellen. Die Praxis und die Klinik rechnen die Leistungen unmittelbar mit den Kostenträgern ab (spätestens 5 Tage nach Entlassung der stationären Patienten, bei ambulanten Leistungen quartalsweise) und jede Partei erhält Einblick in die Abrechnung der gemeinsamen erbrachten ambulanten und stationären Leistungen. ... Bei stationären Fällen von Selbstzahlern rechnet die Praxis die Privatliquidation der interventionsellen Leistungen im Linksherzkatheterlabor (chronologisch und angiologisch) direkt mit dem Patienten ab. Die Praxis ist verpflichtet, MDKstrittige Fälle in den Prüfsitzungen mit dem MDK zu verteidigen. Eingetretene Verluste strittiger Fälle werden im Verhältnis getragen wie der Erlös zwischen Praxis und Klinik vorab aufgeteilt wurde (...).

10

Ambulante Leistungen rechnet die Praxis mit der Krankenversicherung oder den Selbstzahlern direkt ab.

11

Jede Partei erhält die Möglichkeit, einmal im Jahr über die Bedingungen der Aufteilung zu verhandeln (...).

12

Die Miete der Räumlichkeiten (in einem separaten Mietvertrag geregelt) ist umsatzsteuerfrei.

13

Gemäß Nr. 5 der KoV beschäftigen die Praxis und die Klinik jeweils nichtärztliches Personal, das gemeinsam mit S (Beigeladenem)/oder Kollegen kardiologisch-interventionelle Behandlung an Patientin durchführt. Die Personalkosten der Klinik werden im Rahmen der Aufteilung der DRG-Erlöse verrechnet/erstattet. Die Personalkosten für Ärzte werden der Praxis im Rahmen der Aufteilung der DRG-Erlöse verrechnet/erstattet. Die in der Filiale der Praxis tätigen Ärzte üben ihren Beruf unabhängig und in eigener Verantwortung nach bestem Wissen und Gewissen aus. Jedes die ärztliche Berufsausübung betreffende Weisungsrecht ist ausgeschlossen. Im Rahmen der Tätigkeit des nichtärztlichen Personals der Praxis in der Filiale ist sie vollständig weisungsberechtigt. Der in der Filiale tätige angestellte Arzt der Praxis ist bei der Erbringung seiner ärztlichen Leistungen allein fachlich weisungsbefugt, ihm obliegt insoweit allein die fachliche Aufsicht über das nichtärztliche Personal.

14

In Nr. 6 der KoV ist die Haftung geregelt. Danach haftet für Schäden, die durch technische Mängel der Apparate (außer Linksherzkathetermessplatz), Räume durch einen der nichtärztlichen Mitarbeiter sowie durch Nichteinhaltung der gesetzlichen Bestimmungen insbesondere Strahlenschutz- und Gerätesicherheitsvorschriften durch den Vermieter verursacht werden, die Klinik gegenüber der Praxis. Sollte die Praxis aus einem der eben genannten Gründe von Dritten in Anspruch genommen werden, steht die Klinik sie von der Haftung frei. Die Klinik haftet gegenüber der Praxis für den durch sie verursachten Ausfall der Sprechstunde oder darüber hinaus vereinbarter Termine in der Praxisfiliale. Die Ausfallzeiten sollen durch eine entsprechende Verschiebung der Nutzungszeiten ausgeglichen werden (Versicherung).

15

Die Nr. 7 der KoV beinhaltet die Haftpflichtversicherung. Danach versichern sich die Parteien, dass sowohl die Praxis als auch die Klinik über Berufshaftpflichtversicherungen in ausreichendem Umfang verfügen. Tätigkeiten des Arztes für stationäre Leistungen der Klinik sind über die Berufshaftpflichtversicherung der Klinik abgesichert. Die Klinik versichert darüber hinaus, dass sie über die erforderliche Haftpflichtversicherung für die Räume, Einrichtungen und Geräte verfügt, mit welchen die Patienten der Praxisfiliale bestimmungsgemäß in Kontakt kommen.

16

Nach Nr. 8 der KoV beginnt der Vertrag am 01.08.2018, frühestens aber ab dem Tag nach der Genehmigung der Praxisfiliale durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Vertragsdauer beträgt 10 Jahre und verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine Kündigung ausgesprochen wird. Jede Partei kann danach mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderquartals kündigen.

17

Der Vertrag steht wegen Nr. 10 unter dem Vorbehalt der sozialversicherungsrechtlichen Eindeutigkeit zur Selbstständigkeit des Arztes. Dazu wird der Arzt ein Statusfeststellungsverfahren bei der DRV Bund durchführen.

18

Auf die weiteren Einzelheiten des KoV wird Bezug genommen.

19

Am 25.02.2020 ging der Statusfeststellungsantrag nach § 7a SGB IV bei der Beklagten ein, der am 27.11.2019 von der Klägerin und dem Beigeladenen unterzeichnet worden war. Dazu legte er den Kooperationsvertrag zwischen ihm und der Klägerin vor sowie einen Mietvertrag über eine sogenannte Cryo Console mit Zubehör, die vom Beigeladenen ab dem 01.03.2020 gemietet worden war. Der damalige monatliche Mietzins betrug 1046,94 € zuzüglich Mehrwertsteuer. Vor dieser Zeit war vom Beigeladenen bei der Firma S ein Herzkathetergerät gemietet worden. Darüber hinaus übermittelte der Beigeladene auch einen Jahreskontoausweis über seine Anwartschaften auf Altersruhegeld bei der Ärzteversorgung.

20

Die Beklagte hörte am 20.07.2020 die Klägerin und den Beigeladenen dazu an, dass sie beabsichtige, eine abhängige Beschäftigung mit Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung festzustellen.

21

Mit Bescheid vom 19.08.2020 stellte die Beklagte eine Versicherungspflicht des Beigeladenen seit 01.07.2018 zur gesetzlichen Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aufgrund eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses als Arzt bei der Durchführung von Herzkatheteruntersuchungen für die Klägerin fest. In der gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung bestehe Versicherungsfreiheit.

22

Als Merkmale für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis wurden genannt:

„Der Beigeladene sei nicht berechtigt, die fachliche und organisatorische Durchführung von Herzkatheteruntersuchungen auszulagern. Er sei weiterhin nicht berechtigt diese Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen. Diese Abrechnung erfolge durch die Klägerin. Der Beigeladene behandle ausschließlich Patienten der Klägerin, die mit allen Patienten die Behandlungsverträge abschlieÙe. Der Beigeladene nehme insofern ärztliche Behandlungen vor bzw. halte sich dafür bereit, zu deren Erbringung und Bereithaltung die Klägerin im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung gesetzlich verpflichtet sei.

Der Beigeladene setze auch eigenes Personal ein, die dafür entstehenden Kosten würden jedoch durch die Klägerin rückvergütet. Der Beigeladene sei als Erfüllungsgehilfe an Stelle des vom Krankenhaus eigentlich einzusetzenden ärztlichen Stammpersonals tätig. Die Kosten für die vom Beigeladenen eingesetzten Betriebsmittel würden durch die Klägerin rückvergütet.“

23

Als Merkmale für eine selbständige Tätigkeit werden genannt:

„Die Terminierung mit den Patienten erfolge durch den Beigeladenen. Der Beigeladene zahlt für den von ihm in der A genutzten Betriebsraum eine Raummiete.“

24

Ein Gestaltungsspielraum, so die Beklagte weiter, hinsichtlich der freien Wahl des Arbeitsortes bestehe für den Beigeladenen nicht, da als Tätigkeitsort der Betriebssitz der Klägerin diene. Die Klägerin sei bei Ausübung der Tätigkeit dem Beigeladenen gegenüber in der gleichen Weise fachlich weisungsberechtigt, wie sie es gegenüber den vergleichbaren angestellten Mitarbeitern sei. Der Beigeladene unterliege demnach dem Weisungs- und Direktionsrecht der Klägerin.

25

Die Dienstleistung werde im Namen der Klägerin erbracht. Der Beigeladene werde von Außenstehenden nicht als selbstständig Tätiger wahrgenommen. Dieser Sachverhalt sei ein wesentliches Merkmal, das für eine abhängige Beschäftigung spreche. Ein Unternehmerrisiko liege nicht vor, da die zur Erfüllung des Auftrags benötigten Arbeitsmittel zwar nicht von der Klägerin zur Verfügung gestellt würden, jedoch bei Abrechnung rückvergütet. Eigenes Kapital müsse de facto somit nicht eingesetzt werden. Der Beigeladene setze somit seine Arbeitskraft mit der Gewissheit des finanziellen Erfolges ein. Da sämtliche Kosten von der Klägerin rückvergütet würden, setze der Beigeladene ausschließlich die eigene Arbeitskraft ein und sei funktionsgerecht dienend in einer fremden Arbeitsorganisation tätig. Ein Kapitaleinsatz, der auch mit der Möglichkeit eines Verlustes verbunden sei, liege somit nicht vor. Der Beigeladene sei in den Betriebsablauf der Klinik eingegliedert, da nach den von ihm und der Klägerin verfolgten Zwecken und Interessen die verbleibenden Varianten der Ausführung einseitig durch die Klägerin bestimmt würden.

26

Mit dem gegen den Bescheid geltend gemachten Widerspruch wurde vorgetragen, dass der Beigeladene niedergelassener Arzt sei, mit mehreren eigenen Praxen und eigenen Mitarbeitern. Im Gebäude der Klinik habe er Räumlichkeiten angemietet und führe auch das von ihm gegründete Herzkatheterlabor eigenständig. Die Operation werde durch den Beigeladenen ausgeführt, bei den stationären Patienten werde nur die postoperative Betreuung durch die Klinik durchgeführt. Es handele sich um eine Kooperation eines niedergelassenen Arztes mit seinem Team und der Klägerin als zwei selbstständige Unternehmen.

Jeder Vertragspartner übernehme eine bestimmte Aufgabe zur Herbeiführung eines gemeinsamen Betriebszweckes. Das Team bestehe aus den Mitarbeitern des Beigeladenen und Mitarbeitern der Klinik, für die er bei den operativen Eingriffen auch die fachlichen Weisungen erteile. Neben den fachlichen Leistungen würde auch immer eigenes Personal eingebracht. Aufgaben der angestellten Ärzte der Klinik erbringe der Beigeladene keineswegs. Er arbeite auch nicht mit anderen Ärzten der Klinik zusammen. Dass die Abrechnung über die Klinik zu erfolgen habe, sei kein Merkmal für eine abhängige Beschäftigung, sondern Ausfluss des KoV. Es sei falsch, dass der Beigeladene keine eigenen Patienten behandle. Hauptsächlich und überwiegend behandle er eigene Patienten. Allein die Tatsache des eigenen Personaleinsatzes widerspräche bereits der Annahme eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses, da es keine Arbeitnehmer gebe, die berechtigt seien, eigenes Personal einzusetzen. Es sei auch falsch, dass die Kosten rückvergütet würden. Die Honoraraufteilung und die Personalkosten seien lediglich eine Kalkulationsgrundlage. Entsprechendes gelte für die Betriebsmittel. Der Beigeladene sei sicher nicht Erfüllungsgehilfe der Klägerin.

27

Beigefügt waren auch Zeitungsartikel, in denen über die Eröffnung einer Praxisfiliale in der A berichtet wurde.

28

Die Akte der Beklagten enthält einen internen Vermerk mit Abhilfevorschlag. Der Beigeladene miete Räumlichkeiten von der Klinik, beschäftige in beiden Praxen Mitarbeiter (siehe Arbeitsverträge), miete medizinisches Gerät, behandle zu 60% eigene Patienten. Ambulante Untersuchungen in der Praxis unterlägen der eigenen Haftung, stationäre Behandlungen unterlägen der Haftung der Klinik. Stationäre Patienten würden von der Klinik abgerechnet. Seine erbrachten Leistungen für stationäre Aufnahmen bekomme der Arzt anteilig bezahlt. Er trete nicht als Mitarbeiter der Klinik auf. Es würde jedoch täglich eine Absprache über die Patienten mit dem Chefarzt der Abteilung der Klinik erfolgen. Es werde ein Team von Pflegepersonal gebildet (4 von der Klinik, 3 von der Praxis), der Arzt sei dem Team gegenüber weisungsbefugt. Laut Vertrag werde nach Fallpauschalen vergütet, die Vergütungsanlage sei jedoch nicht aktenkundig, nur eine Rechnung. Natürlich sei der Arzt in seiner Tätigkeit weisungsfrei, erhalte keine Lohnfortzahlung o.ä., bestimme Urlaubszeiten selbst, übernehme keine Tätigkeiten festangestellter Ärzte.

29

Dem Vorschlag wurde nicht zugestimmt, da der Beigeladene in die betriebliche Organisation der Klinik eingegliedert sei, soweit er Patienten der Klinik behandle, die den Behandlungsvertrag mit der Klinik geschlossen hätten. Für diesen Bereich sei er Arbeitnehmer und nicht anders zu beurteilen als ein „Honorararzt“. Die im eigenen Namen und auf eigene Rechnung behandelten Patienten seien nicht Gegenstand des Vertrags mit der Klinik.

30

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.03.2021 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Der Beigeladene sei bei der Klägerin abhängig beschäftigt, soweit er deren Patienten behandle. Nach der Rechtsprechung des BSGs sei ein Arzt, wenn er eine vom Krankenhaus geschuldete Teilleistung innerhalb der vom Krankenhaus vorgegebenen Organisationsabläufe erbringe, er die Einrichtungen und Betriebsmittel des Krankenhauses nutze und arbeitsteilig mit dem ärztlichen und pflegerischen Krankenhauspersonal in vorgegebenen Strukturen zusammenarbeite, fremdbestimmt in den Betrieb des Krankenhauses eingegliedert. Darüber hinaus führten die bestehenden umfassenden Sicherstellungspflichten eines Krankenhauses zu einer weitreichenden Einbindung der Ärzte in die Qualitätssicherung/Kontrollmechanismen. Auch diese regulatortischen Rahmenbedingungen bedingten im Regelfall die Eingliederung ärztlichen Krankenhauspersonals in die Organisations- und Weisungsstruktur des Krankenhauses. Nichts Anderes könne für die vorliegend zu beurteilende Tätigkeit des Beigeladenen gelten.

31

Mit ihrer Klage zum Sozialgericht Würzburg verfolgte die Klägerin ihr Ziel weiter.

32

Das Sozialgericht Würzburg hob mit Gerichtsbescheid vom 31.03.2023 den Bescheid der Beklagten vom 19.08.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.03.2021 auf und stellte fest, dass der

Beigeladene Herzkatheteruntersuchungen für die Beklagte (Gemeint wohl: Klägerin) im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit ausübe.

33

In Anwendung des § 7a SGB IV sei der Beigeladene, anders als ein Honorararzt im Krankenhaus, auf der Grundlage eines jeweils gesonderten Versorgungsauftrags und eines KoV tätig. Damit handele es sich bei ihm nicht um einen Honorararzt im eigentlichen Sinne. Daneben bestünden auch noch weitere erhebliche Unterschiede zum Typus des Honorararztes, welche die Annahme eines auch vom BSG zugestanden Ausnahmefalls rechtfertigten. Der Beigeladene verfüge auch am Praxissitz über eigenes Personal, eigene Untersuchungsräume, eigene Betriebsmittel, eigene Praxissoftware und insbesondere über einen kleinen Operationsraum, für den er alle entsprechenden Gerätschaften, z.B. einen Angiografiemessplatz, mehrere Ultraschallgeräte, eine CryoConsole usw. angeschafft habe und vorhalte. Er zahle Miete für den im Anbau der Klägerin befindlichen Praxissitz und behandle dort im Wesentlichen seine eigenen Patienten, welche grundsätzlich nichts mit dem Klinikbetrieb zu tun hätten.

34

Im vorliegenden Fall gehe es um Patienten der Klinik, die mit einer anderen Erstdiagnose als Herzrhythmusstörungen stationär behandelt würden und bei denen die dort behandelnden Ärzte Herzrhythmusstörungen feststellen würden. Der Beigeladene untersuche, behandle und operiere ggf. dann diese Patienten der Klinik.

35

Der täglichen Absprache über die Patienten mit dem Chefarzt der Abteilung der Klinik werde letztlich keine große Bedeutung beigemessen. Es ergebe sich aus dem KoV, dass die Einteilung und Festlegung der Behandlungstermine ausschließlich von der Praxis festgelegt sei und die Koordination des eigenen Personals mit dem Personal der Klinik im Zusammenhang mit der Durchführung der stationären Behandlungen ebenfalls federführend von der Praxis durchgeführt würde. Dies stelle sich eben nicht als signifikante Eingliederung in die Organisation der Klägerin dar. Eine höchstpersönliche Dienstverpflichtung des Beigeladenen bestehe ebenso wenig. Eine Behandlung könne durch ihn oder einen anderen bei ihm angestellten Arzt erfolgen. Hierin dürfe ebenfalls ein erheblicher Unterschied zum Standardfall eines Honorararztes bestehen. Die gemeinsame Abrechnung der erbrachten Leistungen über die Klägerin erbringe für sich genommen auch nur ein geringes Maß an Eingliederung in die Organisation der Klägerin mit sich, wobei die gemeinsame Abrechnung und Abrechnungsfragen gegenüber den Krankenkassen in Zusammenhang mit den DRG's stünden. Im Übrigen bestünde auch kein Unterschied zur Situation vor dem KoV mit dem Beigeladenen. In der Vergangenheit seien die entsprechenden Patienten entweder zur Operation in das R Klinikum Bad N oder die Unikliniken in B verbracht worden und ebenfalls zur Nachbetreuung wieder in das Klinikum K zurückgebracht worden. Auch diese Fälle seien immer über die A also die Klägerin abgerechnet worden. Aufwendungen anderer Kliniken seien dann intern ausgeglichen worden. Als Indiz für die Eingliederung in die betriebliche Organisation der Klägerin könne das gemischte Team von Pflegepersonal aus Praxis und Klinik erscheinen. Bei genauer Betrachtung halte sich diese Eingliederung aber auch in sehr engen Grenzen. Das Team bestehe mehrheitlich aus Mitarbeitern der Praxis. Hinzu komme, dass diese in den angemieteten Räumlichkeiten tätig seien. Man könne auch argumentieren, dass die Teammitglieder die aus der Klinik stammten, in die Organisation der Praxis eingegliedert seien. Der Beigeladene übernehme auch keine der Aufgaben und Tätigkeiten von fest angestellten ärztlichen Personal der Klägerin und sei auch nicht über ihre Dienstpläne eingesetzt worden. Er verfüge autonom über seine Zeit und seine Arbeit. Der Klägerin stehe keinerlei fachliches, dienstliches oder sonstiges Weisungsrecht gegenüber dem Beigeladenen zu. Die Aspekte, die für eine selbstständige Tätigkeit des Beigeladenen sprächen, würden hier deutlich überwiegen.

36

Gegen den Gerichtsbescheid legte die Beklagte Berufung ein. Zur Begründung wies die Beklagte nochmals auf die Rechtsprechung des BSG zu den sogenannten Honorarärzten hin, die nach ihrer Auffassung auch auf den hier zu entscheidenden Fall übertragbar sei. Für im Krankenhaus tätige Ärzte sei zu beachten, dass Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen müssten, wozu insbesondere jederzeit verfügbares besonders geschultes Personal gehöre. Ein Krankenhaus habe nach § 2 Abs. 3 KHEntgG zudem sicherzustellen, dass die nicht fest angestellten Ärzte die gleichen Anforderungen wie die fest im Krankenhaus angestellten Ärzte erfüllen würden. Dies setze einen maßgeblichen Einfluss des Krankenhauses auf ihre Tätigkeit voraus. Für eine nur

ausnahmsweise in Betracht kommende selbstständige Tätigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne müssten daher gewichtige Indizien bestehen, die hier nicht vorliegen. Ein einheitliches Beschäftigungsverhältnis bestehe nicht, da im Streit lediglich die Behandlung der Patienten des Klinikums stehe, für die der Behandlungsvertrag mit der Klinik der Klägerin bestehe.

37

Im Rahmen eines Erörterungstermins machte der Beigeladene S folgende Angaben: „Ich bin seit 2017 niedergelassener Kardiologe und nur in meiner Praxis tätig. Drei Tage in K und zwei Tage in B. Es sind vier Ärzte, die bei mir angestellt sind und es bestehen 3,5 Praxiszulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Patienten, die ich ambulant behandle, sind zum großen Teil meine eigenen Patienten. Neben der Herzkatheteruntersuchung (z.B. Ablation) machen wir auch Herzschrittmacheruntersuchung u.a.. Sollten Patienten nach dem ambulanten Eingriff stationär aufgenommen werden müssen, dann werden sie von der Klinik aufgenommen. Ich bin dort nicht als Belegarzt tätig. Ich mache dann auch Bereitschaft für meinen eigenen Patienten sowie über das Notfallnetzwerk Herzinfarkt, in das auch die Praxis einbezogen ist. Es gibt im Raum B/N nur zwei Kliniken, die in der Lage sind, Ablationen durchzuführen. Um sechs Uhr früh beginnen wir an drei Tagen in der Woche mit Operationen die bis 12.00 Uhr, 13.00 Uhr oder 14.00 Uhr andauern und ab 14.00 Uhr beginnt der normale Praxisbetrieb in K. Neben mir ist noch Q in der Praxis fähig diese Ablationen durchzuführen. Wenn die Klinik wegen der Behandlung eines Patienten anfragt, entscheiden wir in der Praxis, was medizinisch an den Patienten gemacht wird, ob es ein sehr akutes Problem ist und noch am gleichen Tag behandelt werden muss oder ob es am nächsten oder übernächsten Tag noch ausreicht, einen Termin zu vergeben und wer aus unserem Praxisteam die Behandlung übernimmt. Die Klinik hat darauf keinen Einfluss. Wir sind eine sehr große Ambulanz mit 26 Mitarbeitern.“

38

Die Ärzte der Klinik und ich diskutieren auch manchmal, wie die beste Versorgung des Patienten medizinisch zu erreichen ist. Sobald ich einen Patienten operiere, entscheide ich jedoch selbst was zu tun ist. Die Mitarbeiter der Klinik assistieren nur bei den stationären Patienten. Das aber nicht immer, sondern nur dann, wenn die eigenen Mitarbeiter in der Praxis z.B. die Arbeitszeit des Tages überschritten haben oder die tägliche Arbeitszeit bereits beendet wird. Die Mitarbeiter der Klinik sind nicht jedes Mal bei den Untersuchungen bzw. Operationen der stationär aufgenommenen Patienten dabei, weil wir selbst ja in der Praxis 21 nichtärztliche Mitarbeiter haben. Für den Fall, dass Bedarf besteht an einem Mitarbeiter des nichtärztlichen Personals durch die Klinik, dann fordere ich das an. Seit Juni 2023 haben wir die Mitarbeiter ganz genau getrennt. Bei mir in der Praxis arbeiten nur noch meine eigenen Mitarbeiter/innen.

39

Die Miete für die Praxis beträgt immer noch ca. 1.100,00 Euro. Für die operativen Geräte, die ich in der Praxis nutze, bezahle ich jährlich 150.000,00 Euro bis 160.000,00 Euro. Wenn die Geräte abgeschrieben sind, kaufe ich neue. Der ursprünglich in Punkt 3.5. vereinbarte Konkurrenzschutz galt nur solange, wie K Chefarzt war. Seit 2021 gibt es jedoch einen anderen Chefarzt B. Seit dieser Zeit steht die Klinik teilweise in Konkurrenz mit mir. Solange K Chefarzt war, konnte ich die Privatpatienten selbst abrechnen. Seitdem B tätig ist, rechnet dieser die Privatpatienten der Klinik selber ab.

40

Die Klinik erbringt nur Vorleistungen und am Ende des Jahres wird dann genau abgerechnet. Mittlerweile können wir gut einschätzen, wie hoch der monatliche Abschlag sein soll. Es hat sich z.B. die Anzahl der Privatpatienten nun deutlich reduziert.“

41

Befragt vom Beklagtenvertreter nach dem Verhältnis zur R Klinik in W antwortet S, dass dies ein völlig anderes Arbeitsverhältnis sei, da er dort angestellt sei, um Patienten zu behandeln und auch in die Klinik gehe und die Patienten mit und durch die Einrichtungen der Klinik behandle. Die medizinische Leitung habe dort der Chefarzt und nicht er.

42

Die Klägerin führte im Erörterungstermin durch ihren Vorstand aus: „Die Klinik verfügt über eine eigene Kardiologie mit eigenständigem Bereitschaftsdienst. An diesem ist S nicht beteiligt. Wenn z.B. ein Patient mit Brustschmerzen in die Klinik kommt, wird er von unserem Lungenfacharzt untersucht. Sollte dieser feststellen, dass die Pumpleistung des Herzens nicht in Ordnung ist, wenden wir uns an S wegen eines Termins. Einen Termin vereinbaren wir aber nur, wenn etwas operativ gemacht werden muss, für das die

Klinik selbst keine Kompetenz hat. Das entsprechende Gerät mit dem untersucht/operiert wird, gehört S. Das nichtärztliche Personal der Klinik assistiert bei der Untersuchung, Ablation und Herzrhythmusstörungsuntersuchung. Ablationen kann nur S durchführen. In der Klinik gibt es kein weiteres ärztliches Personal, das eine entsprechende Vorkenntnis dafür aufweist. Wir sind der festen Überzeugung, dass S selbstständig tätig ist, denn es handelt sich um eine ganz andere Konstellation als diejenigen, die der Honorararztentscheidungen des BSG zugrunde lagen. In unserer Situation ist es gänzlich anders. Wir holen uns die Expertise von S als Externem und müssen auch anfragen, wann er die Leistung für uns erbringt. Er unterliegt keinerlei Weisungsbefugnis unsererseits. Es ist eher umgekehrt, dass wir auf ihn angewiesen sind. Aus meiner Sicht handelt es sich um ein kooperatives Konsiliararztmodell.“

43

Auf die Frage, warum S auf der Internetseite der Klinik als Mitarbeiter erscheint, wird vom Vorstand ausgeführt, dass er als „intersektoral“ aufgeführt werde, was bedeute, dass er ein Bindeglied zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung sei. Die Klinik möchte durch die Aufnahme nach außen hin darstellen, dass mit S auch eine gewisse Kompetenz vorhanden sei.

44

Aufgrund der Ergebnisse des Erörterungstermins wurde die Beklagte zur Rücknahme der Berufung aufgefordert.

45

Die Beklagte teilte mit, dass sie weiterhin der Meinung sei, dass der Beigeladene für die Klägerin als abhängig Beschäftigter tätig werde.

46

Die Bundesagentur für Arbeit stellte keinen Antrag auf Beiladung.

47

Die Klägerin und der Beigeladene haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG zugestimmt.

48

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

49

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Würzburg vom 31.03.2023 (Az.: S 10 BA 26/21) aufzuheben und die Klage abzuweisen.

50

Der Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

51

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Akten des Sozialgerichts und der Beklagten Bezug genommen, die sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe

52

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

53

Die zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das Sozialgericht Würzburg hat zutreffend entschieden, dass der Bescheid der Beklagten vom 19.08.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.03.2021 die Klägerin in ihren Rechten verletzt und deshalb aufzuheben war.

54

1. Beurteilungsmaßstab für das Vorliegen einer (abhängigen) Beschäftigung ist § 7 Abs. 1 SGB IV. Danach ist Beschäftigung die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis (§ 7 Abs. 1 S. 1 SGB IV).

55

1.1. In den streitigen Zeiträumen unterlagen Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt waren, der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), gesetzlichen Rentenversicherung (§ 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI), sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 1 und 2 Nr. 1 SGB XI) sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung (§ 25 Abs. 1 SGB III). Beschäftigung ist gem. § 7 Abs. 1 SGB IV die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis (S. 1). Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers (S. 2). Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG setzt eine abhängige Beschäftigung voraus, dass der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber persönlich abhängig ist. Bei einer Beschäftigung in einem fremden Betrieb ist dies der Fall, wenn der Beschäftigte in den Betrieb eingegliedert ist und dabei einem Zeit Dauer, Ort und Art der Ausführung umfassenden Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegt. Diese Weisungsgebundenheit kann – vornehmlich bei Diensten höherer Art – eingeschränkt und zur „funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess“ verfeinert sein. Demgegenüber ist eine selbstständige Tätigkeit vornehmlich durch das eigene Unternehmerrisiko, das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit gekennzeichnet. Ob jemand beschäftigt oder selbstständig tätig ist, richtet sich danach, welche Umstände das Gesamtbild der Arbeitsleistung prägen und hängt davon ab, welche Merkmale überwiegen (vgl. z.B. BSG Ur. v. 01.02.2022 – B 12 KR 37/19 R, m.w.N.). Die Zuordnung einer Tätigkeit nach deren Gesamtbild zum rechtlichen Typus der Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit setzt voraus, dass alle nach Lage des Einzelfalls als Indizien in Betracht kommenden Umstände festgestellt, in ihrer Tragweite zutreffend erkannt und gewichtet, in die Gesamtschau mit diesem Gewicht eingestellt und nachvollziehbar, d.h. den Gesetzen der Logik entsprechend und widerspruchsfrei gegeneinander abgewogen werden (BSG Ur. v. 19.10.2021 – B 12 R 10/20 R).

56

1.2. Bei der Statusbeurteilung ist regelmäßig vom Inhalt der zwischen den Beteiligten getroffenen Vereinbarungen auszugehen, den die Verwaltung und die Gerichte konkret festzustellen haben. Liegen schriftliche Vereinbarungen vor, so ist neben deren Vereinbarkeit mit zwingendem Recht auch zu prüfen, ob mündliche oder konkludente Änderungen erfolgt sind. Schließlich ist auch die Ernsthaftigkeit der dokumentierten Vereinbarungen zu prüfen. Erst auf der Grundlage der so getroffenen Feststellungen über den (wahren) Inhalt der Vereinbarungen ist eine wertende Zuordnung des Rechtsverhältnisses zum Typus der Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit vorzunehmen (stRspr; vgl. zum Ganzen BSG, Ur. v. 07.06.2019 – B 12 R 6/18 R). Diese wertende Zuordnung kann nicht mit bindender Wirkung für die Sozialversicherung durch die Vertragsparteien vorgegeben werden, indem sie z.B. vereinbaren, eine selbstständige Tätigkeit zu wollen. Denn der besondere Schutzzweck der Sozialversicherung schließt es aus, dass über die rechtliche Einordnung einer Person – als selbstständig oder beschäftigt – allein die Vertragsschließenden entscheiden. Über zwingende Normen kann nicht im Wege der Privatautonomie verfügt werden. Vielmehr kommt es entscheidend auf die tatsächliche Ausgestaltung und Durchführung der Vertragsverhältnisse an (vgl. BSG Ur. v. 19.10.2021 – B 12 R 10/20 R). Allenfalls wenn nach der Gesamtabwägung aller Umstände diese gleichermaßen für Selbstständigkeit wie für eine abhängige Beschäftigung sprechen, kann im Einzelfall dem Willen der Vertragsparteien eine gewichtige indizielle Bedeutung zukommen (vgl. BSG, Ur. v. 14.03.2018 – B 12 R 3/17 R [Gitarrenlehrer]).

57

Die sich an diesen Maßstäben orientierende Abgrenzung zwischen Beschäftigung und Selbstständigkeit ist nicht abstrakt für bestimmte Berufs- und Tätigkeitsbilder vorzunehmen. Es ist daher möglich, dass ein und derselbe Beruf – je nach konkreter Ausgestaltung der vertraglichen Grundlagen in ihrer gelebten Praxis – entweder in Form der Beschäftigung oder als selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird. Abstrakte, einzelfallüberschreitende Aussagen im Hinblick auf bestimmte Berufs- oder Tätigkeitsbilder sind daher grundsätzlich nicht – auch nicht im Sinne einer „Regel-Ausnahme-Aussage“ – möglich (BSG, Ur. vom 27.04.2021 – B 12 R 16/19 R). Für eine regelmäßige Eingliederung in die Organisations- und Weisungsstruktur eines Arbeitgebers können allerdings zwingende normative regulatorische Rahmenbedingungen zur Erbringung vereinbarter Leistungen und zur Qualitätssicherung sprechen (vgl.

BSG, Urt. vom 19.10.2021 – B 12 R 17/19 R (ambulante Pflegekraft); BSG, Urt. vom 07.06.2019 – B 12 R 6/18 R (stationäre Pflegefachkraft); BSG, Urt. vom 04.06.2019 – B 12 R 11/18 R (sogenannte Honorarärzte)).

58

1.3. Für die Beurteilung von sog. Honorarärzten gelten nach den Entscheidungen des BSG vom 04.06.2019 keine Besonderheiten. Somit gilt auch für ärztliche Tätigkeiten, dass sie je nach konkreter Ausgestaltung der vertraglichen Grundlagen bzw. der jeweils gelebten Praxis sowohl in Form einer Beschäftigung als auch als selbstständige Tätigkeit ausgeübt werden können. Maßgeblich sind stets die konkreten Umstände des individuellen Sachverhaltes. Die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung ist auch nicht dadurch vorgeprägt, dass sog. Honorararztverträge in der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung bisher überwiegend als freie Dienstverhältnisse qualifiziert werden. Denn es besteht kein vollständiger Gleichklang des arbeitsrechtlichen Arbeitnehmerbegriffs mit dem Beschäftigungsbegriff nach § 7 SGB IV (vgl. für Ärzte im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung: LSG BaWü, Urt. vom 26.03.2024 – L 11 BA 1883/21 –, juris).

59

2. Ausgehend von den Grundsätzen, die zur Abgrenzung nach § 7 SGB IV heranzuziehen sind, ist der Beigeladene im Rahmen seiner Tätigkeiten für die Patienten der Klägerin selbstständig tätig. Die für eine selbstständige Tätigkeit sprechenden Umstände überwiegen im Rahmen der gebotenen Gesamtabwägung und lassen die wenigen, die für eine abhängige Beschäftigung sprechen, in den Hintergrund treten.

60

2.1. Rechtliche Grundlage des Tätigwerdens des Beigeladenen bildet im hier zu entscheidenden Fall eine auf Dauer angelegte KoV zwischen der Klägerin und dem Beigeladenen als zugelassener Vertragsarzt. Diese Vereinbarung stellt für den Senat einen Rahmenvertrag dar. Da dieser aber keine Verpflichtung enthielt, nach der der Beigeladene Patienten der Klinik übernehmen muss, kommt für jedes Auftragsverhältnis ein eigenes Vertragsverhältnis zustande. Die Beklagte hat jedoch zu den einzelnen Vertragsverhältnissen keine Feststellungen getroffen, was den streitigen Bescheid bereits rechtswidrig erscheinen lässt.

61

2.2. Der Beigeladene unterlag nach Überzeugung des Senats keinerlei Weisungen der Klägerin und war auch nicht in deren Betriebsablauf eingegliedert. Im vorliegenden Fall kommt den für Selbstständigkeit sprechenden Anhaltspunkten ein derartiges Gewicht zu, dass sie die geringe Eingliederung bei der Klägerin deutlich überwiegen.

62

Im Falle des Beigeladenen wurde über den KoV der Rahmen der Leistung festgelegt. Die tatsächliche Leistungserbringung, erfolgt aber erst, wenn von der Klägerin eine entsprechende Anfrage an die Praxis des Beigeladenen gestellt wird. Der Beigeladene entscheidet dann, wann und wie er in der Praxis die Behandlung des Patienten vornimmt. Eine (Zu) Weisung der Klinik, einen Patienten zu übernehmen, besteht nicht. Natürlich wird vom Beigeladenen ein Patient vorgezogen, dessen Behandlung dringend erforderlich ist. Das entspricht seiner ärztlichen Ethik, jedoch keiner Weisung der Klägerin. Eine funktionsgerecht dienende Teilhabe am Arbeitsprozess ergibt sich dadurch nicht. Ferner müssen stationäre Patienten der Klägerin immer wieder zu invasiven kardiologischen Untersuchungen verlegt werden, wenn die Praxis oder die Ärzte der Praxis nicht arbeiten können oder verhindert sind, dann eine Rufbereitschaft oder eine Verpflichtung zur Behandlung besteht nach dem KoV nicht.

63

2.3. Der Beigeladene war nicht in den Krankenhausbetrieb eingegliedert. Er fügte sich bei der Erbringung der Tätigkeit auch nicht in die von der Klägerin vorgegebene Organisation des Krankenhausbetriebs ein. Er erbrachte seine Dienstleistung nicht innerhalb eines von der Klägerin vorgegebenen äußeren Rahmens. Im Gegenteil erbrachte er seine Leistung in einem von ihm vorgegebenen und geleiteten äußeren Rahmen.

64

Er mietete die Räumlichkeiten für seine Praxisfiliale von der Klägerin an und trägt seitdem die monatlichen Kosten dafür, egal, ob von der Klägerin für deren Patienten eine Behandlung beim Beigeladene angefragt wird. Der Beigeladene mietete nicht nur die Räumlichkeiten, sondern auch die für die Untersuchung und

Behandlung notwendigen medizinischen Geräte und zahlt auch dafür eine monatliche Miete. Ebenso sorgt er seit Juni 2023 allein für die personelle Ausstattung bei den Untersuchungen und Behandlungen. Die Behandlung der Patienten der Klägerin kann der Beigeladene nur unter Nutzung seiner medizinischen Geräte erbringen. Die Klägerin hält entsprechende Geräte nicht vor, so dass in der Zeit vor dem KoV entsprechend behandlungsbedürftige Patienten in eine andere Klinik verbracht werden mussten.

65

2.4. Auch die Patientendaten, der in der Praxisfiliale behandelten, ansonsten stationär aufgenommenen Patienten, bleibt in der ausschließlichen Verfügungsbefugnis der Praxis. Die Klägerin erhält nur Daten, wenn diese zur stationären Weiterbehandlung notwendig sind. Dies zeigt, dass es sich nicht um eine originäre Krankenhausleistung der Klägerin handelt, da sie ansonsten die Patientendaten selbst erheben und verarbeiten müsste.

66

2.5. Die Praxisfiliale des Beigeladenen wird mit einem eigenen Hinweisschild am Eingang zum Anbau der Klinik der Klägerin gekennzeichnet. Darüber hinaus befinden sich auf dem Klinikgelände weitere Hinweisschilder zur Praxis. Auch die Kosten für die Beschilderung trägt und trägt der Beigeladene. Die Annahme der Beklagten im angegriffenen Bescheid, dass der Beigeladene von Dritten nicht als selbstständig Tätiger wahrgenommen werde, entspricht daher nicht den Tatsachen. Die Patienten können sehr wohl erkennen, dass die Behandlung nicht in der Klinik, sondern in einer eigenen kardiologischen Praxis stattfindet.

67

2.6. Das BSG stellt bei der Abwägung nach § 7 SGB IV auch darauf ab, ob der Beigeladene bei seiner Leistungserbringung das Recht hat, Equipment oder Personal zu verändern oder auf deren Auswahl zumindest Einfluss zu nehmen.

68

Genau dies kann und konnte der Beigeladene. Er entscheidet selbst über das Anmieten neuer Geräte. So hat er im Erörterungstermin angegeben, ein neues medizinisches Gerät anzumieten, nachdem ein Gerät abgeschrieben ist. Die vom Beigeladenen genutzten steuerrechtliche Abschreibungen sind auch ein Gesichtspunkt dafür, dass er eigene unternehmerische Chancen wahrnahm und wahrnimmt. Durch den effizienten Einsatz des eigenen Personals, ob ärztlich oder nichtärztlich kann der Beigeladene ebenfalls die Kosten der von ihm durchgeführten Behandlung beeinflussen und so einen höheren Anteil an den DRGs erhalten. Denn ohne die Inanspruchnahme des nichtärztlichen Personals der Klinik, erfolgt dafür auch kein Abzug vom Anteil der DRG. Der Beigeladene selbst kann und konnte das Verhältnis von Aufwand und Ertrag durch eigene (unternehmerische) Entscheidungen zu seinen Gunsten verändern (vgl. insoweit BSG, Urt. vom 18.11.2015 – B 12 KR 16/13 R –). Die Tatsache, dass der Beigeladene in der Praxisfiliale seit deren Eröffnung mehr Mitarbeiter eingestellt hat, zeigt nicht zuletzt seine unternehmerischen Fähigkeiten.

69

2.7. Der Beigeladene war einem erheblichen Unternehmerrisiko ausgesetzt. Er erhielt keinen festen Lohn für geleistete Stunden, sondern wurde für seine Tätigkeit über einen Anteil an den DRGs vergütet. Bei Abschluss der KoV war nicht klar, in welcher Größenordnung der Vergütungsanteil für den Beigeladenen am Ende ausfallen wird. Gleichwohl hatte sich der Beigeladene bereits zur Miete der Praxisräume sowie des Herzkathethermessplatzes bzw. der CryoConsole verpflichtet. Zusätzlich stellte er für die Praxisfiliale weiteres eigenes Personal ein, für das er verantwortlich zeichnet. Er hatte und hat also erhebliche Ausgaben, ohne im Gegenzug die Einnahmen genau zu kennen. Die Zahlung der Vergütung durch die Klägerin erfolgt auch nur über Abschlagszahlungen. Die Endabrechnung wird nur jährlich durchgeführt. Bei Abzügen oder Nachzahlung der DRG durch die Krankenkassen ging und geht dies anteilig zu Lasten des Beigeladenen. Durch eigene unternehmerische Entscheidungen konnte der Beigeladene die Abläufe in der Praxisfiliale steuern und so bestand auch die Chance, durch Geschick die Arbeit so effizient zu gestalten, dass das Verhältnis von Aufwand und Ertrag zu seinen Gunsten entscheidend beeinflusst wird.

70

Wenn Patienten die vom Beigeladenen erbrachte Leistung nicht bezahlen können, wird das Geld vom Beigeladenen erst gefordert, wenn die Patienten bezahlt haben oder die Rechnung wird vom Beigeladenen bei fehlender Zahlung storniert. Auch dadurch besteht ein nicht unerhebliches Unternehmerrisiko.

71

2.8. Völlig untypisch für eine abhängige Beschäftigung hat der Beigeladene die von der Klinik übernommenen Patienten auch nicht immer selbst behandelt, sondern konnte die Behandlung an einen seiner angestellten Ärzte delegieren (falls die Patienten einverstanden waren). Die Leistungserbringung durch eigene Erfüllungsgehilfen wurde und wird auch so gelebt. Damit hat der Beigeladene eben nicht nur seine Arbeitskraft zur Verfügung gestellt, sondern seine gesamte Praxisstruktur, für die er die Kosten trug und trägt.

72

3. Ein Punkt, der für eine Eingliederung spricht ist nach Meinung des Senats die Tatsache, dass bis zum Juni 2023 die Leistungserbringung nicht nur mit eigenem nichtärztlichem Personal erfolgte, sondern dafür auch Personal der Klinik mit einbezogen wurde. Das bis Juni 2023 arbeitsteilige Zusammenwirken auch mit von der Klägerin gestelltem nichtärztlichem Personal ändert jedoch nichts an der Gesamtabwägung, da hierbei zu beachten ist, dass der Beigeladene für das Personal der Klinik einen Abschlag bei den DRGs hinnehmen musste. Seit dem Juni 2023 liegt nun auch hinsichtlich des nichtärztlichen Personals eine strikte Trennung vor.

73

Einen weiteren Punkt stellt die kostenlose Zurverfügungstellung des Raumes dar, in dem sich der Herzkathetermessplatz befindet, wenn ein stationärer Patient im Auftrag der Klägerin behandelt wurde. Nur für die Nutzung von ambulanten Patienten musste der Beigeladene dafür ein Entgelt entrichten.

74

Während der Herzkatheteruntersuchung wird eine einheitliche Bekleidung/Wäsche genutzt, die von der Klägerin organisiert wird. Diese Miete der Bekleidung/Wäsche wird in der monatlichen Mietzahlung berücksichtigt, bzw. führt zu einem DRG Abschlag. Für den Senat kommt damit aber nur eine effiziente Nutzung von Ressourcen und ein Bündeln von wirtschaftlichen Kräften zum Ausdruck, jedoch keine dadurch bedingte Eingliederung. Denn auch für die ambulanten Patienten nutzt die Praxisfiliale die Bekleidung/Wäsche, die von der Klägerin organisiert wird.

75

Die tägliche Besprechung der stationären Fälle mit dem Chefarzt der Abteilung, um diese zu diskutieren und die Behandlungsstrategie festzulegen, ist nach Meinung des Senats nur Ausfluss der ärztlichen Tätigkeit, jedoch keine Eingliederung. Eine Weisung, an dieser Besprechung teilzunehmen, existiert nicht.

76

Zuletzt soll nicht unerwähnt bleiben, dass für den Beigeladenen kein Anspruch auf Urlaubsvergütung oder Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall besteht. Er muss keine Urlaubsvertretung stellen. Allerdings informiert der Beigeladene den Vorstand und Chefarzt der Kardiologie der Klinik der Klägerin über die Urlaube der Praxisfiliale. Eine Verpflichtung hierzu bestand jedoch nicht. Ebenso bestand keine Verpflichtung, Klinikärzte anzulernen.

77

4. Auch die Abrechnung der Behandlung der stationären Patienten über Anteile an der DRG führt nicht zur Eingliederung des Beigeladenen in die Betriebsstruktur der Klägerin.

78

4.1 Zunächst ist festzustellen, dass der Beigeladene keine Leistung erbracht hat, die von der Klägerin in ihrer Klinik vorgehalten wurde. Diese besaß und besitzt keinen Herzkathetermessplatz und auch die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Beigeladenen (Ablationstherapie) wurden und werden von der Klägerin nicht angeboten. Wenn sich bei stationär aufgenommenen Patienten der Klägerin ergibt, dass ein kardiologisches Problem auftritt, welches z.B. eine Ablationstherapie erfordert, mussten die Patienten früher in andere Kliniken transportiert oder verlegt werden, um die Untersuchung durchführen zu können. Das Abrechnungssystem mittels DRGs führte dann trotzdem dazu, dass die Kosten von der Klägerin bei der jeweiligen Krankenkasse des Patienten geltend gemacht wurden und die Kosten des beauftragten Klinikums ebenfalls anteilig beglichen wurden. Genau diese Abrechnungsmethode wurde auch im KoV vereinbart, da eine andere Möglichkeit aufgrund des Verbots paralleler vertragsärztlicher Versorgung stationär aufgenommener Patienten besteht (BSG, Urt. vom 12.11.2013 – B 1 KR 22/12 R). Gegenüber Privatpatienten rechnete der Beigeladene ohnehin selbst ab.

79

4.2 Auch ein Verweis auf § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG bedingt kein anderes Ergebnis. Denn danach wurde zwar ausdrücklich gesetzlich verankert, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärzte und Ärztinnen erbringen können. Dies jedoch deshalb, da durch das VertragsrechtsÄndG die in § 20 Abs. 2 Ärztezulassungsverordnung eingeführte Regelung zu unterschiedlichen Auffassungen in der Rechtsprechung darüber geführt hatte, ob das Krankenhaus ärztliche Behandlungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nur durch im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen kann oder ob hierzu auch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte wie z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eingebunden werden können. Die Erbringung von Vergütungen von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten oder Angestelltenverhältnis oder sonstige Vertragsbeziehung) abhängen. Die Vorgaben für Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 Nummer 3 SGB V, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten, sind im übrigen statusneutral. Es ist deshalb auch nicht geboten, die Tätigkeit z.B. niedergelassener Ärzte in Krankenhäusern nur über ein Anstellungsverhältnis zu gestatten. Hinzukommt, dass die Versorgungsrealität insbesondere in strukturell benachteiligten Räumen von Flächenländern flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfordert, um eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicherzustellen. Dementsprechend entspricht der Einsatz von nicht festangestellten Honorärärzten bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen der bereits weit verbreiteten Praxis. Hierzu bringt die gesetzliche Regelung mehr Rechtssicherheit. (vgl. Bundestagsdrucksache 17/9992, Seite 26, zu Abs. 1 Satz 1).

80

Nach Überzeugung des Senats stellt die Tätigkeit des Beigeladenen gerade kein Anstellungsverhältnis zur Erbringung einer Versorgungsleistung der Klägerin dar. Der Beigeladene als niedergelassener Vertragsarzt schließt eine gerade in ländlicheren Regionen auftretende Lücke in der Versorgung der Patienten. Er füllt die vom Gesetzgeber gewünschte Möglichkeit der flexiblen Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit Leben. Durch die Einrichtung seiner Praxisfiliale verbessert sich die Versorgungssituation der Patienten, denen ein, ggf. Hin- und Rücktransport in eine andere spezialisiertere Klinik erspart bleibt.

81

5. Auch, wenn der Beigeladene nicht als klassischer Konsiliararzt tätig wird, weil auch die Klinik der Klägerin eine kardiologische Abteilung betreibt, sieht der Senat hier deutliche Parallelen zwischen der Tätigkeit des Beigeladenen für die Klägerin und einem klassischen Konsiliararzt. Dieser wird auf Veranlassung des Krankenhauses in gewissen Situationen, abhängig von der konkreten Patientensituation, tätig. Er ist mithin nicht in den regelmäßigen Krankenhausbetrieb eingegliedert. Im Hinblick darauf würde eine Sozialversicherungspflicht des Konsiliararztes zu weit greifen. Der Konsiliararzt bleibt ein selbstständiger Arzt, der im Falle einer Hinzuziehung als Erfüllungsgehilfe des Krankenhausträgers tätig wird (vgl. BSG 04.06.2019 – B 12 R 11/18 R, DStR 2019, 2429(2430)).

82

Von den Vertragsparteien werden für den jeweiligen Einzelfall der Leistungsumfang, das Leistungsgebiet und der Leistungszeitraum der Konsiliarleistungen vereinbart; dies folgt aus der Natur des Konsiliararztvertrages. Auf Seiten des Krankenhauses fällt dies regelmäßig in den Zuständigkeitsbereich des leitenden Abteilungsarztes. Die Dokumentation der Leistungsanforderungen erfolgt mittels des Konsilscheins.

83

Gleichwohl hat der Beigeladene keine auf wenige Einzelfälle begrenzte Konsiliararztleistung erbracht, sondern ist praktisch Teil eines Konzepts zur Verbesserung der Patientenversorgung. Als Honorararzt für die Klägerin war der Beigeladene jedenfalls nicht tätig.

84

6. Der Senat kann auch keine durchgreifenden Parallelen zum beim BSG anhängigen Rechtsstreit, Az. B 12 BA 4/23 erkennen. Dort steht die Beauftragung durch eine Klinik an eine GbR von Ärzten in Streit, dem jedoch ein völlig anderer Lebenssachverhalt zu Grunde liegt. Denn dabei wurden die Leistungen, die die Ärzte erbracht haben, mit Mitteln und in den Räumen der Klinik erbracht und es wurde für jede Behandlung ein fester Satz gezahlt.

85

Ebenso verhält es sich mit dem beim BSG anhängigen Verfahren B 12 BA 17/23. In diesem Fall operiert ein bei einer Privatklinik ohne Versorgungsvertrag (§ 30 Gewerbeordnung) angestellter Arzt Patienten, für die er als Mitgesellschafter einer privatärztlichen Gemeinschaftspraxis GbR eine Indikation zur Operation gestellt hat. Im Rahmen der Operation bedient er sich den Einrichtungen und erforderlichen Strukturen der Klinik. Die Abrechnung erfolgte i.d.R. nach den DRG-Fallpauschalen über die Klägerin. Die Vergütung des Beigeladenen war in der Weise geregelt, dass an ihn die in den DRG ausgewiesenen Kosten für den Ärztlichen Dienst im OP-Bereich abzüglich der Nutzungskosten gezahlt werden.

86

Von diesen beiden Fällen unterscheidet sich das hier anhängige Verfahren in grundlegender Weise, allein dadurch, dass der Beigeladene als Vertragsarzt tätig ist und eigene Betriebsmittel einsetzt. Auch wenn die Bezahlung anhand von DRG-Anteilen erfolgt, so ergibt sich, dass im Fall B 12 BA 17/23 die Vergütung einseitig durch die Klägerin vorgegeben wurde. Im hier zu entscheidenden Fall wurde eine schriftliche Vereinbarung über die Höhe des DRG-Anteils getroffen und nicht einseitig festgelegt.

87

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz die 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

88

Die Festsetzung des Streitwertes folgt aus § 197a SGG i. V. m. §§ 52, 53 Abs. 3 Nr. 4 GKG.

89

Gründe, die Revision zuzulassen (vgl. § 160 Abs. 2 SGG), liegen, insbesondere auch wegen der vielfältigen und deutlichen Abweichungen zu den beim BSG anhängigen sowie zu den bereits entschiedenen Verfahren, nicht vor.