

S 8 R 383/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

8
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 8 R 383/16
Datum
18.09.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Im Rahmen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) steht dem späteren Beginn der Versicherungspflicht (nämlich mit der Bekanntgabe der Entscheidung, dass ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt) nicht entgegen, wenn es im Rahmen einer privaten Krankenversicherung an einer Absicherung eines Anspruches auf Kranken(tage)geld fehlt.

2. Im Rahmen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) reicht es für das Tatbestandsmerkmal der "Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht" aus, wenn eine private Krankenversicherung im Sinne des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) vereinbart ist.

1. Der Bescheid der Beklagten vom 25.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.06.2016 wird aufgehoben.

2. Es wird festgestellt, dass die Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) für die Klägerin vom 10.08.2015 bis 17.09.2015 nicht als abhängige Beschäftigung der Versicherungspflicht in der Kranken, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung unterlag.

3. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst zu tragen haben.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens darum, ob der Beigeladene zu 1) in seiner Tätigkeit für die Klägerin als abhängig Beschäftigter zu betrachten ist und ob insoweit Versicherungspflicht in der Sozialversicherung besteht.

Die Klägerin betreibt das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) am C. Klinikum in C Stadt. Der Beigeladene zu 1) ist Radiologe und war vom 10.8.2015 bis zum 17.9.2015 im MVZ der Klägerin tätig.

Der Beigeladene zu 1) reichte am 23.7.2015 bei der Beklagten einen Antrag auf Feststellung seines sozialversicherungsrechtlichen Status ein für eine Honorararztstätigkeit. In dem Antrag gab der Kläger an, dass er mit seinem Einkommen im Jahr 2015 voraussichtlich die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigen wird. Er sei privat krankenversichert. Er habe noch keinen Auftraggeber. Er beantragte festzustellen, dass eine abhängige Beschäftigung nicht vorliege. Die Beklagte teilte mit, dass eine Entscheidung über den Status nur für eine konkrete Tätigkeit erfolgen könne und dass eine Entscheidung daher nicht möglich sei,

Am 4.9.2015 stellte der Beigeladene zu 1) einen neuen Antrag. Er sei bei der Klägerin tätig vom 10.8.2015 bis zum 17.9.2015. Er gab weiter an, dass er seine Honorararztstätigkeit gerade erst begonnen habe. Bis zum 31.7.2015 sei er abhängig beschäftigt gewesen. Auf die Frage des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gab der Kläger an, dass er diese in der neuen Tätigkeit nicht überschreiten werden bzw. dass er diese "hoffentlich" überschreiten werde, wenn er mehrere Auftraggeber habe. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze werde er überschreiten. Der Beigeladene zu 1) beantragte festzustellen, dass eine abhängige Beschäftigung nicht vorliege. Zu seiner Tätigkeit gab der Beigeladene zu 1) insbesondere an, dass es sich um eine honorarärztliche Urlaubsvertretung handele. Er unterliege keiner Kontrolle und werde nach medizinischer Notwendigkeit tätig. Er nutze die technische Infrastruktur der Klägerin und werde am Ort des Auftraggebers tätig. Seine Preise lege er selbst fest. Er sei nicht in die Arbeitsorganisation der Klägerin eingegliedert. Er trage auch ein Unternehmerrisiko, da er keine Auftragsgarantie habe. Weiter wurde der Vertrag zwischen der Klägerin und dem Beigeladenen zu 1) vorgelegt. Darin heißt es auszugsweise:

§ 1 Erbringung bestimmter fachärztlicher Leistungen Der Honorararzt wird hiermit beauftragt, vom 10.8.2015 bis einschließlich 17.9.2015 für jeweils 4 Tage pro Woche in der Abteilung Radiologie der Klinik als selbstständiger Facharzt die vereinbarten Aufgaben selbstständig zu erledigen. Nähere enthält die Anlage 1 als Bestandteil dieses Vertrages. Die ärztliche Gesamtverantwortung des Krankenhauses und der Klinikleitung gegenüber Patienten und Mitarbeitern bleibt unberührt. Die Vertragspartner gehen von einem Einsatz von wenigstens jeweils acht Stunden täglich aus. Weitere Einsätze bedürfen jeweils der schriftlichen Vereinbarung.

Es wird kein Anstellungsverhältnis begründet. Der Honorararzt übernimmt keine Arbeitnehmerpflichten, z.B. ist er nicht verpflichtet, auf Anweisung Überstunden zu leisten, ohne ausdrückliche Vereinbarung, Bereitschaftsdienste oder Rufbereitschaft zu übernehmen, die üblicherweise von angestellten Ärzten zu übernehmen sind. Der Honorararzt übernimmt keine Personalverantwortung gegenüber angestellten Mitarbeitern der Klinik.

§ 2 Nachweise der fachärztlichen Kompetenz (...)

§ 3 Bestmögliche selbständige Leistungserbringung Der Honorararzt verpflichtet sich, die ihm übertragenen Aufgaben gewissenhaft wahrzunehmen. Der Honorararzt übt seine Aufgaben unter vollem Einsatz seiner medizinischen Kompetenz und Erfahrung selbständig und mit stets hohem Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Patienten und der Klinik als Vertragspartner aus. Die Klinik verpflichtet sich, dem Honorararzt die selbständige Wahrnehmung seiner Aufgaben frei von arbeitsrechtlichen Weisungen zu ermöglichen. Der Honorararzt wird sich in erforderlichem Umfang mit dem leitenden Arzt der Abteilung oder dem von diesem benannten ärztlichen Vertreter bei gemeinsam zu entscheidenden fachlichen Fragen abstimmen. Er wird in gebotenem Umfang unter Wahrung seiner Entscheidungsfreiheit konstruktiv mit dem übrigen Personal der Abteilung sowie den sonstigen Mitarbeitern der Klinik zusammenarbeiten. Über alle ihm bei seiner Vertragserfüllung bekannt werdenden Angelegenheiten wird er Verschwiegenheit wahren.

§ 4 Honorarvereinbarung Für den in § 1 genannten Zeitraum erhält der Honorararzt bei konkreten Einsätzen für die Erledigung seiner vertraglichen Verpflichtungen ein Honorar von 100,00 EUR pro Stunde. Die vorgenannten Honorare gelten, solange und soweit nichts Abweichendes vereinbart wird. (...) Zusätzlich wird dem Honorarvertreter für den genannten Zeitraum von der Klinik eine Unterkunft sowie die kostenpflichtige Teilnahme an der Personalverpflegung zur Verfügung gestellt. Mit dem vereinbarten Honorar sowie der Zuverfügungstellung von Logis und der kostenpflichtigen Kost sind alle dem Honorarvertreter entstehenden Kosten gleich welcher Art abgegolten. (...)

§ 5 Haftung und Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung Der Honorararzt haftet der Klinik im Innenverhältnis für sein Verschulden. Bei Fahrlässigkeit ist die Haftung begrenzt auf die Deckungssumme im Rahmen der Berufshaftpflichtversicherung. Der Honorararzt ist aufgrund der bestehenden Haftpflichtversicherungsregelungen für die ärztlichen Leistungen der Klinik mit Aufnahme und während seiner ärztlichen Tätigkeit für die Klinik in die für die Krankenhausleistungen bestehende Berufshaftpflichtversicherung einbezogen.

§ 6 Kündigungsmöglichkeiten Der Honorararztvertrag ist während eines konkreten Einsatzes mit einer Frist von sieben Kalendertagen von beiden Parteien ohne Angaben von Gründen kündbar. Er ist aus wichtigem Grund jederzeit kündbar. (vgl. Bl. 26-28 der Verwaltungsakten)

Die Beklagte trat in die Ermittlungen ein. Sie versandte Fragebögen an die Klägerin und den Beigeladenen zu 1).

Der Beigeladene zu 1) wiederholte im Wesentlichen seine Angaben. Die Klägerin gab an, dass der Beigeladene zu 1) nur im MVZ tätig gewesen sei. Dort würden Patienten ambulant behandelt. Die Zuweisung der Patienten würde ausschließlich durch Überweisung niedergelassener Ärzte erfolgen. Der Beigeladene zu 1) habe keine Funktion bekleidet. Die Ärzte des MVZ kooperieren im Rahmen des Kooperationsvertrages mit dem Personal der C. Gesundheits- und Pflegezentrum C Stadt gemeinnützige GmbH. Es bestehe ein fachliches Weisungsrecht des Beigeladenen zu 1) gegenüber dem Krankenhauspersonal, ein disziplinarisches oder organisatorisches Weisungsrecht bestehe nicht. Der Beigeladene zu 1) habe das Letztentscheidungsrecht gehabt. Der Beigeladene zu 1) habe seine Dienste auf Wunsch von Montag bis Donnerstag erbracht. Die Leistungen des Beigeladenen zu 1) habe die Klägerin mit der Krankenkasse abgerechnet. Eine Beteiligung des Beigeladenen zu 1) an den Betriebskosten habe nicht stattgefunden.

Die Beklagte hörte dazu an, dass beabsichtigt sei festzustellen, dass eine abhängige Beschäftigung vorliege und das Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe. Die Merkmale für eine abhängige Beschäftigung würden überwiegen.

Die Klägerin war damit nicht einverstanden. Sie vertrat die Auffassung, dass eine selbstständige Tätigkeit vorliegen würde. Zur Begründung führte sie aus, dass die Bindung des Beigeladenen zu 1) an den Betriebssitz der Klägerin nichts über den Grad der Abhängigkeit aussage. Dies sei für die Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) typisch bzw. aus hygienischen Gründen geboten. Der Beigeladene zu 1) sei entgegen der Auffassung der Beklagten weisungsfrei gewesen. Der Beigeladene zu 1) sei auch frei darin gewesen, welche Aufträge er annimmt. In einem Arbeitsverhältnis könne demgegenüber die Arbeitszeit vom Arbeitgeber bestimmt werden. Die Annahme der Beklagten sei unzutreffend, dass der Beigeladene zu 1) im Namen der Klägerin aufgetreten sei. Der Beigeladene zu 1) habe eigene Kleidung getragen und daher eigene Betriebsmittel eingesetzt. Es habe ein unternehmerisches Risiko vorgelegen. Denn es habe ein Zahlungsausfallrisiko bestanden. Es habe Unterschiede zwischen dem Beigeladenen zu 1) und den fest angestellten Mitarbeitern gegeben. Es habe keine Verpflichtung zu einer höchstpersönlichen Leistungserbringung gegeben. Sodann wurde die Zustimmungserklärung des Beigeladenen zu 1) für einen späteren Beginn der Versicherungspflicht nachgereicht, ebenso ein Nachweis der Versicherung des Beigeladenen zu 1) im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen und ein Nachweis der D. Krankenversicherung über eine private Kranken- und Pflegeversicherung.

Am 25.2.2016 erließ die Beklagte den angekündigten Bescheid. Sie stellte fest, dass der Beigeladene zu 1) in seiner Tätigkeit für die Klägerin vom 10.8.2015 bis zum 17.9.2015 eine abhängige Beschäftigung ausgeübt habe und dass Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe. Die Merkmale einer abhängigen Beschäftigung würden überwiegen. Es würden keine Merkmale für eine Befreiung vorliegen. Außerdem würden die Voraussetzungen für einen späteren Beginn der Versicherungspflicht nach [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) nicht vorliegen, da der Versicherungsschutz zur Absicherung von Krankheit nicht ausreichend sei.

Die Klägerin legte Widerspruch ein. Sie legte eine weitere Bescheinigung der D. vor, dass der Versicherungsschutz den Anforderungen des [§ 193 Abs. 3 SGB V](#) genüge (vgl. Bl. 88 der Verwaltungsakte).

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin am 28.6.2016 zurück. Es würden sich keine Änderungen durch das Vorbringen der Klägerin ergeben.

Die Klägerin hat am 28.7.2016 Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben.

Die Klägerin vertritt zur Klagebegründung weiterhin die Auffassung, dass der Beigeladene zu 1) als Radiologe eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt habe. Dazu wiederholt die Klägerin ihre Argumente aus dem Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren. Weiter führt die Klägerin aus, dass der Beigeladene zu 1) und die Klägerin einen Honorararztvertrag geschlossen hätten, der von einer Facharztagentur vermittelt worden sei. Es sei die Vermittlung eines Freiberuflers beabsichtigt gewesen. Dies ergebe sich auch aus den AGB der Agentur. Der Beigeladene zu 1) habe sich seine Patienten selbst aussuchen können und habe auch Patienten ablehnen können. Er sei frei darin gewesen, wann er seine Leistungen erbringt. Die Tätigkeit habe notwendigerweise in den Räumlichkeiten der Klägerin stattfinden müssen. Für die weiteren Einzelheiten wird auf Bl. 1-3, 81-86 der Gerichtsakte Bezug genommen. Ergänzend beruft sich die Klägerin auf [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#). Die Voraussetzungen für einen späteren Beginn der Versicherungspflicht würden vorliegen. Insbesondere sei der Krankenversicherungsschutz des Beigeladenen zu 1) ausreichend.

Die Klägerin beantragt:

1. Der Bescheid der Beklagten vom 25.02.2016 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 28.06.2016 wird aufgehoben.
2. Es wird festgestellt, dass die Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) für die Klägerin in der Zeit vom 10.08.2015 bis zum 17.09.2015 nicht als abhängige Beschäftigung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung unterlag.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist auf die Ausführungen in ihren Bescheiden. Die Voraussetzungen von [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) würden nicht vorliegen. Es bestehe keine Absicherung des Beigeladenen zu 1), der der Absicherung von Krankengeld entsprechen würde.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge und haben sich zu der Sache nicht weiter eingelassen.

Ein Vergleichsvorschlag des Gerichts vom 22.5.2017 (vgl. Bl. 70-73 der Gerichtsakte) wurde von der Beklagten abgelehnt.

Der Beigeladene zu 1) wurde in der mündlichen Verhandlung am 18.9.2017 ausführlich angehört. Für die Einzelheiten wird auf die Niederschrift auf Bl. 155 bis 159 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und auf den Inhalt der Gerichtsakten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Über die Sache konnte trotz des Ausbleibens der Beigeladenen zu 2) bis 4) in der mündlichen Verhandlung am 18.9.2017 verhandelt und entschieden werden, weil die Beigeladenen zu 2) bis 4) rechtzeitig und unter Hinweis auf [§ 126 SGG](#) geladen worden sind. Die Voraussetzungen für die Durchführung einer mündlichen Verhandlung in Abwesenheit der Beigeladenen zu 2) bis 4) lagen vor.

Die zulässige Klage ist begründet. Die Bescheide der Beklagten verletzen die Klägerin in ihren Rechten. Die Bescheide der Beklagten sind daher aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beigeladene zu 1) in dem Zeitraum vom 10.08.2015 bis zum 17.09.2015 in seiner Tätigkeit für die Klägerin nicht als abhängige Beschäftigte der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung unterlag, da die Voraussetzungen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) vorliegen.

Im Einzelnen:

1. Rechtsgrundlage der Bescheide der Beklagten ist [§ 7a](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV). Danach können die Beteiligten schriftlich eine Entscheidung beantragen, ob eine Beschäftigung vorliegt (vgl. [§ 7a Abs. 1 SGB IV](#)). Über den Antrag entscheidet die Deutsche Rentenversicherung Bund (vgl. [§ 7a Abs. 1 S. 3 SGB IV](#)). Die Deutsche Rentenversicherung Bund entscheidet auf Grund einer Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalles, ob eine Beschäftigung vorliegt (vgl. [§ 7a Abs. 2 SGB IV](#)). Die Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Bund darf sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht darauf beschränken "eine abhängige Beschäftigung dem Grunde nach" oder nur einzelne Elemente eines Versicherungstatbestandes zu prüfen (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.3.2009, Az. [B 12 R 11/07 R](#)). Zu beachten ist dabei aber die Regelung des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#). Danach gilt, dass die Versicherungspflicht – sofern die Deutsche Rentenversicherung Bund ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis erst feststellt – erst mit der Bekanntgabe der Entscheidung eintritt, wenn

der Antrag auf Statusfeststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt wird,
wenn der Beschäftigte zustimmt (Nr. 1) und

er für den Zeitraum zwischen Aufnahme der Beschäftigung und der Entscheidung eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur Altersvorsorge vorgenommen hat, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht (Nr. 2).

2. Die streitgegenständliche Bescheide sind nach Auffassung der Kammer insoweit rechtmäßig, soweit die Beklagte zu dem Ergebnis gekommen ist, dass es sich bei der Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) als Honorararzt für die Klägerin in der Zeit vom 10.08.2015 bis zum

17.09.2015 um eine abhängige Beschäftigung gehandelt hat.

Im Einzelnen:

a) Im vorliegenden Fall liegen im Hinblick auf die Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) als Facharzt für Radiologie im MVZ der Klägerin nämlich zahlreiche Merkmale vor, die stark für eine abhängige Beschäftigung sprechen.

(1) Für eine abhängige Beschäftigung des Beigeladenen zu 1) spricht zunächst, dass der Beigeladene zu 1) nach Auffassung der Kammer sehr stark in die Arbeitsorganisation der Klägerin eingegliedert war.

Ob eine Eingliederung vorliegt, bestimmt sich danach, inwiefern der Mitarbeiter Glied eines fremden Betriebes ist oder im Mittelpunkt des eigenen Unternehmens steht (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 25. April 2013, Az. [L 1 R 13/12](#)). Es kommt also unter anderem darauf an, ob sich die zu beurteilende Tätigkeit im Rahmen einer Eingliederung in eine fremd vorgegebene Arbeitsorganisation vollzieht, innerhalb derer die Tätigkeit in einem "übergeordneten Organismus" erbracht wird (vgl. Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 23.05.2013, Az. [L 8 KR 162/11](#); Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 14.03.2013, Az. [L 8 KR 102/12](#) m.w.N.).

Hier liegt es – gerade vor dem Hintergrund der Ausführungen des Beigeladenen zu 1) in der mündlichen Verhandlung – nach Auffassung der Kammer auf der Hand, dass der Beigeladene zu 1) seine Tätigkeit im Rahmen einer fremd vorgegebenen Arbeitsorganisation bzw. in einem übergeordneten Organismus erbracht hat. Zunächst spricht bereits der Umstand für eine Eingliederung des Beigeladenen zu 1) in den Betrieb der Klägerin, dass der Beigeladene zu 1) nahezu ausschließlich mit den Betriebsmitteln der Klägerin arbeitete. Er erbrachte die Tätigkeit als Radiologe in den Räumlichkeiten des MVZ der Klägerin und er verwendete dabei nahezu ausschließlich die Arbeitsgeräte des MVZ, wie den eingerichteten Arbeitsplatz (Büro und EDV) und die Geräte zur Bildgebung, wie etwa MRT-, CT- und Röntgengeräte. Die Verwendung dieser Arbeitsgeräte der Klägerin hat der Beigeladene zu 1) in der mündlichen Verhandlung anschaulich und nachvollziehbar beschrieben. Ohne die "komplexe und teure Ausstattung" der Klägerin wäre es dem Beigeladenen zu 1) gar nicht möglich gewesen, seine Tätigkeit als Radiologe auszuüben. Dies spricht stark für eine Eingliederung des Beigeladenen zu 1) in die Arbeitsorganisation der Klägerin.

Des Weiteren spricht stark für eine Eingliederung des Beigeladenen zu 1) in die Arbeitsorganisation der Klägerin, dass sich die Klägerin des Beigeladenen zu 1) bedient hat, um ihre eigenen gesetzlichen und vertraglichen Pflichten gegenüber den Patienten und deren Kostenträger zu erbringen. Denn einerseits wurden die Patienten von dem Beigeladenen zu 1) als Patienten des MVZ behandelt und andererseits war es gerade die Aufgabe des Beigeladenen zu 1) die Urlaubsvertretung für die beiden ärztlichen Leiter des MVZ zu übernehmen. Der Beigeladene zu 1) musste mit dem Personal und den Mitarbeitern des MVZ zusammenarbeiten (vgl. § 3 des Honorararztvertrages) und er wurde – wie in der mündlichen Verhandlung geschildert – von dem Personal des MVZ in schwierigen Situationen auch angesprochen und befragt. All dies zeigt, dass der Beigeladene zu 1) seine Leistung in einer fremd vorgegebenen und übergeordneten Arbeitsorganisation erbracht hat.

Demgegenüber kann sich die Klägerin nicht mit Erfolg darauf berufen, dass es auf diese Umstände hier nicht ankommen könne, weil sie quasi "in der Natur der Dienstleistung" des Beigeladenen zu 1) liegen würden. Denn auch solche Umstände sind bei der Bewertung maßgeblich zu berücksichtigen. Sie treten also gerade nicht in den Hintergrund. In der Entscheidung vom 11.03.2009 hat das Bundessozialgericht (Az. [B 12 KR 21/07 R](#)) dazu ausdrücklich ausgeführt:

"Das LSG hat nicht berücksichtigt, dass eine tatsächlich bestehende Eingliederung in den Betrieb des Dienstherrn nicht deshalb in ihrer Bedeutung zurücktritt, weil sie (auch) in der Eigenart der zu erbringenden Leistung begründet ist."

Die Argumente der Klägerin vermögen auch vor diesem Hintergrund nicht zu überzeugen.

Für die Kammer liegt es aus den dargelegten Gründen auf der Hand, dass der Beigeladene zu 1) hier offensichtlich in die Arbeitsorganisation der Klägerin eingegliedert war, da er eben mit den Angestellten des MVZ zusammenarbeiten musste und in den Räumlichkeiten des MVZ und unter Verwendung der Arbeitsmaterialien der Klägerin sowie unter Einbindung in die Arbeitsorganisation der Klägerin tätig gewesen ist. Damit liegt es auf der Hand, dass der Beigeladene zu 1) seine Tätigkeit im Rahmen eines fremden Betriebes erbracht hat. Der Beigeladene zu 1) hat mit seiner Arbeit damit in erster Linie dem Zweck eines fremden Unternehmens – nämlich dem MVZ der Klägerin – gedient.

Somit war der Beigeladene zu 1) nach Auffassung der Kammer ganz stark in den Betrieb der Klägerin eingegliedert.

(2) Darüber hinaus unterlag der Beigeladene zu 1) nach Auffassung der Kammer auch in nicht unerheblichem Umfang den Weisungen der Klägerin, was ebenfalls für eine abhängige Beschäftigung des Klägers spricht.

Ausmaß und auch die genauere Ausprägung des Weisungsrechts hängen von der geschuldeten Tätigkeit ab. So ist insbesondere die inhaltliche oder fachliche Weisungsbefugnis bei hoch qualifizierten Tätigkeiten eingeschränkt oder mangels eigener Fachkompetenz theoretisch weisungsberechtigter Personen überhaupt nicht vorhanden. Hier tritt die Eingebundenheit in den - fremden - Betrieb und die so genannte funktionsgerecht dienende Teilhabe in den Vordergrund, so dass auch bei einem völligen Fehlen inhaltlicher oder fachlicher Weisungsbefugnisse ein Beschäftigungsverhältnis vorliegen kann (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.04.2013, Az. [B 12 KR 19/11 R](#)).

Vor diesem Hintergrund steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass der Beigeladene zu 1) hinsichtlich Zeit, Ort und Art der Tätigkeit gerade nicht vollkommen frei agieren konnte. Denn zum einen waren der Tätigkeitsort und die Tätigkeitsdauer durch den Vertrag mit der Klägerin weitgehend vorgegeben. Insofern verblieb dem Beigeladenen zu 1) gerade kein großer eigener Spielraum mehr, mit dem er seine Tätigkeit für die Klägerin frei gestalten konnte, als er den Auftrag einmal angenommen hatte. Zudem war die Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) letztlich auch hinsichtlich der Art der Tätigkeit (Vertretung der ärztlichen Leiter des MVZ) durch den Bedarf der Klägerin vorgegeben. Auch hinsichtlich der Zeit seiner Tätigkeiten war der Beigeladene zu 1) an die vereinbarten Vorgaben gebunden (4 Tage pro Woche und jeweils mindestens 8 Stunden pro Tag – vgl. § 1 Honorararztvertrag). Von einer völlig freien Gestaltung seiner Tätigkeit kann bei dem Beigeladenen zu 1) somit gerade nicht ausgegangen werden.

Demgegenüber kann sich die Klägerin nicht mit Erfolg darauf berufen, dass der Beigeladene zu 1) vollkommen weisungsfrei gewesen sei. Denn aus den bereits dargestellten Gründen ergibt sich, dass diese vollkommene Weisungsfreiheit eben gerade nicht bestand. Zwar sieht die Kammer durchaus, dass der Beigeladene zu 1) in seiner ärztlichen Tätigkeit Freiräume hatte. Dies führt jedoch nicht dazu, dass sich hieraus ein starkes Indiz für eine selbstständige Tätigkeit herleiten lässt. Denn gerade bei hochqualifizierten Tätigkeiten gilt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sogar der Grundsatz, dass trotz fehlender Weisungsgebundenheit eine abhängige Beschäftigung angenommen werden kann, wenn – wie hier – die Eingebundenheit in den fremden Betrieb und die so genannte funktionsgerecht dienende Teilhabe in den Vordergrund tritt. Auch aufgrund dieses Umstandes kann sich die Klägerin nicht auf die vorgetragenen inhaltlichen Freiräume des Beigeladenen zu 1) bei seiner ärztlichen Tätigkeit berufen. Dabei ist nämlich auch zu berücksichtigen, dass auch abhängig beschäftigte Ärzte in ihren ärztlichen Tätigkeiten typischerweise erhebliche eigene Entscheidungsspielräume haben, die sie nach eigenem Ermessen ausfüllen können.

Schließlich vermag auch das Argument des Klägers nicht zu überzeugen, dass es dem Beigeladenen zu 1) möglich gewesen sei Aufträge abzulehnen. Dies spricht nach Auffassung der Kammer im vorliegenden Fall nicht für eine selbstständige Tätigkeit. Insoweit nimmt das Gericht auf die zutreffenden Ausführungen im Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 20.8.2015 (Az. [L 4 R 1001/15](#)) – Bezug, denen sich die Kammer anschließt:

"Kein durchgreifender Umstand, der für eine selbstständige Tätigkeit spricht, ist, dass der Beigeladene zu 1) nicht verpflichtet ist, sich dem Kläger zur Verfügung zu stellen, sondern die Durchführung einzelner Wochenenddienste ablehnen darf. Zwar kann die Möglichkeit, Aufträge anzunehmen oder abzulehnen, als Indiz für das Vorliegen einer selbstständigen Tätigkeit angesehen werden, weil damit der Betroffene über den Umfang seiner Tätigkeit selbst bestimmt. Doch sind ebenso im Rahmen abhängiger Beschäftigung Vertragsgestaltungen denkbar, die es weitgehend dem Beschäftigten überlassen, wie er im Anforderungsfall tätig werden will oder ob er eine Anfrage ablehnt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24. Februar 2015 – [L 11 R 5195/13](#) – in juris, Rn. 33 m.w.N. – auch zum Folgenden). In Abruf- oder Aushilfsbeschäftigungsverhältnissen, in denen auf Abruf oder in Vertretungssituationen, beispielsweise bei Erkrankung und Ausfall von Mitarbeitern, lediglich im Bedarfsfall auf bestimmte Kräfte zurückgegriffen wird, kann die Möglichkeit eingeräumt sein, eine Anfrage abzulehnen. Wird allerdings die Anfrage angenommen, so wird die Tätigkeit in persönlicher Abhängigkeit in einem fremden Betrieb und damit im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung ausgeübt und stellt die Tätigkeit nicht allein wegen der vorhandenen Ablehnungsmöglichkeiten eine selbstständige Tätigkeit dar."

Dies gilt auch im vorliegenden Fall für die Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) im Hause der Klägerin, mit der ebenfalls lediglich der urlaubsbedingte Ausfall von Mitarbeitern der Klägerin ausgeglichen werden sollten. Daher vermag die Argumentation der Klägerin nicht zu überzeugen.

(3) Darüber hinaus sprechen noch zahlreiche weitere Merkmale für eine abhängige Beschäftigung des Beigeladenen zu 1).

Etwa spricht die hier vereinbarte Vergütung nach Arbeitsstunden und nach festen Stundensätzen für eine abhängige Beschäftigung (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.11.1980, Az. [12 RK 76/79](#); Urteil des Bayrischen Landessozialgerichts vom 28.5.2013, Az. [L 5 R 863/12](#)). Hier waren für den Beigeladenen zu 1) feste Stundensätze vereinbart, nämlich 100,- EUR pro Stunde.

(4) Des Weiteren ist hier zu berücksichtigen, dass der Beigeladene zu 1) ohne die Klägerin und ihre Beauftragung seine radiologischen Leistungen gar nicht erbringen kann. Die Möglichkeit als Radiologe tätig zu werden, verschaffte ihm im streitgegenständlichen Zeitraum erst die Klägerin und seine Eingliederung in den organisatorischen Betrieb der Klägerin. Denn dem Beigeladenen zu 1) ist es nämlich gar nicht möglich gegenüber den Leistungsträgern (Krankenkasse) selbst abzurechnen. Die Abrechnung seiner ärztlichen Leistungen gegenüber den Patienten musste nämlich über die Klägerin und letztlich auch im Namen der Klägerin erfolgen. All dies spricht nach Auffassung der Kammer ebenfalls ganz stark für eine abhängige Beschäftigung.

(5) Ebenso spricht hier der Umstand, dass der Beigeladene zu 1) faktisch die Arbeitsleistungen höchstpersönlich erbracht hat, für eine abhängige Beschäftigung (vgl. Urteil des Bayrischen Landessozialgerichts vom 28.5.2013, Az. [L 5 R 863/12](#)).

(6) Schließlich ist hier auch zu berücksichtigen, dass die Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) gerade dazu gedient hat Personalengpässe der Klägerin auszugleichen. Dies zeigt und bestätigt, dass "im Kern" die Tätigkeit des Klägers den Aufgaben der fest angestellten Radiologen der Klägerin entsprochen hat. Wird jedoch – wie hier – ein Beschäftigter ersetzt, ist dies als Indiz für eine abhängige Beschäftigung zu werten (vgl. Urteil des Bayrischen Landessozialgerichts vom 28.5.2013, Az. [L 5 R 863/12](#)). Maßgebliche Unterschiede, die es rechtfertigen könnten, dass die "im Kern" identische Tätigkeit einmal als abhängige Beschäftigung und einmal als selbstständige Tätigkeit zu betrachten sein könnte, sind nicht ersichtlich.

b) Es liegen somit vor dem dargelegten Hintergrund zahlreiche Merkmale vor, die ganz stark für eine abhängige Beschäftigung des Beigeladenen zu 1) sprechen. Demgegenüber liegen kaum Merkmale vor, die für eine selbstständige Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) sprechen.

Im Einzelnen:

(1) Eine eigene Betriebsstätte oder wesentliche eigene Betriebsmittel des Beigeladenen zu 1), die bei der Tätigkeit für die Klägerin zum Einsatz kamen, gab es unstreitig nicht. Der Beigeladene zu 1) kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass es sich bei dem Fehlen einer eigenen Betriebsstätte um eine "Eigenart" der Tätigkeit handelt. Insoweit nimmt die Kammer erneut Bezug auf die bereits zitierte Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 11.03.2009 (Az. [B 12 KR 21/07 R](#)).

(2) Es handelt sich bei der Arbeit des Beigeladenen zu 1) für die Klägerin auch nicht um eine im Wesentlichen frei gestaltbare Tätigkeit. Insoweit wird auf die bisherigen Ausführungen Bezug genommen.

(3) Schließlich lag bei dem Beigeladenen zu 1) auch kein Unternehmerrisiko vor.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gilt, dass für das Vorliegen eines Unternehmerrisikos maßgeblich ist, ob eigenes Kapital oder die eigene Arbeitskraft auch mit der Gefahr eines Verlustes eingesetzt wird, der Erfolg des Einsatzes der sächlichen oder persönlichen Mittel also ungewiss ist. Erforderlich ist ein Risiko, das über das Risiko hinausgeht, für den Arbeitseinsatz kein Entgelt zu erzielen. Allerdings ist ein unternehmerisches Risiko nur dann Hinweis auf eine selbstständige Tätigkeit, wenn diesem Risiko auch größere Freiheiten in der Gestaltung und der Bestimmung des Umfangs beim Einsatz der eigenen Arbeitskraft gegenüberstehen (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.10.2013, Az. [B 12 KR 17/11 R](#); Urteil des Landessozialgericht Baden-Württemberg vom 19.12.2012, Az. [L 4 R 761/11](#); Kasseler Kommentar, Band 1, § 7 SGB IV, Rn. 61).

Hier wurde die Arbeitskraft des Beigeladenen zu 1) jedoch gerade nicht mit der Gefahr des Verlustes eingesetzt. Er hat von der Klägerin eine Vergütung für fest vereinbarte Stundensätze in einem ganz konkret vereinbarten Zeitraum erhalten. Die Arbeitszeiträume wurden zwischen der Beigeladenen zu 1) und der Klägerin fest vereinbart, so dass eine Ungewissheit des Erfolgs des Arbeitseinsatzes des Beigeladenen zu 1) nicht ersichtlich ist. Der Beigeladene zu 1) erhielt gerade keine erfolgsabhängige Vergütung. Die Arbeitsmittel und die Arbeitsräume wurden von der Klägerin zur Verfügung gestellt. Eigenes Kapital hat der Beigeladene zu 1) nur in vernachlässigbarem Umfang eingesetzt, zumal der Beigeladene zu 1) zusätzlich zu seiner Vergütung im Hause der Klägerin eine Übernachtungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt bekam. Außerdem ist es auch bei abhängig Beschäftigte nicht unüblich, dass sie die Kosten für ihre Berufskleidung (wie etwa angestellte Anwälte) selbst zu tragen haben und auch selbst Ausgaben für Fortbildung tätigen. Auch die Fahrtkosten zu ihrem Arbeitsplatz – etwa für einen PKW und Benzin – tragen Arbeitnehmer in der Regel selbst.

Vor diesem Hintergrund geht die Kammer davon aus, dass der Beigeladene zu 1) gerade kein Unternehmerrisiko im dargestellten Sinne zu tragen hatte. Denn als Gegenleistung für seine Tätigkeit stand ihm unabhängig vom wirtschaftlichen Ergebnis der Klägerin ein Anspruch auf die Zahlung der vereinbarten Stundensätze zu, wie dies für Beschäftigte typisch ist.

Die von der Klägerin vorgebrachten Argumente vermögen hingegen nicht zu überzeugen. Im Einzelnen:

Soweit die Klägerin darauf abstellt, dass das Risiko für den Beigeladenen zu 1) bestanden habe, keine Folgeaufträge zu erhalten, reicht dies für ein Unternehmerrisiko im Sinne des [§ 7 Abs. 1 SGB IV](#) nicht aus. Das Risiko, nicht durchgehend arbeiten zu können, ist zunächst ein Risiko, das auch jeden Arbeitnehmer trifft, der nur Zeitverträge bekommt oder auf Abruf arbeitet und nach Stunden bezahlt wird (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19.10.2012, Az. [L 4 R 761/11](#)). Zum echten Unternehmerrisiko wird dieses erst dann, wenn bei Arbeitsmangel nicht nur kein Einkommen erzielt wird, sondern zusätzlich auch Kosten für betriebliche Investitionen oder Arbeitnehmer anfallen oder früher getätigte Investitionen brachliegen. Das bei dem Beigeladenen zu 1) bei einem Arbeitsmangel in nennenswertem Umfang betriebliche Investitionen anfallen oder brachliegen, ist jedoch nicht ersichtlich, da seine Leistung gerade im Einsatz seiner Arbeitskraft bestand.

Ebenso begründet der Umstand, dass den Beigeladenen zu 1) möglicherweise eine Haftung für von ihm verursachte Schäden treffen könnte, noch kein Unternehmerrisiko (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19.10.2012, Az. [L 4 R 761/11](#), Kasseler Kommentar, Band 1, § 7 SGB IV, Rn. 61 m.w.N.).

Und schließlich begründet auch der vereinbarte Ausfall der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall kein hinreichendes unternehmerisches Risiko. Denn solche Vertragsgestaltungen (wie etwa Ausschluss von Lohnfortzahlung und Urlaub) sind als typisch anzusehen, wenn es beiden Vertragsseiten gerade darum geht, eine selbstständige freie Mitarbeit vereinbaren zu wollen. Letztlich ist dies aber nicht entscheidend, sondern nur Ausdruck der unzutreffenden rechtlichen Bewertung des Beschäftigungsverhältnisses (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19.10.2012, Az. [L 4 R 761/11](#); Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20.7.2011, Az. [L 8 R 534/10](#)). Denn ob eine Tätigkeit als Beschäftigung zu betrachten ist, ist an sich gerade nicht der Vereinbarung der Vertragsparteien zugänglich, sondern – als öffentliches Recht – anhand der dargestellten Kriterien zu prüfen, die hier jedoch aus den dargestellten Gründen gerade für eine abhängige Beschäftigung des Klägers sprechen. Insoweit verweist die Kammer auch ergänzend auf die Ausführungen in dem Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 20.8.2015 (Az. [L 4 R 1001/15](#)), in dem es zutreffend heißt:

"Angesichts der gesamten Durchführung der Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) für die Klägerin kommt dem – vom Kläger betonten – Willen der Vertragspartner, keine abhängige Beschäftigung zu begründen, keine maßgebende Relevanz für die Qualifizierung der Tätigkeit zu, unabhängig davon, dass die rechtliche Qualifikation, ob Sozialversicherungspflicht besteht, nicht der Vereinbarung zwischen dem Kläger und dem Beigeladenen zu 1) unterliegt. Maßgebend für die Abgrenzung von Beschäftigung und selbstständiger Tätigkeit sind nicht die subjektiven Vorstellungen und Wünsche der Beteiligten, sondern entscheidend ist das Gesamtbild der Arbeitsleistung, so wie es sich aus dem Vertragsverhältnis der Beteiligten ergibt und im Rahmen des rechtlich zulässigen tatsächlich vollzogen worden ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24. Februar 2015 – [L 11 R 5195/13](#) – in juris, Rn. 37). Das sich daraus ergebende Gesamtbild steht in Widerspruch zu dem Willen des Beigeladenen zu 1) zu einer selbstständigen Tätigkeit; dieser hat insoweit keinen entscheidenden Ausdruck in der Tätigkeit gefunden."

Vor diesem Hintergrund spielt auch der Wille der Klägerin, eine freiberufliche Tätigkeit des Beigeladenen zu 1) vereinbaren zu wollen, keine maßgebliche Rolle.

(4) Auch die weiteren Argumente der Klägerin vermögen nicht zu überzeugen.

Soweit die Klägerin nämlich meint, dass sich der Beigeladene zu 1) in seiner Tätigkeit von den anderen Angestellten der Klägerin unterscheide (wie z.B. dadurch, dass er nicht habe an Bereitschaftsdiensten teilnehmen müssen), verkennt sie, dass sich ein Indiz für eine selbstständige Tätigkeit nicht schon daraus herleiten lässt, dass sie den Beigeladenen zu 1) im Vergleich zu ihren übrigen fest angestellten Radiologen ungleich bzw. anders behandelt hat. Eine Ungleichbehandlung ist nämlich gerade noch nicht gleichbedeutend damit, dass der eine Arzt als Selbstständiger und die andere als abhängig Beschäftigte zu betrachten wäre. Vielmehr kommt es auf die dargelegten Kriterien an, die hier zur Überzeugung der Kammer für eine abhängige Beschäftigung des Beigeladenen zu 1) sprechen.

c) Im Ergebnis ist vor dem Hintergrund der dargestellten Umstände und nach Gewichtung der Merkmale, die für eine abhängige Beschäftigung sprechen und solcher Merkmale, die für eine selbstständige Tätigkeit sprechen, in der Gesamtschau eindeutig ein Überwiegen der Merkmale festzustellen, die für eine abhängige Beschäftigung des Beigeladenen zu 1) sprechen. Das Gericht verkennt dabei

insbesondere nicht, dass der Beigeladene zu 1) – wie bereits dargestellt – nicht unerhebliche Freiheiten bei der Arbeitsgestaltung gehabt haben mag. Jedoch muss dieser Umstand aus den dargestellten Gründen hier hinter die starken und besonders gewichtigen Merkmale, die für eine abhängige Beschäftigung sprechen zurücktreten. Denn einerseits fehlt es dem Beigeladenen zu 1) gerade an den für eine selbstständige Tätigkeit wichtigen Merkmalen eines erkennbaren Unternehmerrisikos und einer im Wesentlichen freien Gestaltungsmöglichkeit seiner Tätigkeit für die Klägerin und andererseits liegen im vorliegenden Fall stattdessen die stark für eine abhängige Beschäftigung sprechenden Merkmale der nicht unerheblichen Weisungsgebundenheit, der starken Eingliederung in eine fremde Arbeitsorganisation, der Vergütung nach Stundensätzen, der Teamarbeit und der persönlichen Leistungserbringung vor.

Somit geht die Kammer im Ergebnis auch nach Gewichtung und Gesamtabwägung der Umstände davon aus, dass der Beigeladene zu 1) in seiner Tätigkeit für die Klägerin eine abhängige Beschäftigung ausgeübt hat.

3. Die Bescheide der Beklagten sind jedoch rechtswidrig, soweit die Beklagte der Auffassung ist, dass ab dem 10.8.2015 bis zum 17.9.2015 Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung vorliegt. Vielmehr verhält es sich nach Auffassung der Kammer im vorliegenden Fall so, dass zugunsten der Klägerin für den im Streit stehenden Zeitraum vom 10.08.2015 bis 17.09.2015 die Voraussetzungen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) vorliegen, so dass eine Versicherungspflicht bezüglich des Beigeladenen zu 1) in diesem Zeitraum nicht eingetreten ist.

a) [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) weicht von dem in der Sozialversicherung geltenden Grundsatz ab, dass jede abhängige, gegen Arbeitsentgelt (vgl. [§ 14 SGB IV](#)) ausgeübte Beschäftigung zur Versicherungs- und regelmäßig auch zur Beitragspflicht führt. Denn unter den Voraussetzungen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) kann der Beginn der Versicherungspflicht mit Zustimmung des Versicherten bei einer Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Alter und Krankheit auf den Zeitpunkt der Bekanntgabe des Verwaltungsakts verschoben werden. Insofern "honoriert" [§ 7 Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) ein rasches Gebrauchmachen von der Möglichkeit des Antrages auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status (vgl. Kasseler Kommentar, Band 1, § 7 SGB IV, Rn. 20). Wird also – wie im vorliegenden Fall – das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses von der Beklagten per Verwaltungsakt festgestellt und wird dieser nach [§ 37 SGB X](#) bekannt gegeben, beginnt die Versicherungspflicht nicht zwangsläufig mit der Aufnahme der Tätigkeit durch den Versicherten, sondern nach Maßgabe des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) erst mit der Bekanntgabe des Verwaltungsaktes. Ein sogenanntes obligatorisches Statusfeststellungsverfahren nach [§ 7a Abs. 1 S. 2 SGB IV](#), bei dem die Einzugsstelle die Einleitung des Statusfeststellungsverfahrens einleitet und für das die Regelung des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) nicht gelten sollen (vgl. jurisPraxiskommentar, 2. Auflage, [§ 7a SGB VI](#), Rn. 19), liegt hier nicht vor.

b) Somit kann sich die Klägerin zu Recht auf [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) berufen. Denn die Voraussetzungen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) liegen hier vor.

Unstreitig ist nämlich zwischen den Beteiligten, dass der Beigeladene zu 1) den Antrag auf Statusfeststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt hat. Der Antrag ist nämlich am 4.9.2015 bei der Beklagten eingegangen und die Tätigkeit als Honorararzt hat nur vom 10.08.2015 bis 17.09.2015 gedauert. Der Antrag wurde also noch innerhalb des ersten Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt und die Tätigkeit wurde bereits nach etwas mehr als einem Monat beendet.

c) Ebenso ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass der Beigeladene zu 1) dem späteren Eintritt der Versicherungspflicht im Sinne des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 1 SGB IV](#) zugestimmt hat. Der Beigeladene zu 1) und die Klägerin haben sich im Verwaltungs- und im Klageverfahren sogar ausdrücklich auf die Regelung des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) berufen.

d) Es bestehen ebenfalls keine Bedenken, dass der Beigeladene zu 1) in dem Zeitraum zwischen der Aufnahme der Beschäftigung und der Entscheidung der Beklagten – also zwischen dem 10.8.2015 und dem 17.9.2015 (Ende des streitgegenständlichen Zeitraums) bzw. dem 25.2.2016 (Datum der Entscheidung der Beklagten) eine Absicherung zur Altersvorsorge vorgenommen hat, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht. Dies hat auch die Beklagte nicht in Abrede gestellt. Und daran bestehen vor dem Hintergrund der vorgelegten Bescheinigung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen zugunsten des Beigeladenen zu 1) auch keine Bedenken.

e) Und Schließlich liegt – entgegen der Auffassung der Beklagten – hier auch das letzte Merkmal des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) vor, nämlich eine Absicherung des Beigeladenen zu 1) gegen das finanzielle Risiko von Krankheit, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Daran hegt die Kammer vor dem Hintergrund der vorgelegten Bescheinigungen der D. keine Bedenken. Denn daraus ergibt sich eindeutig, dass der Beigeladene zu 1) eine Krankheitskostenvollversicherung und eine Private Pflegepflichtversicherung unterhalten hat, die sowohl einen Versicherungsschutz für ambulante ärztliche Leistungen als auch für stationäre Leistungen beinhaltet, ebenso wie zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatz und Heil- und Hilfsmittel. Es wurde von der D. ausdrücklich bestätigt, dass der private Krankenversicherungsschutz des Beigeladenen zu 1) den Anforderungen des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) entspricht.

Soweit die Beklagte meint, dass aufgrund einer fehlenden Absicherung eines Anspruches auf Krankengeld die Voraussetzungen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) trotzdem nicht erfüllt seien, vermag diese Auffassung die Kammer gleich aus mehreren Gründen nicht zu überzeugen. Im Einzelnen:

(1) Die finanzielle Absicherung gegen das Risiko von Krankheit kann etwa durch eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder durch eine entsprechende private Kranken- und Pflegeversicherung erfolgen. Umfang und Inhalt der erforderlichen Absicherung im Sinne des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) hat der Gesetzgeber im Gesetzestext nicht konkretisiert. In der amtlichen Begründung hat der Gesetzgeber jedoch eindeutig ausgeführt:

"Danach treten die Versicherungs- und Beitragspflicht erst mit der Bekanntgabe der Statusentscheidung ein, allerdings nur, soweit für den Beschäftigten eine anderweitige Absicherung bestand. Diese Absicherung braucht mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nicht deckungsgleich zu sein; es genügt, dass ein ausreichender sozialer Schutz besteht." (vgl. [BT-Drucksache 14/1855, S. 7](#) – Hervorhebung in Fettdruck durch das Gericht)

Nach dem Willen des Gesetzgebers muss die Absicherung – entgegen der Auffassung der Beklagten – also gerade nicht deckungsgleich sei. Vielmehr soll es ausreichen, dass "ein ausreichender sozialer Schutz" besteht. Somit spricht bereits die Berücksichtigung des Willens des Gesetzgebers bei der Auslegung des [§ 7 Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) gegen die Auffassung der Beklagten, dass jede Absicherung, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten ist auch in der Absicherung im Sinne des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) enthalten sein müsse. Dies lässt sich dem Willen des Gesetzgebers gerade nicht entnehmen, da die Absicherung gerade nicht deckungsgleich sein muss (vgl. auch Kasseler Kommentar, Band 1, § 7 SGB IV, Rn. 22; Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg vom 18.9.2013, Az. [L 9 KR 384/11](#) m.w.N.; Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 16.1.2013, Az. [S 25 KR 225/10](#)).

(2) Im Übrigen würde die enge Auslegung des [§ 7 Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) – wie sie die Beklagte vornimmt – auch den Sinn und Zwecke des [§ 7 Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) konterkarieren. Denn wie bereits dargestellt soll [§ 7 Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) gerade solche Versicherte privilegieren, die sich aus eigenem Antrieb frühzeitig um die Klärung ihres sozialversicherungsrechtlichen Status bemühen und darüber hinaus auch schon Eigenvorsorge betrieben haben, welche für den Fall, dass Versicherungspflicht festgestellt wird, gar nicht (z.B. hinsichtlich der Prämien zur privaten Krankenversicherung) oder nur noch unter erheblichem Aufwand rückabzuwickeln ist (vgl. Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg vom 18.9.2013, Az. [L 9 KR 384/11](#) m.w.N.; Kasseler Kommentar, Band 1, § 7 SGB IV, Rn. 20). Die Privilegierung dieser Versicherten vermeidet damit eine grundsätzlich unerwünschte Doppelversicherung (vgl. Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg vom 18.9.2013, Az. [L 9 KR 384/11](#) m.w.N.). Würde man also der Rechtsansicht der Beklagten folgen, würde dieses Privileg des [§ 7 Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) bereits dann nicht zum Tragen kommen, wenn auch nur gegen eines der im SGB V abgesicherten Krankheitsrisiken keine ausreichende Absicherung getroffen worden wäre. Dies würde dem Sinn und Zweck des [§ 7 Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) widersprechen (vgl. dazu Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg vom 18.9.2013, Az. [L 9 KR 384/11](#) m.w.N.) und den Anwendungsbereich der Vorschrift unterlaufen.

(3) Auch in der systematischen Auslegung vermag die Rechtsauffassung der Beklagten nicht zu überzeugen. Denn was ein ausreichender Versicherungsschutz nach Auffassung des Gesetzgebers ist – der nach der dargestellten Gesetzesbegründung (vgl. [BT-Drucksache 14/1855, S. 7](#)) für [§ 7 Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) ausreichend sein soll – ist inzwischen gesetzlich normiert. Denn in [§ 193 Abs. 3 VVG](#) hat der Gesetzgeber geregelt:

"Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten"

Mit der Einführung dieser Regelung hat der Gesetzgeber mehrere Ziele verfolgt. Dabei kam es ihm insbesondere auf folgendes an:

"Ziel des Gesetzgebungsvorhabens ist es, einen Versicherungsschutz für alle in Deutschland lebenden Menschen zu bezahlbaren Konditionen herzustellen. Niemand soll ohne Versicherungsschutz und damit im Bedarfsfall nicht ausreichend versorgt oder auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen angewiesen sein. (...) Durch diese Regelung werden der verpflichtete Personenkreis ebenso wie der Mindestinhalt der Absicherung durch den Versicherungsvertrag festgelegt. (...) (vgl. [BT-Drs. 16/4247, S. 66f.](#))

Weiter heißt es in den Gesetzesmaterialien ausdrücklich:

"Ausreichend ist eine Absicherung in Tarifen, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen. Die Begriffe ambulante und stationäre Heilbehandlungen benennen klassische Leistungsbereiche in der PKV (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 der Kalkulationsverordnung), der jeweilige genaue Leistungsinhalt und -umfang aus diesen – und möglichen anderen – Leistungsbereichen wird, wie in der PKV üblich, im Tarif festgelegt." (vgl. [BT-Drs. 16/4247, S. 67.](#))

Dieser "ausreichenden" Versicherungsschutz des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) – den der Beigeladene zu 1) ausweislich der Bescheinigungen der D. unterhält – muss hier auch für [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) genügen, da der Gesetzgeber auch im Rahmen dieser Regelung ausdrücklich nur einen "ausreichenden" Krankenversicherungsschutz gemeint hat. Insoweit spricht also sowohl die systematische als auch die vom Willen des Gesetzgebers getragene Auslegung der einschlägigen Vorschriften gegen die Auffassung der Beklagten. Insoweit verweist die Kammer auch auf die folgenden zutreffenden Ausführungen in dem Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 18.9.2013, Az. [L 9 KR 384/11](#)), die sich auch auf den vorliegenden Fall übertragen lassen:

"Auch im Hinblick auf das erforderliche Schutzniveau gegen das (finanzielle) Risiko der Krankheit gilt nach der o.g. Gesetzesbegründung, dass keine mit der gesetzlichen Krankenversicherung deckungsgleichen Leistungen vorausgesetzt werden, sondern lediglich ein "ausreichender sozialer Schutz". Dessen Bestimmung ergibt sich für die – hier allein relevante – Rechtslage ab dem 1. Januar 2009 aus dem gesetzlich angestrebten Versicherungsschutz für alle in Deutschland lebenden Menschen. Der Mindestumfang, den ein Krankenversicherungsschutz aufweisen muss, um der beabsichtigten umfassenden Versicherungspflicht Genüge zu leisten, ist gleichbedeutend mit den in [§ 193 Abs. 3 VVG](#) enthaltenen Mindestanforderungen an eine der Versicherungspflicht genügende private Krankenversicherung (BSG, Urteil vom 20. März 2013 – [B 12 KR 14/11 R](#) –, juris; a.A.: Rundschreiben vom 13. April 2010, a.a.O.; Knospe, a.a.O.; Pietrek, a.a.O., Rd. 129; Krauskopf/Baier, a.a.O., Rd. 18; Frehse, a.a.O., Rd. 21a; Berchtold, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, 2.A., [§ 7a SGB IV](#), Rd. 10; Schmidt, a.a.O.). Dieses Sicherungsniveau dient dem Gesetzgeber zur Erreichung des von ihm formulierten Ziels einer ausreichenden Versorgung im Bedarfsfall ([BT-Drucks 16/4247 S. 66](#)). Die zum 1. Januar 2009 geänderte Rechtslage spricht daher nicht für, sondern gegen die von der Beklagten vertretene Rechtsauffassung. 43b) Den Anforderungen des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) (in der seit dem 23. Juli 2009 geltenden Fassung) wird der für den Beigeladenen ab dem 15. September 2009 bestehenden Krankenversicherungsschutz gerecht. Nach dieser Norm ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine

betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 EUR begrenzt ist. (...) Nicht erforderlich ist demgegenüber eine dem Krankengeld entsprechende Entgeltersatzleistung"

(4) Darüber hinaus weist die Kammer ergänzend darauf hin, dass auch aus weiteren systematischen Gründen die Argumentation der Beklagten fehl geht.

Denn soweit die Beklagte bei einer privat krankenversicherten Person – wie im vorliegenden Fall des Beigeladenen zu 1) – im Rahmen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) verlangt, dass sie sich auch mit einem Krankengeld absichern müsse, um eine der gesetzlichen Krankenversicherung "entsprechende" Absicherung im Sinne des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) anzunehmen, verkennt die Beklagte die gravierenden Unterschiede zwischen dem im [§§ 44 ff. SGB V](#) geregelten Krankengeld und der Krankentagegeldversicherung in der Privaten Krankenversicherung. Diese unterscheiden sich nämlich ganz erheblich voneinander.

Denn in der privaten Krankentagegeldversicherung ist es – im Unterschied zur Gesetzlichen Krankenversicherung – zur Annahme von Arbeitsunfähigkeit gerade erforderlich, dass die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit in keiner Weise ausüben kann. Man spricht von einer sogenannten 100%-igen bzw. völliger Arbeitsunfähigkeit. Der Begriff der "Arbeitsunfähigkeit" im Sinne des [§ 1 Abs. 3](#) der Musterbedingungen der Krankentagegeldversicherung (MB/KT) ist somit viel enger als der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne des [§ 44 Abs. 1 SGB V](#) (vgl. Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Auflage, [§ 1 MB/KT](#), Rn. 13 mit zahlreichen weiteren Nachweisen). Denn demgegenüber liegt in der Gesetzlichen Krankenversicherung bei einem Beschäftigten Arbeitsunfähigkeit vor, wenn der Versicherte durch Krankheit daran gehindert ist, seine arbeitsvertraglich geschuldete, zuletzt ausgeübte Arbeit zu verrichten (vgl. Kasseler Kommentar, Band 1, [§ 44 SGB V](#), Rn. 33). Da es keine Teil-Arbeitsunfähigkeit gibt, wird der Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht arbeitsfähig, wenn er die Tätigkeit, auf die sich die Arbeitsunfähigkeit bezieht, teilweise ausüben kann (vgl. Kasseler Kommentar, Band 1, [§ 44 SGB V](#), Rn. 53ff.). Demgegenüber ist ein Versicherter der privaten Krankentagegeldversicherung gerade nicht arbeitsunfähig, wenn er seine Arbeit etwa nur zur Hälfte nicht ausüben kann. Dies zeigt beispielhaft, dass die Regelungen zum Krankengeld in der privaten Krankenversicherung mit den Regelungen zum Krankengeld in der Gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin nicht vergleichbar sind.

Damit zeigt aber auch dieser systematische Vergleich, dass die Auffassung der Beklagten nicht zu überzeugen vermag. Eine "entsprechende" Absicherung von Krankengeld wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist in der privaten Krankenversicherung somit letztlich gar nicht möglich.

(5) Im Ergebnis geht die Kammer aus den zahlreichen dargelegten Gründe – die sich sowohl an der historischen, der systematischen und der teleologischen Auslegung orientieren – davon aus, dass es einer Absicherung eines Krankengeldanspruches nicht bedarf um die Voraussetzungen einer – nicht zwingend deckungsgleichen – Absicherung im Sinne des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) zu erfüllen.

Nur ergänzend weist die Kammer darauf hin, dass die Auffassung der Kammer bereits durch das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 26.1.2017 (Az. L 8 KR 47/15) bestätigt wurde. Wörtlich heißt es in dem Urteil:

"Das Sozialgericht hat zutreffend festgestellt, dass die Versicherungspflicht der Klägerin aufgrund der Bestimmung des [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) vorliegend erst mit der Bekanntgabe des Bescheides vom 1. April 2011 und folglich nicht mehr vor (Wieder*) Aufnahme der Tätigkeit als geschäftsführende Gesellschafterin im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit eintreten konnte. (...) Zwischen den Beteiligten steht insoweit allein noch im Streit, ob die private Absicherung der Klägerin gegen das Risiko der Krankheit im streitgegenständlichen Zeitraum den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Entgegen der Ansicht der Beklagten bedurfte es hierfür nicht des Abschlusses einer Versicherung gegen das Risiko des Entgeltausfalls aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Hinsichtlich der Auslegung des im Gesetzeswortlaut des [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) verwandten unbestimmten Rechtsbegriffes einer "Absicherung gegen das Risiko von Krankheit ... die den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht" hat das Sozialgericht zutreffend auf die betreffenden Gesetzesmaterialien abgestellt. Danach braucht die Absicherung mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht deckungsgleich zu sein. Vielmehr genügt es, dass insoweit ein "ausreichender sozialer Schutz besteht" (BT*Dr. 14/1855 S. 8). Auch bezüglich des Tatbestandsmerkmals eines "ausreichenden sozialen Schutzes" existiert keine unmittelbar anwendbare Legaldefinition. Mit den überzeugenden Argumenten des Sozialgerichts erscheint es insoweit allerdings sachgerecht auf die Regelung des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) abzustellen, da diese Bestimmung mit der Zielrichtung eingeführt wurde, einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz durch eine privatversicherungsrechtliche Absicherung auch für Personen zu gewährleisten, welche nicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Dem steht auch nicht entgegen, dass die Regelung des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) zeitlich erst nach [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) eingeführt worden ist. Damit erscheint es geboten, die Mindestanforderungen für einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz nach [§ 193 Abs. 3 VVG](#) auch der Auslegung des [§ 7a Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB IV](#) zu Grunde zulegen. Hinsichtlich der Argumente, die dafür sprechen, die Kriterien eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes an der Regelung des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) zu orientieren, schließt sich der Senat vollumfänglich den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils an und verzichtet insoweit zur Vermeidung von Wiederholungen auf eine erneute Darstellung der Entscheidungsgründe ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Für die Gewährleistung eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes im Rahmen des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) bedarf es daher keiner Absicherung des Risikos des Entgeltausfalls aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Entgegen der Ansicht der Beklagten kann zur Bestimmung des "ausreichenden sozialen Schutzes" gegen das Risiko von Krankheit nicht auf den in [§ 21 Abs. 1 SGB I](#) normierten Leistungskatalog abgestellt werden, da diese Bestimmung das gesamte mögliche Leistungsspektrum der GKV umschreibt, auf welches nach dem Willen des Gesetzgebers im Rahmen des [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) gerade nicht abzustellen ist."

Ebenso hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg im Urteil vom 14.6.2017 (Az. [L 9 KR 204/15](#)) entschieden.

(6) Im Ergebnis ist die Kammer aus den dargelegten Gründen somit der Auffassung, dass die Voraussetzungen des [§ 7a Abs. 6 S. 1 SGB IV](#) hier für den streitgegenständlichen Zeitraum vorliegen.

4. Somit sind aus den dargelegten Gründen die Bescheide der Beklagten aufzuheben und die Klägerin hat auch einen Anspruch auf die Feststellung, dass der Beigeladene zu 1) als abhängig Beschäftigter in der Zeit vom 10.08.2015 bis 17.09.2015 im Rahmen seiner Tätigkeit für die Klägerin nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung unterlag.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 3 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-11-30