Urteil S 10 R 90/16

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 10 R 90/16
Datum
19.01.2023
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 3 R 223/23
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Tatbestand:

Im Streit ist die Frage, ob der Kläger die Tätigkeit als Palliativ-Arzt für die Beigeladene in der Zeit seit dem 01.01.2011 im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses oder als Selbständiger ausübt und ob Versicherungspflicht aufgrund abhängiger Beschäftigung in der Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung vorliegt.

Der Kläger ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie und verfügt über die Zusatzqualifikation als qualifizierter Palliativarzt (QPA). In der Zeit seit dem 01.01.2011 übt der Kläger eine Tätigkeit als Palliativ-Arzt im Palliative-Care-Team der Beigeladenen aus. Zusätzlich zu dieser Tätigkeit ist der Kläger im Rahmen einer Teilzeittätigkeit in einem Krankenhaus tätig. Hinsichtlich der Tätigkeit des Klägers als Palliativ-Arzt für die Beigeladene wurde keine schriftliche Vereinbarung getroffen. Der Zusammenarbeit des Klägers mit der Beigeladenen liegen mündliche Vereinbarungen zugrunde. Die Beigeladene ist eine Genossenschaft, an der der Kläger mit einem Genossenschaftsanteil von 1.000 € beteiligt ist. Der Kläger ist zudem als Mitglied des Aufsichtsrats der Genossenschaft tätig. Im August 2014 gab es insgesamt 29 Genossenschaftsmitglieder, die Teil des Palliative-Care-Teams der Genossenschaft sind. Bei den Genossenschaftsmitgliedern handelt es sich um Ärzte mit der Zusatzqualifikation qualifizierter Palliativ-Arzt, um Pflegedienste, die für die ambulante palliative Versorgung spezialisiert sind, um Hospizvereine, Krankenhäuser und Apotheken. Im Jahr 2014 waren neben dem Kläger insgesamt sechs weitere Palliativ-Ärzte im Rahmen des Palliative-Care-Teams der Beigeladenen tätig, wobei es sich außer dem Kläger um Mediziner handelt, die in einer eigenen Arztpraxis tätig sind. Am Sitz der Genossenschaft gibt es zwei Büroräume und einen großen Konferenz- und Besprechungsraum und ein Lager für eigene Medikamente und Hilfsmittel. Die Beigeladene hält zudem sechs bis sieben Ultraschallgeräte vor, die von den Palliativ-Ärzten für die Behandlung der Patienten genutzt werden können. Bei der Beigeladenen sind zwei Vollzeitkräfte im Rahmen abhängiger Beschäftigungsverhältnisse tätig, die Büro- und Verwaltungsarbeiten durchführen. Darüber hinaus wird eine externe Qualitätsmanagement-Beauftragte für die Beigeladene tätig, die Qualitätskontrollen für die Beigeladene durchführt.

Die Beigeladene führt die Firma Palliative-Care-…. eG. In der Satzung ist geregelt, dass Zweck der Genossenschaft die wirtschaftliche Förderung und Betreuung der Mitglieder mittels gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebes sowie die Erhaltung einer hochwertigen palliativen Versorgung sei (§ 2 Abs. 1 der Satzung). Gegenstand des Unternehmens sei die Erbringung von Leistungen der spezialisierten ambulanten palliativen Versorgung (SAPV) auf Grundlage der in Nordrhein mit den Krankenkassen bestehenden Verträgen gemäß § 132 d SGB V in Verbindung mit § 37 b SGB V, Beratung, Schulung, Fortbildung, Abrechnung, Qualitätssicherung, gemeinsamer Einkauf, Marketing, Abschluss von Rahmenverträgen sowie die Vertretung in allen Angelegenheiten, die geeignet sind, die Berufsausübung der Mitglieder zu fördern einschließlich aller hiermit im Zusammenhang stehenden Angelegenheiten (§ 2 Abs. 3 der Satzung). Die Ausdehnung des Geschäftsbetriebes auf Nichtmitglieder ist nach § 2 Abs. 5 der Satzung zugelassen. In §§ 13, 14 der Satzung ist geregelt, dass die Organe der Genossenschaft der Vorstand, der Aufsichtsrat und die Generalversammlung seien und dass der Vorstand die Genossenschaft in eigener Verantwortung leite und die Geschäfte der Genossenschaft gemäß den Vorschriften der Gesetze, insbesondere des Genossenschaftsgesetzes, der Satzung und der Geschäftsordnung für den Vorstand führe. Der Aufsichtsrat habe die Geschäftsführung des

Vorstandes zu überwachen und sich zu diesem Zweck über die Angelegenheit der Genossenschaft zu unterrichten (§ 22 der Satzung). Die Mitglieder der Genossenschaft üben ihre Rechte in den Angelegenheiten der Genossenschaft nach § 26 der Satzung in der Generalversammlung aus, wobei jedes Mitglied eine Stimme hat. Die Beschlüsse der Generalversammlung bedürfen der einfachen Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen, soweit nicht das Gesetz oder die Satzung eine größere Mehrheit vorschreibt (§ 31 der Satzung).

Die Beigeladene ist Leistungserbringerin der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und hat nach § 132 d Abs. 1 SGB V einen Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und der Abrechnung mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37 b SGB V abgeschlossen, der am 01.05.2011 in Kraft getreten ist. Der Vertrag enthält u. a. folgende Regelungen:

§ 1 Gegenstand und Ziele des Vertrages

(1) Die SAPV gemäß § 37 b SGB V dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die palliativmedizinische sowie palliativpflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. ...

3) Die SAPV ergänzt das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste einschließlich der Versorgungsangebote der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Je nach Umfang einer Patiententeilversorgung, vor allem aber bei der Vollversorgung, ersetzt die SAPV die Regelversorgung nach dem SGB V weitgehend oder vollständig. Sie kann als alleinige Beratungs- und Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt. ...

§ 4 Inhalt und Umfang der SAPV

(1) Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden und behandelnden Ärztin / des verordneten oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patientinnen / der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132 d SGB V. ...

§ 5 Pflichten der Vertragspartner

(1) Aufgabe des Palliative-Care-Teams ist es, Leistungen der SAPV durch spezialisierte Leistungserbringer, die sich zu einem Palliative-Care-Team zusammengeschlossen haben und Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sind, zu erbringen. Ein Vergütungsanspruch besteht daher erst, wenn das Palliative-Care-Team die nachfolgend formulierten Voraussetzungen erfüllt und die Prüfung, ob das Palliative-Care-Team geeignet und bedarfsgerecht ist, durch die KV und die zuständige Krankenkasse abgeschlossen ist und dem Palliative-Care-Team das Ergebnis dieser Prüfung mitgeteilt wurde. Erst dann ist das Palliative-Care-Team berechtigt, Leistungen der SAPV zu erbringen und erhält dann die hierfür vereinbarte Vergütung.

(2) Aufgabe der KV ist es, für die Krankenkassen zu prüfen, ob das Palliative-Care-Team die personellen Anforderungen an die Qualifikation der Ärztinnen / der Ärzte erfüllt, die nachfolgend geregelt sind. Die KV übermittelt das Ergebnis der Prüfung an die Krankenkassen. ...

§ 6 Palliative-Care-Team / Versorgungskonzept

(1) Die Leistungen der SAPV sind nur dann Vertragsgegenstand, wenn sie ausschließlich in einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden. Die Personalstärke eines Palliative-Care-Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Versicherte, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Eigenheiten, die u. a. Fahrzeiten betreffen können. Sie ergibt sich dennoch grundsätzlich aus der regionalen Struktur. Die Anpassung der Personalstärke auf regionale Erfordernisse regeln die Vertragspartner. Das Palliative-Care-Team besteht aus mindestens 3 spezialisierten / qualifizierten Ärzten und mindestens 4 qualifizierten Pflegefachkräften, die fachübergreifend in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten. Kooperationen mit mindestens einer Apotheke und mindestens einem ambulanten Hospizdienst, die die Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 b erfüllen, sind verpflichtend. Das Palliative-Care-Team ist ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig. Es gewährleistet eine weitgehende personelle Kontinuität und verfügt über eine besondere Ausstattung, die eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung im Zusammenwirken mit den weiteren Leistungserbringern gewährleistet. Es muss in der Lage sein, in seinem gesamten Einzugsbereich sowohl ärztlich als auch pflegerisch eine aufsuchende Behandlung und Pflege sowohl tagsüber als auch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen in Form einer 24-Stunden-Bereitschaft zu gewährleisten. Die organisatorischen personellen und sächlichen Voraussetzungen, die das Palliative-Care-Team ständig erfüllen muss, sind in § 7 dieses Vertrages definiert.

(2) Das Palliative-Care-Team hat der zuständigen Krankenkasse ein schriftliches Konzept vor Vertragsschluss vorzulegen. Das

Konzept hat darzustellen, in welcher Form die Koordination im Palliative-Care-Team erfolgt. Hierzu muss das Palliative-Care-Team ein verbindlich strukturiertes und schriftlich dargelegtes Versorgungskonzept vorlegen, das alle medizinisch-pflegerischen Maßnahmen klar und eindeutig unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung formuliert und darüber hinaus verdeutlicht, wie eine qualifizierte Leistungserbringung zu erfolgen hat, damit die in § 1 dieses Vertrages genannten Vertragsziele erreicht werden. Ein Vergütungsanspruch auf der Grundlage dieses Vertrages ist nur dann gegeben, wenn die zuständige Krankenkasse das vorgelegte Konzept für geeignet erachtet. ...

§ 7 Organisatorische, personelle und sächliche Voraussetzungen an das Palliative-Care-Team

1. Organisatorische Voraussetzungen

a) Das Palliative-Care-Team muss seine Organisationsform den Krankenkassen in geeigneter Form nachweisen. ...

2. Personelle Voraussetzungen

a) Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch geeignete Personen erbracht, welche die nachfolgend formulierten Qualifikationen erfüllen. Das Palliative-Care-Team stellt sicher, dass diese geeigneten Personen hauptsächlich für die Leistungen der SAPV zur Verfügung stehen. Das Palliative-Care-Team weist mindestens drei geeignete Ärztinnen / Ärzte sowie mindestens vier geeignete Pflegefachkräfte nach. ...

c) Eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patientin / den Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten ist durch das Palliative-Care-Team sicherzustellen. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer qualifizierten Palliativ-Ärztin / eines qualifizierten Palliativ-Arztes und einer Pflegekraft mit entsprechender Qualifikation gemäß Abs. 2 a) ist zu garantieren. Diese Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

3. Sachliche Voraussetzungen

a) Das Palliative-Care-Team hat als Mindestanforderungen an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

- das Palliative-Care-Team hat unter der Voraussetzung, dass eine entsprechende Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt, eine Patientendokumentation (Anlage 7) zu erstellen, die den Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die SAPV vom 23.06.2008 Punkt 6.2 entspricht.

- Arzneimittel (inklusive BtM) für die Notfall / Krisenintervention

- Arzt- / Pflegekoffer / Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)

- eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.

b) Das Palliative-Care-Team muss über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für

- die Beratung von Patientinnen / Patienten und Angehörigen

- Teamsitzungen und Besprechungen

- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln

verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, ist ein BtM-Schrank erforderlich. ...

§ 8 Weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen

(1) An das Palliative-Care-Team werden folgende weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen gestellt:

- Klare Benennung und Zuordnung einer Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung

- Klare Benennung und Zuordnung der Koordinationsfunktionen

- Zentrale Anlaufstelle

- Sicherstellung eines örtlichen abgestimmten Notfallplanes

- Koordinierung einer Vertretungsregelung und einer Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft

- Organisation der Initial- und Folgebesuche gemäß Abs. 2 Fallbesprechungen nach Abs. 2 sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 9

- Das Palliative-Care-Team ist zudem verpflichtet, eine additiv

unterstützende Teilversorgung in Form von ärztlicher und pflegerischer Leistung zu erbringen, und zwar in folgenden Fällen ...

(2) Im Rahmen des gemeinsamen Initialbesuches durch das Palliative-Care-Team (qualifizierte Palliativ-Ärztin / qualifizierter Palliativ-Arzt und Pflegefachkraft) bei der Patientin / beim Patienten erfolgt die integrative Abstimmung der notwendigen Maßnahmen und des Behandlungs- und Therapieplanes. Gleichzeitig wird ein Zeitpunkt (innerhalb von 14 Tagen) festgelegt, an dem eine erneute gemeinsame Fallbesprechung erfolgt, um ggf. die notwendigen Maßnahmen sowie den Behandlungs- und Therapieplan anzupassen. ...

§ 9 Qualitätssicherung und Dokumentation

(1) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Es nimmt regelmäßig an palliativmedizinischen / -pflegerischen Fortbildungen teil und führt möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Das Palliative-Care-Team soll sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Ergänzend gelten die Regelungen des § 15.

(2) Ein geeignetes Dokumentationssystem, aus dem zu jeder Zeit die notwendigen Informationen über Versicherte und die erbrachten Leistungen hervorgehen, ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und – soweit vorhanden – allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein. Der gemeinsame Datensatz zur SAPV-Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e. V. gemäß Anlage 7 ist einzusetzen.

(3) Die Teilnahme an Supervisionen ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten entsprechend der Konzeption zu überlassen.

(4) Das Palliative-Care-Team erstellt jeweils nach gemeinsam erfolgtem Initialbesuch einen individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

(5) Vor jeder Krankenhauseinweisung hat zwingend eine Begutachtung der Patientin / des Patienten durch die qualifizierte Palliativ-Ärztin / den qualifizierten Palliativ-Arzt des Palliative-Care-Teams zu erfolgen. Grundsätzlich gilt dies auch für notfallmedizinische Einweisungen. Das Wohl und der Wille der Patientin / des Patienten ist hierbei zu berücksichtigen und steht daher im Vordergrund. ...

§ 15 Fort- und Weiterbildung

(1) Das Palliative-Care-Team hat auf der Grundlage des vorgelegten Fort- und Weiterbildungskonzeptes die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortzubilden. Die Inhalte der Fortbildung sind so auszurichten, dass die Mitarbeiterinnen / die Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten ärztlich-medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sind. Leitungskräfte (Mediziner, Pflegedienstleitung, Stellvertretung, Teamleitung, Qualitätsbeauftragter etc.) des Palliative-Care-Teams sind verpflichtet, externe fachbezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen von kalenderjährlich insgesamt 28 Stunden nachzuweisen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Fortbildungen die Bereiche Dokumentation, Management und Pflege abdecken. ...

§ 16 Vergütung

(1) Die ärztlichen und pflegerischen bzw. kombinierten Leistungen im Rahmen der SAPV werden als Komplexpauschalen vergütet. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den in Anlage 4 aufgeführten Pauschalen. Mit dieser Vergütung sind alle vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten abgegolten.

(2) Der Vergütungsanspruch besteht nur für entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages tatsächlich erbrachte und dokumentierte Vertragsleistungen. Für nicht vertragsmäßig erbrachte und auch für nicht dokumentierte Vertragsleistungen besteht weder ein Vergütungsanspruch gegenüber dem Kostenträger noch gegenüber der Versicherten / dem Versicherten. ...

(6) Dem Palliative-Care-Team sowie dessen Personal ist es untersagt, für Vertragsleistungen Zahlungen von der Versicherten / dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten zu fordern oder anzunehmen.

§ 18 Leistungsnachweis

(1) Jede vom Palliative-Care-Team erbrachte palliativ-ärztliche oder palliativ-pflegerische Leistung ist unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis durch die Palliativ-Ärztin / dem Palliativ-Arzt bzw. die ausführende Pflegefachkraft mit entsprechender Qualifikation gemäß § 7 Abs. 2 a) einzutragen und durch Handzeichen zu bestätigen. Maschinelle Eintragungen im Leistungsnachweis sowie Vordatierungen oder Globalbestätigungen sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung. ...

§ 19 Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot

… (4) Die Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist nicht zulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte (z. B. freie Mitarbeiter) gegen Kostenerstattung. …

§ 24 Außerordentliche Kündigung

(1) Der Vertrag kann von den vertragsschließenden Krankenkassen gemeinsam oder einzeln gegenüber dem Palliative-Care-Team ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein Vertragspartner seine gesetzlichen und / oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder der zuständigen Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt insbesondere vor bei:

… Leistungserbringung durch freie Mitarbeiter entgegen § 19 Abs. 4

Protollnotiz zu § 6 Abs. 1 Palliative-Care-Team / Versorgungskonzept:

„Das Palliativ-Care-Team ist ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig.“

Die ausschließliche oder schwerpunktmäßige Tätigkeit der im Palliative-Care-Team beschäftigen qualifizierten Palliativ-Ärztinnen / Palliativ-Ärzte sowie der qualifizierten Palliativ-Pflegefachkräfte bedeutet das zur Verfügung stellen von mindestens 51 % der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit (38,5 Stunden) zur Versorgung der Palliativpatienten. Aufgrund sehr unterschiedlicher Arbeitszeitkonzepte sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich bedarf die Vorgabe der „ausschließlichen oder schwerpunktmäßigen Tätigkeit“ weiterer Klarstellung. Bei einer Tätigkeit von mindestens 80 Stunden / Monat im Rahmen der SAPV-Versorgung ist das Kriterium der ausschließlichen oder schwerpunktmäßigen Tätigkeit erfüllt. Bereitschaftsdienst ist hierbei anteilig zu berücksichtigen. …

Der Vergütungsanspruch der Beigeladenen gegenüber der Krankenkasse hängt davon ab, dass ein von der Beigeladenen vorgelegtes Versorgungskonzept als geeignet beurteilt worden ist und Vertragsleistungen entsprechend der Vorgaben des Vertrages tatsächlich erbracht und dokumentiert worden sind. Dabei muss jede vom Palliative-Care-Team erbrachte palliativ-ärztliche oder palliativ-pflegerische Leistung unmittelbar nach ihrer Durchführung in einen Leistungsnachweis eingetragen und durch Handzeichen bestätigt werden sowie einmal monatlich mit Datum und Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. dessen Vertreters / Bevollmächtigten bestätigt werden. Leistungen, die die Beigeladene gegenüber der Krankenkasse abrechnen kann, ist die Erstuntersuchung und die Erstellung eines Therapiekonzeptes (sogenanntes Assessment), eine Koordinationspauschale in Höhe von 161,18 € (Stand November 2020), die die Leistung der Koordinierung der pflegerischen Infrastruktur abdeckt und deshalb ausschließlich eine Leistung des Pflegedienstes darstellt, die Vollversorgung in Höhe von 241,78 € täglich, die Teilversorgung in Höhe von 42,38 € täglich und die Beratungsleistung in Höhe von 36 €, die je zur Hälfte der Arzt und der Pflegedienst erbringt. Die an den Kläger zu zahlende Vergütung wurde mit der Beigeladenen mündlich vereinbart. Danach erhält der Kläger (Stand November 2020) für das Assessment 65 €, für die Tätigkeit im Rahmen der Vollversorgung 55 € täglich und im Rahmen der Teilversorgung einen Betrag in Höhe von 36 € täglich. Eine Teilversorgung liegt vor, wenn ein Patient lediglich einen Teilaspekt einer pflegerischen und ärztlichen Betreuung bedarf. Die Vergütung für eine Vollversorgung und eine Teilversorgung wird als Pauschale für jeden Tag gezahlt, d. h. unabhängig davon, ob der Kläger den Patienten tatsächlich aufgesucht und behandelt hat. Bei der von den Krankenkassen gezahlten Vergütung für die ärztliche und pflegerische bzw. kombinierte Leistung im Rahmen der SAPV handelt es sich ebenfalls um sogenannte Komplexpauschalen, die pro Tag geleistet werden. Die Differenz zwischen den von den Krankenkassen an die Beigeladene gezahlten Komplexpauschalen und die von der Beigeladenen an die Palliativ-Ärzte und die Pflegefachkräfte gezahlten Pauschalen verbleibt bei der Genossenschaft.

Zwischen dem Kläger und der Beigeladenen wurde keine Vereinbarung hinsichtlich des Umfanges der palliativmedizinischen Tätigkeit des Klägers für die Beigeladene getroffen, d.h. es gibt keine Vereinbarung darüber, welche Patientenbetreuungen er übernimmt und wie viele Patienten er betreut. Der Umfang der medizinischen Betreuung jedes einzelnen vom Kläger übernommenen Patienten und die Anzahl der Hausbesuche des Klägers bei den Patienten hängt von dem jeweiligen Gesundheitszustand des zu betreuenden Patienten ab. Da seitens der Beigeladene gegenüber den Krankenkassen eine 24-Stunden-Betreuung geschuldet ist, wird mit einer Vorlaufzeit von einem halben Jahr zwischen den Palliativ-Ärzten abgesprochen, welche Ärztin / Arzt jeweils an den einzelnen Wochenenden und in der Nacht die Patientenbetreuung übernimmt. Dabei wird jeweils für einen Zeitraum von sieben Tagen geregelt, dass für diesen Zeitraum derselbe Arzt die Nachtbetreuung und die Wochenendbetreuung übernimmt und es wird ein entsprechender Plan erstellt. Die Organisation der Rufbereitschaft wird abwechselnd von allen Ärzten übernommen. Die Absprache zwischen den Ärzten hinsichtlich des Rufbereitschaftsplanes erfolgt in der Regel im Anschluss an die Teambesprechungen, die einmal pro Quartal stattfinden.

An den Teambesprechungen nehmen die Palliativ-Ärzte, die Koordinatoren der drei beteiligten Pflegedienste und gelegentlich Vertreter der eingebundenen Hospizdienste teil, die ggf. die soziale Betreuung der Patienten durch dort tätige ehrenamtliche Helfer übernehmen. Die Einladung zu den Teambesprechungen erfolgt über den Vorstand der Beigeladenen, wobei der jeweilige Termin am Ende der vorhergehenden Teambesprechung vereinbart wird. Die Teambesprechungen finden in den Räumlichkeiten der Beigeladenen statt. Gegenstand der Teambesprechungen sind ein Erfahrungsaustausch, die Besprechung von Konflikten zwischen Ärzten und Pflegenden und Fallbesprechungen bezüglich sehr schwieriger Patienten. Alle im Palliative-Care-Team tätigen Ärzte arbeiten mit einer einheitlichen Dokumentationssoftware, die von der Beigeladenen zur Verfügung gestellt wird und in der u. a. die Symptome des Patienten, die Medikation, die ärztlichen Visiten, die Anamnese, die Behandlungsmaßnahmen, das soziale Umfeld, die Familiensituation etc. dokumentiert werden. Die Dokumentation dient der Kommunikation zwischen Arzt und Pflegedienst, der Information der im Nachtdienst und im Wochenenddienst tätigen Ärzte und des Urlaubsvertreters.

Die Verordnung einer SAPV erfolgt entweder bei Entlassung des Patienten aus einem Krankenhaus durch die behandelnden Ärzte des Krankenhauses, wobei eine entsprechende Verordnung maximal für sieben Tage nach der Entlassung erfolgen kann, oder durch einen Facharzt. Der Medizinische Dienst der Krankenkasse muss dann die SAPV genehmigen. Soweit ein für die Beigeladene tätiger Palliativ-Arzt die angeordnete Versorgung als nicht ausreichend oder für nicht gerechtfertigt hält, muss er sich an den verordnenden Facharzt wenden. Die Krankenkassen führen Überprüfungen der palliativmedizinischen Versorgung durch und fordern die Beigeladene in diesem Zusammenhang auf, die Notwendigkeit der Erbringung einer palliativmedizinischen Versorgung zu begründen bzw. bei länger andauernder palliativmedizinischer Behandlung die Erforderlichkeit der Dauer der Versorgung zu begründen. Diese Begründungen sind von den jeweils den Patienten betreuenden Palliativ-Ärzten vorzunehmen und werden bei der Krankenkasse vorgelegt. Soweit Nachfragen von Patienten hinsichtlich einzelner Behandlungsmaßnahmen oder Beschwerden erfolgen, werden diese im Rahmen der Teamarbeit besprochen und kommuniziert.

Die Übernahme der Betreuung eines Patienten durch einen der für die Beigeladene tätigen Palliativ-Ärzte erfolgt auf unterschiedliche Art und Weise. Teilweise wird ein Palliativ-Arzt direkt von dem Patienten oder vom Hausarzt des Patienten, vom behandelnden Onkologen oder von einem Krankenhausarzt kontaktiert. Teilweise wendet sich ein vorbehandelndes Krankenhaus oder ein behandelnder Arzt an den Pflegedienst oder an die Beigeladene, und diese fragt dann bei einem Palliativ-Arzt nach, ob er zur Übernahme einer Behandlung bereit ist. Letzteres ist insbesondere dann der Fall, wenn der Patient vorher in einem externen Krankenhaus behandelt wurde. Dem Kläger steht es frei, in welchem Umfang er Aufträge annimmt, die an ihn herangetragen werden. Wenn der Kläger die Betreuung eines Patienten übernommen hat, regelt er die Urlaubsvertretung in der Weise, dass er mit einem oder zwei im Palliative-Care-Team tätigen ärztlichen Kollegen bzw. Kolleginnen vereinbart, dass diese die Patientenvertretung übernehmen. Im Fall einer kurzfristigen Verhinderung (z. B. bei Krankheit) organisiert der Kläger ebenfalls die Vertretung, indem er mit einem Kollegen / einer Kollegin des Palliative-Care-Teams die Übernahme der Vertretung vereinbart. Der Kläger verfügt über eine Berufshaftpflichtversicherung, in deren Rahmen die Tätigkeit in der SAPV versichert ist. Der Kläger verwendet im Rahmen seiner Tätigkeit als Palliativ-Arzt im Palliative-Care-Team einen eigenen Pkw für die Hausbesuche, ein eigenes Notebook und eine eigene Arzttasche. Er stellt seine Tätigkeit gegenüber der Beigeladenen in Rechnung, indem er bezogen auf die einzelnen von ihm betreuten Patienten die mit der Beigeladenen für die einzelnen Leistungen vereinbarten Tagespauschalen mit Angabe des Tages und des Tagessatzes abrechnet. Im Jahr 2014 stellte der Kläger der Beigeladenen insgesamt eine Vergütung in Höhe von 112.796 € in Rechnung.

Der Kläger stellte am 13.08.2014 bei der Beklagten im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens den Antrag auf Feststellung, dass seine Tätigkeit beim Palliative-Care-Team eG nicht im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt werde. Dabei gab der Kläger u. a. an, dass er nach Übernahme der Betreuung eines Patienten diesen regelmäßig zu Hause visitiere (zwei- bis dreimal pro Woche). Bei Auftreten besonderer Probleme erfolgten auch sofortige zusätzliche Hausbesuche im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuung. Die Arbeitszeiten lege er selbst fest ebenso wie die Anzahl der Patienten, die er betreue. Zwischen den Ärzten erfolge eine Absprache über die Urlaubs- und Wochenendvertretungen. Eine eigene Preisgestaltung durch den Kläger erfolge nicht. Er stelle der Beigeladenen, die für jeden betreuten Patienten Geld von der Krankenkasse erhalte, die Leistungen für die von ihm betreuten Patienten in Rechnung. Außerdem sei er an der Gewinnausschüttung beteiligt. Er erhalte keine Anweisungen von der Beigeladenen. Die notwendigen Informationen erhalte er von den Patienten, den Angehörigen, den betreuenden Palliativ-Pflegekräften, dem Hausarzt, dem behandelnden Facharzt oder dem zuletzt behandelnden Krankenhausarzt. Jeder Patient werde von einem Palliativ-Team betreut, zu dem die Palliativ-Pflegefachkräfte eines der beteiligten Pflegedienste und ein Palliativ-Arzt gehörten.

Die Beigeladene gab auf schriftliche Befragung der Beklagten an, dass nach Übernahme eines Patienten ein Assessment stattfinden würde, in deren Rahmen sich das betreuende Palliative-Care-Team, der Patient und die nächsten Angehörigen kennenlernen würden, die Anamnese erhoben, die aktuellen Beschwerden und Symptome erfragt sowie eine ärztliche und pflegerische Untersuchung durchgeführt würden. Anschließend erstelle das Palliativ-Team ein Therapiekonzept und rezeptiere die erforderlichen Medikamente, die über eine in die Kooperation eingebundene Apotheke geliefert würden. Der Patient werde einmal bis mehrmals täglich durch den Pflegedienst und je nach Patientensituation zweimal wöchentlich oder häufiger durch den Palliativ-Arzt aufgesucht und behandelt. Für Notfälle stehe dem Patienten ein pflegerischer Rufdienst über 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche zur Verfügung, wobei ein rufbereiter Arzt jederzeit hinzugezogen werden könne. Die Arbeitszeiten der beteiligten Ärzte lägen in der Regel bei 20 bis 25 Stunden wöchentlich, da sämtliche für das Palliativ-Team tätigen Ärzte einer weiteren Tätigkeit nachgehen würden. Die Arbeitszeit der beteiligten Ärzte hänge davon ab, wie viele Patienten die beteiligten Ärzte jeweils betreuen würden. Es fänden gemeinsame Teambesprechungen statt und darüber hinaus erfolge jedes Quartal eine gemeinsame Sitzung im Sinne eines Qualitätszirkels. Die Beauftragung eines Palliativ-Arztes im Rahmen der SAPV erfolge teilweise in der Weise, dass ein behandelnder Hausarzt, ein niedergelassener Onkologe oder ein Krankenhausarzt bzw. der Sozialdienst eines Krankenhauses sich an den Palliativ-Arzt direkt wenden und nachfragen würde, ob er den Patienten betreuen könne. Der häufigere Fall wäre der, dass einer der beteiligten Pflegedienste kontaktiert würde und dieser einen der beteiligten Palliativ-Ärzte aussuchen und bei diesem anfragen würde, ob er die Patientenbetreuung übernehme. Das Auswahlkriterium sei dabei in aller Regel, ob der Arzt in der örtlichen Nähe des neuen Patienten weitere Patienten betreue und wie viele Patienten der Arzt zu diesem Zeitpunkt im Vergleich zu seinen Kollegen betreue bzw. wie viele Patienten er betreuen möchte und ob der Patient einverstanden sei.

Nach Durchführung einer schriftlichen Anhörung stellte die Beklagte mit Bescheiden vom 11.03.2015 gegenüber dem Kläger und gegenüber der Beigeladenen fest, dass die Tätigkeit des Klägers als Palliativ-Arzt bei der Beigeladenen seit dem 01.01.2011 im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt werde und in dem Beschäftigungsverhältnis Versicherungspflicht in der Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe. In der Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung bestehe keine Versicherungspflicht. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass nach Gesamtwürdigung aller zur Beurteilung der Tätigkeit relevanten Tatsachen die Merkmale für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis überwiegen würden. Dabei stehe außer Zweifel, dass Ärzte in ihrer ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen würden. Bei diesem Personenkreis komme es entscheidend darauf an, inwieweit der Arzt in eine fremde Arbeitsorganisation eingegliedert sei. Dabei könne die Weisungsgebundenheit insbesondere bei Diensten höherer Art zur

funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsleben verfeinert sein. Der Betriebszweck der Beigeladenen bestehe darin, eine hochwertige palliative Versorgung sicherzustellen. Die Aufgabe des Klägers bestehe darin, als Arzt für Palliativmedizin im Rahmen der SAPV tätig zu werden. In der Ausführung dieser Tätigkeit konkretisiere sich der Betriebszweck der Beigeladenen. Damit erfülle sich in klassischer Weise die Eingliederung in deren Betriebsorganisation.

Zudem liege kein eine selbständige Tätigkeit kennzeichnendes unternehmerisches Risiko vor, da der Kläger nach Stunden bezahlt werde und somit seine Arbeitskraft mit der Gewissheit des finanziellen Erfolges einsetze. Hierbei sei es unerheblich, dass die Möglichkeit bestehe, länger oder mehr zu arbeiten, um so ein höheres Entgelt zu erzielen, da diese Möglichkeit auch jeder Beschäftigte habe. Zudem sei zu berücksichtigen, dass die Tätigkeit im Rahmen einer Teamarbeit ausgeführt werde und der Kläger seine Tätigkeit zu dokumentieren habe, damit die anderen Teammitglieder die erforderlichen Informationen wie Diagnosen, verordnete Medikamente und Absprachen erhalte. Dies spreche für eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation der Beigeladenen. Der Umstand, dass der Kläger Aufträge ablehnen könne, spreche nicht für eine selbständige Tätigkeit, da entscheidend sei, ob nach Annahme eines Auftrages die Merkmale für das Vorliegen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses überwiegen würden. Da ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vorliege, bestehe Versicherungspflicht in der Rentenversicherung (§ 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI) und nach dem Recht der Arbeitsförderung (§ 25 Abs. 1 Satz 1 SGB III). Da das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt des Klägers die maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V voraussichtlich übersteigen werde, bestehe Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 1 SGB XI).

Gegen den an ihn gerichteten Bescheid erhob der Kläger am 09.04.2015 Widerspruch und trug zur Begründung vor, eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Auftraggebers liege nicht vor, da sich die beteiligten Palliativ-Ärzte im Rahmen der Genossenschaft selbst verwalten würden. Der Umstand, dass die Organisation im Rahmen einer Genossenschaft erfolge, hänge mit den gesetzlichen Vorgaben zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß §§ 37 b, 132 d SGB V in Verbindung mit den Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung zusammen. Danach werden die SAPV ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. stationärer Hospize organisiert seien. In den Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung seien zahlreiche Vorgaben geregelt, die die Mitglieder der Genossenschaft erfüllen müssten, wozu z. B. die dort geregelte Rufbereitschaft und die Dokumentation gehören würden. Dies sei jedoch auch Freiberuflichen möglich. Für eine selbständige Tätigkeit spreche, dass die Pflegedienste oder die Patienten an den Kläger herantreten würden mit der Bitte, die Palliativversorgung zu übernehmen. Die Genossenschaft stelle lediglich die Organisationsform dar, die die SAPV überhaupt ermöglichen würde. Auch die Vernetzung sämtlicher an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sei gesetzliche Voraussetzung zur Erbringung der SAPV. Es habe den Mitgliedern der Genossenschaft freigestanden, welches Dokumentationssystem sie nutzen. Die Organisation der gesetzlich vorgeschriebenen Rufbereitschaft erfolge freiwillig. Der Kläger trage ein unternehmerisches Risiko, da er nahezu ausschließlich eigene Arbeitsmittel einsetze. Insgesamt liege keines der im angefochtenen Beschied aufgeführten Merkmale für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vor, so dass eine Versicherungspflicht nicht bestehe.

Mit Bescheid vom 30.12.2015 wies die Beklagte den Widersprich des Klägers mit der Begründung zurück, auch mitarbeitende Mitglieder eingetragener Genossenschaften könnten abhängig Beschäftigte der Genossenschaft sein, wobei weder die Mitgliedschaft als Genosse noch eine etwaige Organstellung ein Beschäftigungsverhältnis ausschließe. Zudem könnten auch Ärzte grundsätzlich in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein, obwohl sie in ihrer eigentlichen ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen würden. Gegenstand des Geschäftsbetriebes der Beigeladenen sei die Erbringung von Leistungen in der SAPV auf der Grundlage der in Nordrhein mit den Krankenkassen bestehenden Verträgen gemäß § 132 d SGB V in Verbindung mit § 37 b SGB V. Dabei habe die Beigeladene die ordnungsgemäße Ausübung der übernommenen Aufträge sicherzustellen. Hierfür hätte die Beigeladene gegenüber den Krankenkassen u. a. ihre Arbeit nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept nachzuweisen. Es sei außerdem davon auszugehen, dass in diesem Zusammenhang eine Qualitäts- und Kostenüberwachung seitens der Krankenkassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes über die Verwendung der Mittel erfolge, wobei der Spitzenverband dieser Aufgabe nur durch Ausübung von Weisungs- und Kontrollfunktionen nachkommen könne. Zur Qualitätssicherung habe die Beigeladene als Leistungsträgerin sachgerecht und kontinuierlich ein Dokumentationssystem zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse vorzulegen. Als Leistungsträgerin verantworte die Beigeladene die Betreuung des jeweiligen Patienten und gewährleiste in diesem Zusammenhang die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben gegenüber den Krankenkassen. Sie garantiere die bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung.

Hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeit des Klägers sei eine abhängige Beschäftigung festzustellen. Als Arzt sei er im Rahmen des Versorgungsauftrages der Beigeladenen als deren Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) tätig, da diese die Aufgaben im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen erfülle. Weisungsfreiheit sei bei qualifiziertem Fachpersonal allgemein verbreitet und entspreche den Notwendigkeiten des speziellen Arbeitsfeldes. Der Kläger schulde im Wesentlichen den Einsatz der eigenen Arbeitskraft. Er setze die eigene Arbeitskraft nicht mit ungewissem Erfolg ein, da die Zahlung einer Vergütung pro geleisteter Versorgung jedes Patienten erfolge.

Gegen diesen Bescheid hat der Kläger am 01.02.2016 Klage erhoben. Er ist der Auffassung, er übe seine Tätigkeit als Palliativ-Arzt für die Beigeladene im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit aus, so dass keine Versicherungspflicht in der Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aufgrund abhängiger Beschäftigung bestehe. Eine abhängige Beschäftigung liege nicht vor, da er weder in eine betriebliche Organisation eingegliedert sei noch einem Weisungsrecht der Beigeladenen unterliege. Da ihm niemand Vorgaben zur Arbeitsausführung mache, bestehe auch kein Arbeitsvertrag zwischen ihm und der Beigeladenen. Ein unternehmerisches Risiko liege vor, da er kein Festgehalt von der Beigeladenen erhalten, sondern eine Vergütung nur dann erhalte, wenn er dafür auch tatsächlich ärztliche Leistungen erbracht habe. Dies sei ein klassisches Merkmal einer selbständigen Tätigkeit, da ein Angestellter das Risiko fehlender Aufträge aufgrund schlechter Auftragslage nicht trage. Zudem rechne der Kläger nicht unmittelbar mit der Krankenkasse ab, welche ein relativ sicherer Zahlungsgeber sei. Er müsse seine Vergütung gegenüber der Beigeladenen geltend machen, wobei zu berücksichtigen sei, dass

auch eine Genossenschaft in Zahlungsschwierigkeiten geraten könne. Dieses Risiko werde vom Kläger getragen. Der Kläger müsse die Kosten für seine Arbeitsmittel überwiegend selbst tragen, wobei ihm seitens der Beigeladenen lediglich ein Ultraschallgerät und eine Software zur Verfügung gestellt würde. Zudem spreche für eine selbständige Tätigkeit, dass die beteiligten Palliativ-Ärzte die Rufbereitschaft in eigener Verantwortung, freiwillig und ohne Weisungen organisieren würden.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 11.03.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.12.2015 aufzuheben und festzustellen, dass seit dem 01.01.2011 im Rahmen der von ihm bei der Palliative-Care-Team eG ausgeübten Tätigkeit keine Versicherungspflicht in der Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aufgrund abhängiger Beschäftigung besteht.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass der Kläger im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung für die Beigeladene tätig werde und in dieser Beschäftigung Versicherungspflicht in der Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung vorliege. Da Ärzte in ihrer eigentlichen ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen würden, komme es entscheidend darauf an, inwieweit der Arzt in eine fremde Arbeitsorganisation eingebunden sei. Diese Eingliederung könne nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes insbesondere bei Diensten höherer Art – wozu ärztliche Tätigkeiten zweifelsfrei gehören würden – zur funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess des Arbeitgebers verfeinert sein. Vor diesem Hintergrund würde die Tätigkeit von Ärzten beispielsweise in einem Explantationsteam, als Hubschrauberarzt, als Notarzt oder als Notdienstarzt regelmäßig als Beschäftigungsverhältnis qualifiziert. Bei diesen Tätigkeiten würde die Arbeitsorganisation, an deren Arbeitsprozess der Arzt funktionsgerecht dienend teilhabe, von Dritten vorgegeben. Dies sei bei der Tätigkeit des Klägers ebenfalls der Fall. Diese Einschätzung sei unabhängig davon, ob die Tätigkeit lediglich als Nebentätigkeit neben einer freiberuflichen Tätigkeit oder neben einer abhängigen Beschäftigung ausgeübt werde. Die beteiligten Palliativ-Ärzte würden nicht nach der Gebührenordnung der Ärzte liquidieren, weshalb diese Tätigkeiten nicht dem Bereich einer – ggf. daneben noch ausgeübten – freiberuflichen Tätigkeit zugeordnet werden könnten. Nach den zu beurteilenden Regelungen sei der Kläger weisungsgebunden in die Betriebsorganisation der Beigeladenen eingegliedert. Ihm sei Zeit und Ort der Leistungserbringung vorgeschrieben. Dabei sei zu berücksichtigen, dass eine Eingliederung in die Betriebsorganisation nicht notwendigerweise das Eingebundensein in die Arbeitsabläufe am Betriebssitz des Auftraggebers erfordere, sondern auch bei auswärts zu erfüllenden Aufgaben bereits durch Übertragung einer konkreten Funktion zur Erfüllung einer vom Auftraggeber übernommenen Verpflichtung vorliegen könne. Zudem sei maßgeblich, dass die Verantwortung für das Qualitätsmanagement bei der Beigeladenen liege. Diese könne die vertraglich zugesicherten Aufgaben gegenüber ihren Kunden nur erfüllen, wenn sie die Arbeitsabläufe verantwortlich steuere und die Umsetzung kontrolliere, was denknotwendigerweise Weisungen gegenüber dem Kläger voraussetze.

Die Beigeladene vertritt die Ansicht, ein Beschäftigungsverhältnis liege zwischen ihr und dem Kläger nicht vor, so dass keine Versicherungspflicht aufgrund Beschäftigung bestehe. Der Kläger sei nicht gezwungen, das von der Beigeladenen zur Verfügung gestellte Dokumentationssystem zu verwenden, da dies nur der Vereinfachung der gemeinsamen von den Ärzten ausgeübten Arbeit dienen würde. Der Kläger könne auch ein eigenes Dokumentationssystem nutzen. Zudem könne der Kläger sowohl die primäre ärztliche Tätigkeit am Patienten als auch administrative Tätigkeiten auf andere Ärzte oder medizinische Angestellte übertragen. Die Teilhabe an gemeinsamen Besprechungen unter allen Kollegen spreche nicht für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis, da im Rahmen der Palliativ-Ärzte ein hohes Maß an gemeinsamer Kommunikation notwendig sei, so dass regelmäßig über die einzelnen Patienten bzw. Fälle im Kollegenkreis gesprochen werden müsse. Die Teilnahme an solchen Gesprächen sei jedoch völlig freiwillig. Entgegen der Auffassung der Beklagten gebe es auch keinen gemeinsamen Dienstplan. Da eine 24-stündige Erreichbarkeit gewährleistet sein müsse, hätten sich die Palliativ-Ärzte der Beigeladene freiwillig dazu entschlossen, eine entsprechende Bereitschaft einzurichten, damit jederzeit ein Palliativ-Arzt erreichbar sei und die Belastung auf alle Palliativ-Ärzte aufgeteilt würde.

Die Vergütung der Tätigkeit des Klägers spreche für eine selbständige Tätigkeit, da eine Erfolgsabhängigkeit der Vergütung in dem Sinne vorliege, dass erfolgreiche Behandlungen eine Weiterbehandlungsmöglichkeit eröffnen würde und dass bei Unzufriedenheit der betroffenen Patienten die Gefahr bestünde, dass Rechnungen nicht bezahlt würden. Zudem könne es sein, dass Empfehlungen und Zuweisungen durch Ärzte und Krankenhäuser nicht mehr erfolgen würden. Die Tatsache, dass die Leistungen der Ärzte im Team erbracht würden, ändere nichts daran, dass im Rahmen der Teamarbeit erbrachte ärztliche Leistungen als selbständig zu klassifizieren seien und nicht als abhängige Beschäftigung. Es sei zu berücksichtigen, dass die Organisation der Beigeladenen im Rahmen einer Genossenschaft durch die gesetzlichen Vorschriften gemäß §§ 37 b, 132 b SGB V in Verbindung mit der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vorgeschrieben sei, da nach diesen gesetzlichen Vorschriften die SAPV ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbracht werden dürften. Für eine selbständige Tätigkeit spreche vor allem, dass es ein Weisungsrecht der Beigeladenen hinsichtlich Ort und Zeit sowie Art und Weise der Diensterbringung nicht gebe und der Kläger in seiner Entscheidung, ob und wann er zur Behandlung komme und wie er die Behandlung durchführe, völlig frei sei. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass der Kläger wie auch die anderen behandelnden Palliativ-Ärzte neben ihrer Tätigkeit bei der Beigeladenen allesamt noch andere berufliche Tätigkeiten ausübten und somit nicht ihre gesamte Arbeitskraft der Beigeladenen zur Verfügung stellten. Im Ergebnis seien die Voraussetzungen für eine selbständige

Tätigkeit im Rahmen der notwendigen gesetzlichen Vorgaben erfüllt.

Das Gericht hat im Rahmen eines Erörterungstermines vom 06.11.2020 eine Anhörung des Klägers und eines Vorstandsmitgliedes der Beigeladenen durchgeführt. Insoweit wird wegen der Einzelheiten auf die Sitzungsniederschrift (Bl. 66 – 72 der Gerichtsakte) Bezug genommen. Das Gericht hat ferner den zwischen der Beigeladenen und der KV Nordrhein sowie mehreren Krankenkassen abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein und das Versorgungskonzept SAPV der Beigeladenen beigezogen. Ferner hat das Gericht mehrere Leistungsnachweise aus dem Jahr 2014 beigezogen, mit denen die Beigeladene die Abrechnung mit den Krankenkassen vorgenommen hat (Anlage 10 des Vertrages über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung). Auf Anforderung des Gerichts hat der Kläger alle Rechnungen aus dem Jahr 2014 vorgelegt, mit denen er Leistungen für SAPV-Behandlungen gegenüber der Beigeladenen in Rechnung gestellt hat. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 80 – 135, 141 – 146, 183 – 201 der Gerichtsakte und die Beiakte Bezug genommen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber nicht begründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 11.03.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.12.2015 ist nicht rechtswidrig im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), da der Kläger in dem streitigen Zeitraum seit dem 01.01.2011 die Tätigkeit als Palliativ-Arzt bei der Beigeladenen im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausübt und Versicherungspflicht in der Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aufgrund abhängiger Beschäftigung vorliegt.

Die Verfügungssätze des Bescheides vom 11.03.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.12.2015 sind dahingehend auszulegen, dass das Vorliegen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses als Tatbestandsmerkmal von Versicherungspflicht in den genannten Zweigen der Sozialversicherung mitgenannt worden ist. Dies wird im Allgemeinen der Fall sein, wenn der Sozialversicherungsträger in der Sache das Bestehen von Versicherungspflicht gerade wegen abhängiger Beschäftigung feststellt. Die Feststellung abhängiger Beschäftigung ist nach ihrem objektiven Erklärungsgehalt dann nicht darauf gerichtet, eine Rechtsfolge zu setzen. Rechtsfolgenausspruch ist allein die Feststellung des Bestehens von Versicherungspflicht. Die Beklagte hat die Verknüpfung zwischen dem Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung und dem Bestehen der Versicherungspflicht ausdrücklich vorgenommen, indem sie ausgeführt hat, dass in dem Beschäftigungsverhältnis Versicherungspflicht in der Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe.

Die Versicherungspflicht des Klägers ergibt sich für die Rentenversicherung aus § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI und für die Arbeitslosenversicherung aus § 25 Abs. 1 Satz 3 SGB III.

1. Voraussetzung für eine Versicherungspflicht in den genannten Zweigen der Sozialversicherung ist eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt. Beurteilungsmaßstab für das Vorliegen einer Beschäftigung ist § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IV. Danach ist Beschäftigung die nichtselbständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Nach § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IV sind Anhaltspunkte für eine Beschäftigung eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers. Voraussetzung ist, dass der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber persönlich abhängig ist. Persönliche Abhängigkeit erfordert eine Eingliederung in den Betrieb und die Unterordnung unter ein Zeit, Dauer, Ort und Art der Arbeitsausführung umfassendes Weisungsrecht des Auftraggebers. Insbesondere bei Diensten höherer Art kann dieses Weisungsrecht erheblich eingeschränkt und zur dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess verfeinert sein. Auch bei Diensten höherer Art muss eine fremdbestimmte Dienstleistung verbleiben, d. h. die Dienstleistung muss zumindest in einer von anderer Seite vorgegebenen Ordnung des Betriebes aufgehen (BSG SozR 3-2400 § 7 Nr. 20; BSG SozR 3-4100 § 104 Nr. 8). Demgegenüber ist die selbständige Tätigkeit in erster Linie durch das eigene Unternehmerrisiko, durch das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit gekennzeichnet (BSG SozR 3-2400 § 7 Nr. 8). Ob jemand abhängig beschäftigt oder selbständig tätig ist, hängt davon ab, welche Merkmale überwiegen. Dabei sind alle Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen, z. B. auch die vertragliche Ausgestaltung des Verhältnisses. Ausgangspunkt ist zunächst das Vertragsverhältnis der Beteiligten so wie es sich aus den von ihnen getroffenen Vereinbarungen ergibt oder sich aus ihrer gelebten Beziehung erschließen lässt. Eine im Widerspruch zu ursprünglich getroffenen Vereinbarungen stehende tatsächliche Beziehung und die daraus gezogene Schlussfolgerung auf die tatsächlich gewollte Natur der Rechtsbeziehung gehen der nur formellen Vereinbarung vor, soweit eine – formlose – Abbedingung rechtlich möglich ist (vgl. BSG Urteil vom 28.09.2011 B 12 R 17/09 R).

Für die hier zu beurteilende Tätigkeit eines Palliativ-Arztes gelten keine abweichenden Maßstäbe (vgl. für sogenannte Honorarärzte: BSG Urteil vom 04.06.2019 B 12 R 11/18 R; BSG Urteil vom 19.10.2021 B 12 R 10/20 R – Notarzt-). Nach der Rechtsprechung des

Bundessozialgerichtes ist sozialversicherungsrechtlich insbesondere nicht maßgeblich, ob in der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung ärztliche Tätigkeiten als freie Dienstverhältnisse qualifiziert wurden (vgl. Thüringer LAG Beschluss vom 29.04.2010 -1 Ta 29/10; Hessisches LAG Urteil vom 30.11.2015 – 16 Sa 583/15). Danach besteht kein vollständiger Gleichklang des arbeitsrechtlichen Arbeitnehmerbegriffes mit dem Beschäftigtenbegriff nach § 7 SGB IV. Die arbeitsgerichtliche Entscheidungspraxis beruht im Wesentlichen darauf, dass der privatautonomen Entscheidung der Vertragsparteien im Arbeitsrecht eine besondere Bedeutung zugemessen wird. Die Sozialversicherung dient hingegen neben der sozialen Absicherung des Einzelnen auch dem Schutz der Mitglieder der Sozialversicherungssysteme, die in der Solidargemeinschaft zusammengeschlossen sind. Die Träger der Sozialversicherung sind Einrichtungen des öffentlichen Rechts. Das schließt es aus, dass über die rechtliche Einordnung einer Tätigkeit allein die von den Vertragschließenden getroffenen Vereinbarungen entscheiden (BSG Urteil vom 04.06.2019 B 12 R 11/18 R). Aus diesem Grund ist vorliegend auch dem Umstand keine wesentliche Bedeutung beizumessen, dass der Kläger und die Beigeladene übereinstimmend eine selbständige Tätigkeit vereinbaren wollten, was sich bereits daraus ergibt, dass der Kläger der Beigeladenen seine Tätigkeit jeweils in Rechnung gestellt hat und die Beigeladene keine Sozialversicherungsbeiträge entrichtet hat. Dem Willen der Parteien, eine selbständige Tätigkeit zu begründen, kommt sozialversicherungsrechtlich nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung generell nur dann eine indizielle Bedeutung zu, wenn der Wille den festgestellten sonstigen tatsächlichen Verhältnissen nicht offensichtlich widerspricht und er durch weitere Aspekte gestützt wird bzw. die übrigen Umstände gleichermaßen für Selbständigkeit und für Beschäftigung sprechen (vgl. BSG Urteil vom 04.06.2019 B 12 R 11/18 R m. w. N.).

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 selbständige Tätigkeit ausgeübt werden können. Maßgeblich sind stets die konkreten Umstände des individuellen Sachverhaltes (vgl. für Ärzte im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung: Bay. LSG Urteil vom 29.07.2020 L 6 R 5130/17; Bay. LSG Urteil vom 11.04.2019 L 7 R 5050/17; SG Kassel Urteil vom 24.01.2018 S 12 KR 390/17).

2. Bei Vertragsgestaltung der vorliegenden Art ist für die Frage der Versicherungspflicht jeweils auf die Verhältnisse abzustellen, die nach Annahme des einzelnen Angebotes (hier: Behandlungsregime eines Patienten im Rahmen einer Vollversorgung oder einer Teilversorgung bzw. eines vorgelagerten Assessments) während dieser Durchführung bestehen (vgl. BSG Urteil vom 24.03.2016 B 12 KR 20/14 R; BSG Urteil vom 04.06.2019 B 12 R 11/18 R). Erst durch die Zusage des Klägers, die palliativmedizinische Behandlung eines Patienten zu übernehmen, entsteht eine rechtliche Verpflichtung, die Behandlung durchzuführen. Das bedeutet gleichzeitig, dass der Kläger die Möglichkeit hat, die Behandlung eines Patienten abzulehnen.

Diese rechtliche Beurteilung liegt auch dem angefochtenen Bescheid der Beklagten zugrunde. Dem steht nicht entgegen, dass die Beklagte Versicherungspflicht aufgrund abhängiger Beschäftigung ab dem 01.01.2011 durchgehend festgestellt hat. Aus den vorgelegten Rechnungen des Klägers für das Jahr 2014 geht hervor, dass der Kläger in jedem Monat mehrere Patienten parallel im Rahmen der Voll- und Teilversorgung behandelte und damit an jedem Tag des jeweiligen Abrechnungsmonats mehrere zu vergütende Leistungen erbrachte. Der das Bestehen von Versicherungspflicht aufgrund abhängiger Beschäftigung feststellende Verwaltungsakt der Beklagten ist nach § 133 BGB der Auslegung zugänglich (vgl. BSG Urteil vom 18.10.2021 B 12 KR 29/19 R m. w. N.). Prüfungsgegenstand in der Statusfeststellung ist die Rechtsnatur der Tätigkeit anhand aller tatsächlicher Umstände, zu denen auch zählt, ob die Tätigkeit aufgrund einer durchgängigen Verpflichtung oder nur nach jeweiliger einzelner Beauftragung ausgeübt wird. In der Begründung des Bescheides der Beklagten wird ausgeführt, dass nach Maßgabe der durch die Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze eine selbständige Tätigkeit grundsätzlich dann nicht vorliege, wenn zwar die Annahme bestimmter Aufträge abgelehnt werden könne, bei Annahme des Auftrages jedoch die für das Vorliegen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses sprechenden Merkmale überwiegen würden. Damit hat die Beklagte zu erkennen gegeben, dass sie gerade nicht von einem dauerhaften Beschäftigungsverhältnis ausgegangen ist, sondern die jeweiligen Einzelaufträge zugrunde gelegt hat und bezogen auf die jeweiligen Einzelaufträge die Voraussetzungen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses angenommen hat.

3. Der Umstand, dass der Kläger gleichzeitig Mitglied der Beigeladenen mit einem Genossenschaftsanteil von 1.000 € und Aufsichtsratsmitglied ist, steht der Ausübung einer abhängigen Beschäftigung bei der Beigeladenen nicht entgegen.

Bei der Beigeladenen handelt es sich als eingetragene Genossenschaft um eine juristische Person mit eigener Rechtspersönlichkeit (§ 17 GenG). Als solche führte sie nach § 1 Abs. 1 der Genossenschaftssatzung die Firma „Palliative-Care eG“. Die Genossenschaft als juristische Person ist Vertragspartnerin der KV Nordrhein und der Krankenkassen im Rahmen des Vertrages über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein und damit Leistungserbringerin gemäß § 132 d in Verbindung mit § 37 b SGB V. Weder die Organstellung des Klägers als Aufsichtsratsmitglied noch seine Eigenschaft als Genossenschaftsmitglied steht entgegen, dass er als Palliativ-Arzt in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu der Beigeladenen steht. Die Generalversammlung der Genossenschaftsmitglieder ist das oberste Gremium der Beigeladenen. Jedes Genossenschaftsmitglied hat nach der Satzung eine Stimme (§ 26 Abs. 2 der Satzung), wie es auch der Regelung des § 43 Abs. 3 Satz 1 GenG entspricht. Nach § 14 Abs. 2 der Satzung führt der Vorstand die Geschäfte der Genossenschaft gemäß den Vorschriften der Gesetzte, insbesondere des Genossenschaftsgesetzes, der Satzung und der Geschäftsordnung für den Vorstand, während dem Aufsichtsrat nach § 22 der Satzung eine Kontroll- und Überwachungsfunktion bezüglich der Geschäftsführung des Vorstandes zukommt. Weder aus den Bestimmungen der Satzung der Beigeladenen noch aus den gesetzlichen Regelungen des Genossenschaftsgesetzes ergibt sich eine Rechtsposition des Klägers, die einer abhängigen Beschäftigung entgegenstehen würde (vgl. für die Tätigkeit eines Disponenten, der gleichzeitig Vorstandsmitglied der Genossenschaft ist: LSG Baden-Württemberg Urteil vom 18.05.2015 L 11 R 2602/14).

4. Unter Berücksichtigung dieser maßgeblichen Grundsätze steht zur Überzeugung des Gerichts unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles fest, dass der Kläger seine Tätigkeit als Palliativ-Arzt für die Beigeladene seit dem 01.01.2011 im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausübt, da seine Tätigkeit entscheidend durch Aspekte geprägt ist, die für eine abhängige Beschäftigung sprechen. Demgegenüber treten die für eine selbständige Tätigkeit sprechenden Umstände im Rahmen der gebotenen Gesamtabwägung deutlich in den Hintergrund.

a) Da es eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen dem Kläger und der Beigeladenen nicht gibt, legt das Gericht seiner Beurteilung die Beschreibung der Tätigkeit zugrunde, wie sie übereinstimmend von dem Kläger und dem Vertreter der Beigeladenen im Erörterungstermin vom 06.11.2020 sowie schriftsätzlich vorgetragen worden ist.

b) Für eine selbständige Tätigkeit des Klägers spricht, dass er Freiheiten bei der Ausübung seiner Tätigkeiten hat. In fachlicher Hinsicht wird er grundsätzlich eigenverantwortlich und weisungsfrei tätig. Der Kläger kann nach Übernahme der Behandlung eines Patienten seine Arbeitszeit selbst bestimmen, d. h. insbesondere selbst entscheiden, wie häufig und zu welchen Zeitpunkten er den Patienten zu einem Hausbesuch aufsucht, wobei diese Freiheit nur eingeschränkt wird durch medizinische Notwendigkeiten wie eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten. Eine Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmtheit des Klägers liegt auch insoweit vor, dass die Ausübung der Nachtdienste und der Wochenenddienste nicht angeordnet wird, sondern die Organisation der Rufbereitschaft im Rahmen der im Palliative-Care-Team der Beigeladenen tätigen Palliativ-Ärzte einvernehmlich vereinbart wird. Dies gilt auch für die Vertretung des Klägers im Falle urlaubsbedingter oder krankheitsbedingter Verhinderung, die er selbst in Absprache mit ein oder zwei anderen Palliativ-Ärzten des Palliative-Care-Teams regelt.

c) Bei der Gewichtung der weitgehenden Weisungsfreiheit hinsichtlich der Art und Weise der Arbeitsausführung des Klägers ist jedoch zu berücksichtigen, dass die in § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IV genannten Kriterien der Weisungsgebundenheit und der Eingliederung weder in einem Rangverhältnis zueinander stehen noch stets kumulativ vorliegen müssen. Die in § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IV genannten Merkmale sind schon nach dem Wortlaut der Vorschrift nur „Anhaltspunkte“ für eine persönliche Abhängigkeit, also im Regelfall typische Merkmale einer Beschäftigung und keine abschließenden Bewertungskriterien (BSG Urteil vom 04.09.2019 B 12 R 11/18 R). Insbesondere bei hochqualifizierten oder Spezialisten (sogenannte Dienste höherer Art) kann das Weisungsrecht aufs stärkste eingeschränkt sein (vgl. BSG Urteil vom 29.03.1962 – 3 RK 74/57 unter Hinweis auf die Tätigkeit eines Chefarztes). Dies gilt insbesondere für ärztliche Tätigkeiten, da Ärzte bei medizinischen Heilbehandlungen grundsätzlich frei und eigenverantwortlich handeln. Dennoch kann die Dienstleistung in solchen Fällen fremdbestimmt sein und eine abhängige Beschäftigung vorliegen, wenn sie ihr Gepräge von der Ordnung des Betriebes erhält, in deren Dienst die Tätigkeit verrichtet wird. Die Weisungsgebundenheit des Arbeitnehmers verfeinert sich in solchen Fällen zur funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess (vgl. für ärztliche Tätigkeiten: BSG Urteil vom 04.06.2019 B 12 R 11/18 R; BSG Urteil vom 19.10.2021 B 12 KR 29/19 R). Die genannten Freiheiten im Rahmen der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit des Klägers kommt keine maßgebliche Indizwirkung für eine selbständige Tätigkeit zu, da der Kläger dennoch im Rahmen einer funktionsgerechten, dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess für die Beigeladene tätig wird.

d) Für eine abhängige Beschäftigung des Klägers spricht die Einbindung des Klägers in die Organisationsstrukturen der Beigeladenen im Rahmen einer dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess. Dabei ergibt sich die Einbindung des Klägers aus der Bindung seiner ärztlichen Tätigkeit an die vertraglich festgehaltenen Verpflichtungen der Beigeladenen aufgrund des mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen geschlossenen Vertrages nach § 37 b SGB V in Verbindung mit § 132 d SGB V.

Soweit sich der Kläger zur Übernahme der Behandlung eines Patienten entscheidet, hat er seine Tätigkeit im Rahmen der vorgegebenen organisatorischen Strukturen und Grundsätze durchzuführen, die ausschließlich von der Beigeladenen auf der Grundlage des mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen abgeschlossenen Vertragswerkes geschaffen worden sind und damit von der Beigeladenen bestimmt worden sind. Der von der Beigeladenen abgeschlossene Vertrag über die Erbringung der SAPV beinhaltet nicht nur eine Vielzahl von Pflichten der Beigeladenen, sondern auch ganz konkrete Pflichten der für die Beigeladene tätig werdenden Palliativ-Ärzte und Palliativ-Pflegefachkräfte sowie der weiteren in das Team eingebundenen Mitarbeiter, derer sich die Beigeladene zur Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen bedient. In diesem Sinne ist der Kläger an diese regulatorischen Vorgaben im Rahmen der Ausübung seiner Tätigkeit gebunden und muss sich an diesen vertraglich festgehaltenen Verpflichtungen orientieren (ebenso für in der SAPV tätige Ärzte: Sozialgericht Kassel Urteil vom 24.01.2018 S 12 KR 390/17; Bayerisches LSG Urteil vom 29.07.2020 L 6 R 5130/17). Insoweit liegt eine institutionelle Einbindung des Klägers in das Versorgungskonzept der Beigeladenen vor, das Voraussetzung dafür ist, dass die Beigeladene als Leistungserbringerin im Sinne des § 132 d SGB V tätig werden kann (vgl. § 6 Abs. 2 SAPV-Vertrag). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind solche regulatorischen Vorgaben bei der Gewichtung der Indizien zur Statusbeurteilung zu berücksichtigen, ohne dass ihnen zwingende, übergeordnete oder determinierende Wirkung zukommt (vgl. BSG Urteil vom 04.06.2019 B 12 R 11/18 R; BSG Urteil vom 24.03.2016 B 12 KR 20/14 R).

Nach dieser Maßgabe ist vorliegend zu berücksichtigen, dass zwingend vorgeschrieben ist, dass das Palliative-Care-Team der Beigeladenen nach gemeinsam erfolgtem Initialbesuch bei dem Patienten einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen hat, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist (§ 9 Abs. 4 SAPV-Vertrag). Insoweit ist in § 8 Abs. 2 SAPV-Vertrag im Einzelnen festgelegt, dass im Rahmen des Initialbesuches durch das Palliative-Care-Team (Palliativ-Ärztin / Arzt und Pflegefachkraft) bei der Patientin / beim Patienten die integrative Abstimmung der notwendigen Maßnahmen und des Behandlungs- und Therapieplanes erfolgt. Gleichzeitig ist ein Zeitpunkt innerhalb von 14 Tagen festzulegen, an dem eine erneute gemeinsame Fallbesprechung erfolgt. Ferner ist

geregelt, dass vor jeder Krankenhauseinweisung zwingend eine Begutachtung der Patientin / des Patienten durch die Palliativ-Ärztin / den Palliativ-Arzt zu erfolgen hat (§ 9 Abs. 5 SAPV-Vertrag. Für das Palliative-Care-Team und damit auch für den Kläger besteht darüber hinaus die Verpflichtung, regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen in überschaubaren Intervallen durchzuführen (§ 9 Abs. 3 SAPV-Vertrag), an einem internen Qualitätsmanagement teilzunehmen (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SAPV-Vertrag) und regelmäßig an palliativmedizinischen Fortbildungen und multidisziplinären Qualitätszirkeln teilzunehmen (§ 9 Abs. 1 Satz1 SAPV-Vertrag). In § 15 Abs. 1 SAPV-Vertrag wird das Fortbildungserfordernis dahingehend konkretisiert, dass Palliativ-Ärzte des Palliative-Care-Teams verpflichtet sind, externe fachbezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen von kalenderjährlich insgesamt 28 Stunden nachzuweisen. Es ist zudem verpflichtend geregelt, dass jede palliativ-ärztliche Leistung unmittelbar nach der Durchführung in einem Leistungsnachweis durch die Palliativ-Ärztin / den Palliativ-Arzt einzutragen und durch Handzeichen zu bestätigen ist und dass der Leistungsnachweis einmal monatlich durch die Patientin / den Patienten nach erfolgter Leistungserbringung durch eine Unterschrift bestätigt werden muss (§ 18 Abs. 1 SAPV-Vertrag). Aus den Angaben des Klägers im Erörterungstermin vom 06.11.2020 ergibt sich, dass er im Rahmen seiner Tätigkeit nach diesen Vorgaben, die die Durchführung seiner ärztlichen Tätigkeit unmittelbar betreffen, gehandelt hat und diese Vorgaben in der Berufspraxis von ihm umgesetzt worden sind.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Vorgaben, die sich zumindest mittelbar auf seine Tätigkeit auswirken und einen Rahmen vorgeben, der Auswirkungen auf die Art und Weise der Ausübung seiner Tätigkeit hat. So hat sich die Beigeladene in dem Vertrag verpflichtet, eine additiv unterstützende Teilversorgung in Form ärztlicher und pflegerischer Leistung zu erbringen, so dass diese auch zum Tätigkeitsspektrum des Klägers gehört, obwohl die Durchführung einer Teilversorgung nach den Angaben des Klägers wirtschaftlich für ihn weniger lukrativ ist. In § 6 Abs. 1 SAPV-Vertrag einschließlich der dazu ergangenen Protokollnotiz ist geregelt, dass ein im Palliative-Care-Team der Beigeladenen tätiger Palliativ-Arzt schwerpunktmäßig für die Beigeladene in der SAPV tätig sein muss, d. h. mindestens 51 % der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit (38,5 Stunden pro Woche) zur Versorgung der Palliativpatienten zur Verfügung stehen muss. Dies hat mittelbare Auswirkungen auf die dem Kläger grundsätzlich zustehende Freiheit, angebotene Behandlungen von Patienten abzulehnen. Auch die in § 7 Abs. 2 c SAPV-Vertrag enthaltene Vorgabe, dass eine ständige Verfügbarkeit mindestens einer qualifizierten Palliativ-Ärztin / eines Palliativarztes zu garantieren sei und diese Verfügbarkeit notwendige Hausbesuche einschließe, hat Auswirkungen auf die Tätigkeit des Klägers in dem Sinne, dass auch er für entsprechende Rufbereitschaften zur Verfügung stehen muss. Lediglich die Frage, zu welchen Zeiten er die Rufbereitschaft übernimmt, wird einvernehmlich zwischen den Ärzten vereinbart. Auch diese Vorgaben spiegeln sich in der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit des Klägers wider, da er Rufbereitschaftsdienste leistet. Schließlich erfolgt eine Eingliederung des Klägers in die Organisationsstruktur der Beigeladenen auch dadurch, dass er die von der Beigeladenen zur Verfügung gestellte Dokumentationssoftware nutzt. Dies entspricht ebenfalls einer in dem Vertrag vorgesehenen Vorgabe, wonach das Palliative-Care-Team eine Patientendokumentation zu erstellen hat, die den Anforderungen der gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V entspricht (§ 7 Abs. 3 SAPV-Vertrag) und die kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sein soll (§ 9 Abs. 2 SAPV-Vertrag). Insgesamt ergibt sich das Bild einer in erheblicher Weise durch vertragliche und gesetzliche Vorgaben regulierten ärztlichen Tätigkeit des Klägers als Palliativ-Arzt in der spezialisierten ambulanten Patientenversorgung. Auch wenn es sich um vertragliche Verpflichtungen der Beigeladenen als Leistungserbringerin gegenüber den jeweiligen Kostenträgern (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung) handelt, hat sich die Tätigkeit des Klägers notwendigerweise an den vertraglichen Verpflichtungen zu orientieren, wie es in der Praxis nach den übereinstimmenden Ausführungen des Klägers und des Vertreters der Beigeladenen auch umgesetzt worden ist (vgl. SG Kassel Urteil vom 24.01.2018 S 12 KR 390/17; Bayerisches Landessozialgericht Urteil vom 29.07.2020 L 6 R 5130/17). Somit wird ein organisatorischer Rahmen von der Beigeladenen als Leistungserbringerin vorgegeben und der Kläger wird zur Erfüllung der Verpflichtungen der Beigeladenen gegenüber deren Patienten im Sinne einer funktionsgerecht dienenden Teilhabe am therapeutischen Prozess eingesetzt, um die Aufgabe der Beigeladenen als Leistungserbringerin zu erfüllen. Die enge Verknüpfung der Tätigkeit des Klägers und der vertraglichen Vorgaben für die Beigeladene wird auch dadurch deutlich, dass ein Vergütungsanspruch der Beigeladenen gegenüber den Kostenträgern nur besteht, wenn die tatsächlich erbrachten Vertragsleistungen, d. h. insbesondere die ärztlichen und pflegerischen Leistungen im Rahmen der SAPV den Vorgaben des Vertrages entsprechen (§ 16 Abs. 2 SAPV-Vertrag).

e) Für eine abhängige Beschäftigung spricht, dass der Ort der Arbeitsausführung in dem Sinne vorgegeben ist, dass die palliativmedizinische Versorgung im häuslichen Bereich der Patienten zu erbringen ist und damit vorgegeben ist, dass der Kläger den Patienten zu Hause aufzusuchen hat, soweit er eine Untersuchung bzw. eine Behandlungsmaßnahme für erforderlich hält. Auch der Umstand, dass der Kläger notwendigerweise mit weiteren Mitarbeitern des Palliative-Care-Teams zusammenarbeiten muss, die für die Beigeladene im Rahmen des Versorgungskonzeptes tätig werden, ist arbeitnehmertypisch. Insoweit bedarf es insbesondere Absprachen des Klägers mit den in die Behandlung eingebundenen spezialisierten Pflegefachkräfte und allgemein einer integrativen Abstimmung der notwendigen Maßnahmen und des Behandlungs- und Therapieplanes einschließlich gemeinsamer Fallbesprechungen (vgl. § 8 SAPV-Vertrag). Zusätzlich zu diesen patientenbezogenen individuellen Abstimmungen werden nach den Angaben des Klägers institutionalisiert viermal im Jahr Teambesprechungen im größeren Rahmen durchgeführt, an denen neben den Palliativärzten die Koordinatoren der drei beteiligten Pflegedienste und Vertreter der ambulanten Hospizdienste teilnehmen, und in denen insbesondere Fallbesprechungen bezüglich einzelner schwieriger Patienten durchgeführt und Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden besprochen werden und in denen ein allgemeiner fachlicher Erfahrungsaustausch erfolgt.

f) Die Tätigkeit des Klägers ist nicht durch ein typisches Unternehmerrisiko gekennzeichnet, was ebenfalls für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis spricht.

Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung ist maßgebliches Kriterium hierfür, ob eigenes Kapital oder die eigene Arbeitskraft auch mit der Gefahr des Verlustes eingesetzt wird, der Erfolg des Einsatzes der sachlichen und personellen Mittel also ungewiss ist (vgl. BSG Urteil vom 11.03.2009 B 12 KR 21/07 R; BSG Urteil vom 28.05.2008 B 12 KR 13/07 R). Ein gewichtiges Indiz für das Vorliegen einer selbständigen Tätigkeit ist die Übernahme eines Unternehmerrisikos nur dann, wenn damit auch tatsächlich Chancen und nicht nur Risiken

bei der Einkommenserzielung verbunden sind, d. h. damit eine Erweiterung der unternehmerischen Möglichkeiten einhergeht. Allein das Risiko, mangels Aufträgen nicht durchgehend arbeiten zu können, spielt insoweit keine Rolle, denn es trifft jeden Arbeitnehmer, der nur Zeitverträge bekommt oder unständig Beschäftigter ist. Zum echten Unternehmerrisiko wird dieses erst, wenn bei Arbeitsmangel nicht nur kein Einkommen erzielt wird, sondern auch Kosten für betriebliche Investitionen oder Arbeitnehmer anfallen oder für getätigte Investitionen brachliegen.

Soweit der Kläger angegeben hat, dass die Dokumentationssoftware zwar von der Beigeladenen zur Verfügung gestellt worden sei, die Hardware dagegen nicht, so dass er seinen eigenen Laptop im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit nutze, begründet dies ebenso wenig ein unternehmerisches Risiko wie der Umstand, dass der Kläger seinen eigenen Pkw im Rahmen der Hausbesuche benutzt. In der Arbeitswelt ist es vielfach üblich, dass Arbeitnehmer für Sachen dieser Art selbst aufkommen, zumal sowohl ein Laptop als auch ein Pkw für den privaten Bereich genutzt werden kann (vgl. LSG Baden-Württemberg Urteil vom 27.07.2016 L 5 R 2554/15; BSG Urteil vom 30.01.2007 B 2 U 6/06 R). Auch bei dem vom Kläger genutzten eigenen Arztkoffer handelt es sich nicht um eine Investition, die ein unternehmerisches Risiko begründen kann. Soweit der Kläger ein erheblich aufwendigeres Ultraschallgerät benutzen muss, wird ihm dies durch die Beigeladene kostenlos zur Verfügung gestellt.

Der Erfolg des Einsatzes der Arbeitskraft des Klägers innerhalb des Palliative-Care-Teams der Beigeladenen ist nicht ungewiss, so dass auch insoweit ein unternehmerisches Risiko zu verneinen ist. Der Kläger erhält Tagespauschalen für seine Einsätze als Palliativ-Arzt, die unabhängig davon sind, wie häufig er den Patienten tatsächlich aufsucht. Dem Kläger ist bei Durchführung der Behandlung eines Patienten in Gestalt der Vollversorgung oder der Teilversorgung ein finanzieller Erfolg in Gestalt der Zahlung einer Tagespauschale sicher. Für den Kläger gibt es damit weder ins Gewicht fallende Verlustrisiken noch besteht für ihn die Chance, durch unternehmerisches Geschick die Arbeit so effizient zu gestalten, dass er das Verhältnis von Aufwand und Ertrag zu seinen Gunsten entscheidend beeinflussen könnte. Der vom Kläger vorgetragene Aspekt, dass die Gefahr bestehe, dass die Beigeladene in Zahlungsschwierigkeiten geraten könne, trifft jeden Arbeitnehmer und begründet in keinster Weise ein Unternehmerrisiko.

Somit erschöpft sich das wirtschaftliche Risiko des Klägers darin, dass er von Behandlungsaufträgen abhängig ist. Das Risiko, zeitweise seine Arbeitskraft nicht verwerten zu können, begründet jedoch kein Unternehmerrisiko in dem hier maßgeblichen sozialversicherungsrechtlichen Sinne (vgl. BSG Urteil vom 04.06.1998 B 12 KR 5/97 R). Das Risiko, mangels Arbeitsleistung ein Arbeitsentgelt nicht zu erhalten, ist das Risiko eines jeden auf Abruf oder nur von Zeit zu Zeit tätigen Arbeitnehmers.

Ein Unternehmerrisiko liegt auch insoweit nicht vor, dass dem Kläger nicht die Möglichkeit eingeräumt ist, die palliativmedizinische Tätigkeit für die Beigeladene nicht höchstpersönlich, sondern durch eigenes Personal erledigen zu lassen, was als Indiz für eine selbständige Tätigkeit zu werten wäre. Mit der Einstellung von Personal sind unabhängig von der Auftragslage laufende Ausgaben und wirtschaftliche Verpflichtungen verbunden, die das Risiko in sich bergen, Kapital mit dem Risiko des Verlustes einzusetzen und die damit letztendlich ein Unternehmerrisiko darstellen (vgl. LSG NRW Urteil vom 30.04.2014 L 8 R 981/12 m. w. N.). Aufgrund der vertraglichen Verpflichtung der Beigeladenen im Rahmen der Erbringung der SAPV war es ausgeschlossen, dass der Kläger aufgrund eigener Entscheidungsbefugnis eigenes medizinisches Personal im Rahmen der von ihm durchzuführenden Behandlungen einsetzt. Nach § 5 Abs. 1 und Abs. 2 SAPV-Vertrag dürfen nur Mitglieder des im Versorgungskonzept der Beigeladenen im Einzelnen aufgeführten Palliative-Care-Teams Leistungen der SAPV erbringen, wobei vorab eine Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt, ob die personellen Anforderungen an die Qualifikation der Ärztin bzw. des Arztes erfüllt sind. Nur für den Fall, dass die Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung ergeben hat, dass die von der Beigeladenen aufgeführten Palliativmediziner und die sonstigen Mitglieder des Palliative-Care-Teams alle fachlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllen und das Ergebnis dieser Prüfung der Beigeladenen mitgeteilt worden ist, ist die Beigeladene berechtigt, Leistungen der SAPV zu erbringen und die hierfür vereinbarte Vergütung zu erhalten. Diese Regelungen schließen aus, dass der Kläger eigenes palliativmedizinisches Personal aufgrund eigener unternehmerischer Erwägungen einsetzen kann. Soweit der Kläger im Verhandlungstermin vorgetragen hat, er habe seit dem 15.02.2017 eine Bürokraft im Rahmen eines Minijobs beschäftigt, die für ihn Schriftverkehr erledige, ist dieser Umstand nicht geeignet, ein unternehmerisches Risiko zu begründen, da es sich nicht um eine Delegierung von palliativmedizinischen Tätigkeiten handelt, die im Rahmen der SAPV vom Kläger geschuldet wird. Dem Kläger ist es auch nicht möglich, die von ihm geschuldeten Behandlungen durch andere freiberuflich tätige Palliativmediziner ausführen zu lassen, weil eine solche Leistungserbringung durch freie Mitarbeiter gegen Entgelt in § 19 Abs. 4 SAPV-Vertrag ausdrücklich untersagt ist und nach § 24 Abs. 1 SAPV-Vertrag einen außerordentlichen Kündigungsgrund gegenüber der Beigeladenen darstellen würde.

Das Fehlen von Vereinbarungen zwischen dem Kläger und der Beigeladenen zu Ansprüchen auf Urlaubsentgelt bzw. Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall rechtfertigt für sich genommen ebenfalls nicht die Annahme eines unternehmerischen Risikos. Die Überbürdung sozialer Risiken abweichend von der das Arbeitsrecht prägenden Risikoverteilung ist nur dann ein Indiz für unternehmerisches Handeln, wenn damit auch tatsächlich Chancen einer weiteren Einkommenserzielung verbunden sind, wofür keine Anhaltspunkte vorliegen (vgl. BSG Urteil vom 11.03.2009 B 12 KR 21/07 R; LSG NRW Urteil vom 04.12.2013 L 8 R 296/10).

Auch eine abgeschlossene Berufshaftpflichtversicherung stellt kein Indiz für ein unternehmerisches Handeln dar, da der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung auch bei Arbeitnehmern nicht unüblich ist (vgl. LSG NRW Urteil vom 30.08.2017 L 8 R 962/15; LSG NRW Urteil vom 11.05.2016 L 8 R 975/12).

g) In der Gesamtabwägung überwiegen aufgrund der weitgehenden Eingliederung des Klägers in die Organisationsstruktur der Beigeladenen, der Erbringung einer fremdbestimmten Dienstleistung in einer von der Beigeladenen vorgegebenen Ordnung, der Weisungsgebundenheit hinsichtlich des Arbeitsortes, der vorgegebenen notwendigen Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem multiprofessionellen Team der Beigeladenen und des Fehlens eines unternehmerischen Risikos des Klägers deutlich die Merkmale, die für eine abhängige Beschäftigung sprechen.

Da ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt, besteht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und nach § 25 Abs. 1 SGB III Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung. Die Beklagte hat die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung ab dem 01.01.2011 festgestellt, da nach den insoweit von dem Kläger unwidersprochenen Angaben der Beigeladenen im Statusfeststellungsantrag der Kläger seit Anfang 2011 für die Beigeladene tätig war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Da die Beigeladene keine eigenen Anträge gestellt hat und keinem eigenen Kostenrisiko ausgesetzt war, entspricht es nicht der Billigkeit, dem unterlegenen Kläger außergerichtliche Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen (vgl. BSG Urteil vom 14.11.2002 B 13 RJ 19/01 R).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Duisburg, Mülheimer Straße 54, 47057 Duisburg

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Duisburg schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Nr. 2 SGG zur Verfügung steht (§ 65d SGG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-04-25