

# Das Aktuelle *aus Steuern und Wirtschaft* für Ärzte, Heil- und Pflegeberufe

Nr. 3/19

1. Honorärärzte im Krankenhaus: Selbständige oder Angestellte?
2. Pflegekraft: Weisungsabhängigkeit verwehrt den Status als Selbständiger
3. Berufsbetreuer: Pflege-WGs nicht automatisch als Heime einzustufen
4. Zweigpraxis: Erhöhte Dienstpflicht nicht mit Gleichheitssatz vereinbar
5. Halber Versorgungsauftrag: Fallzahlen des Vorjahresquartals maßgeblich
6. BAG: Nachbesetzungskriterien eines Vertragsarztsitzes konkretisiert
7. Krankengymnastik: Ohne Kassenrezept keine Kostenübernahme

## STEUERTERMINE

### 1. Honorärärzte im Krankenhaus: Selbständige oder Angestellte?

Wann **Honorärärzte in einem Krankenhaus** als **Selbständige** anzusehen sind **oder** als **Angestellte** gelten und **damit der Sozialversicherungspflicht unterliegen**, hat kürzlich das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Ein entscheidendes Kriterium zur Beurteilung der Sozialversicherungspflicht ist, ob die Betroffenen **weisungsgebunden bzw. in eine Arbeitsorganisation eingegliedert** sind. Das sieht das BSG bei Ärzten im Krankenhaus als gegeben an, weil diese durch die dortigen Strukturen **keinen unternehmerischen Einfluss** haben. **Anästhesisten** sind so beispielsweise bei einer Operation zumeist **Teil eines Teams**, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen zusammenarbeitet.

Die Anästhesistin dieses Falls war wiederholt im Tag- und Bereitschaftsdienst überwiegend im OP tätig. Als Honorärärztin nutzte sie überwiegend **personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses**. Entsprechend war die Ärztin hier - wie die beim Krankenhaus angestellten Ärzte - **vollständig in den Betriebsablauf eingegliedert**. Bei ihrer Tätigkeit als Honorärärztin im Krankenhaus gab es demnach keine unternehmerischen Entscheidungsspielräume. Die Honorarhöhe war hier nur eines von vielen in der Gesamtwürdigung zu berücksichtigenden Indizien und in diesem Fall nicht ausschlaggebend.

Ob diese Beurteilung auch im Fall eines Stationsarztes greift, bleibt weiterhin offen. Ein Stationsarzt ist bei weitem nicht in ein derartiges Team wie ein OP-Team eingegliedert und steht insoweit auch **nicht in Abhängigkeit zu anderen Ärzten** wie ein Anästhesist. Nur wenn der Stati-

onsarzt regelmäßig in die Strukturen und Abläufe des Krankenhauses eingefügt ist, sind auch die hier getroffenen Rechtsgründe zutreffend.

Das BSG erläutert, dass ein **Fachkräftemangel im Gesundheitswesen keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung** dieser Frage hat. Sozialrechtliche Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht könnten nicht außer Kraft gesetzt werden, um eine Steigerung der Attraktivität des Berufs durch eine von Sozialversicherungsbeiträgen „entlastete“ höhere Entlohnung zu ermöglichen.

**Hinweis:** Neben der Honorarhöhe ist die Eingliederung in die Arbeitseinheit des Krankenhauses im Rahmen der Würdigung der Gesamtverhältnisse ausschlaggebend, womit weiterhin im Einzelfall eine Sozialversicherungspflicht sowohl bejaht als auch verneint werden kann. Zur Erlangung von Rechtssicherheit hilft im Zweifelsfall nur ein Statusfeststellungsverfahren durch einen Träger der Sozialversicherung.

## 2. Pflegekraft: Weisungsabhängigkeit verwehrt den Status als Selbständiger

Wenige Tage nach seinem Urteil zur Selbständigkeit von Honorarärzten in Krankenhäusern beschäftigte sich das Bundessozialgericht (BSG) mit selbiger Frage bei **Honorarpflegekräften in stationären Pflegeeinrichtungen**: Sind diese regelmäßig als **Selbständige** oder als **sozialversicherungspflichtig Beschäftigte** anzusehen?

Die **in einem Pflegeheim beschäftigte Pflegefachkraft** des Urteilsfalls setzte ihre Arbeitskraft ebenso vollständig eingegliedert in einen fremden Betriebsablauf ein wie die bei dem Pflegeheim angestellten Fachkräfte. Somit war die Honorarpflegekraft **nicht unternehmerisch tätig**. Das BSG lehnte eine selbständige Tätigkeit daher auch mit der Begründung ab, dass Pflegefachkräfte im Regelfall **in die Organisations- und Weisungsstruktur der stationären Pflegeeinrichtung eingegliedert** seien und es **kaum unternehmerische Freiheiten** gebe. Nicht zuletzt das Sozialgesetzbuch (§ 7 Absatz 1 SGB IV) definiert Beschäftigung als „Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers“.

**Hinweis:** Eine Selbständigkeit kann nur ausnahmsweise angenommen werden. Hierfür müssen gewichtige Indizien sprechen. Bloße Freiräume bei der Aufgabenerledigung, zum Beispiel ein Auswahlrecht der zu pflegenden Personen oder bei der Reihenfolge der einzelnen Pflegemaßnahmen, reichen hierfür nicht.

## 3. Berufsbetreuer: Pflege-WGs nicht automatisch als Heime einzustufen

**Betreute Wohngemeinschaften** (Pflege-WGs) können für Pflegebedürftige eine **Alternative zur stationären Unterbringung in einem Pflegeheim** darstellen. Ob und wann solche Pflege-WGs mit der stationären Heimunterbringung gleichzusetzen sind, musste der Bundesge-

richtshof (BGH) in der Frage zur **Höhe der Vergütungsansprüche eines Berufsbetreuers** klarstellen.

Ein Schwerstpflegebedürftiger lebte aufgrund eines Mietvertrags in einer **betreuten Wohngemeinschaft** und bezog von einem **gesonderten Anbieter ambulante Pflegeleistungen**. Der ihm zugeteilte Berufsbetreuer beantragte für die Zeit vom 11.09.2016 bis 10.12.2016 die Festsetzung seiner **Vergütung in Höhe von 594 € (Vergütung für nicht im Heim lebende Bedürftige)**. Dagegen legte der Betroffene Beschwerde ein, da er seine Unterbringungsform als „Heim“ ansah.

Wäre das der Fall, unterläge die Pflege-WG den Erfordernissen des Heimgesetzes (Mindestanforderungen an ausstattungsmäßigen Voraussetzungen) und die Kostenerstattung würde im Rahmen der Pflegeversicherung den stationären Grundsätzen folgen. Zudem könnte ein Arzt entsprechend Leistungen für Heimbefuche abrechnen.

Laut BGH war die **Wohngemeinschaft des Betroffenen nicht als Heim einzustufen**. Entscheidend war hier, ob die Einrichtung dem Betreuer einen Großteil seiner Arbeit abnahm oder nicht. Vorliegend sei das nicht der Fall gewesen. Der Betreuer sei durch die hier gewählte Wohn- und Betreuungsform **nicht in einer der stationären Heimunterbringung vergleichbaren Weise entlastet** worden. Die Voraussetzungen des vergütungsrechtlichen Heimbegriffs seien nur erfüllt, wenn **Wohnraum, Verpflegung und tatsächliche Betreuung sozusagen „aus einer Hand“** zur Verfügung gestellt würden.

**Hinweis:** Lebt der Pflegebedürftige aufgrund eines Mietvertrags in einer Wohngemeinschaft und bezieht von einem gesonderten Anbieter ambulante Pflegeleistungen, hält er sich damit grundsätzlich noch nicht in einem Heim gemäß § 5 Abs. 3 VBVG auf. Sind der Vermieter und der vom Gremium der Bewohner beauftragte Pflegedienst personell miteinander verbunden, können die Bewohner (nur in ihrer Gesamtheit) zwar einen anderen Anbieter wählen, doch das führt ebenfalls noch nicht zwangsläufig zur Einstufung als Heim.

## 4. Zweigpraxis: Erhöhte Dienstpflicht nicht mit Gleichheitssatz vereinbar

Eröffnet ein Arzt eine **Zweigpraxis**, ist die Frage, inwieweit dies seinen **Bereitschaftsdienst beeinflusst**. Einen Streit über den Umfang der Teilnahme am Notdienst musste kürzlich das Bundessozialgericht (BSG) klären.

Ein Orthopäde war zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in M. zugelassen. Auf seinen Antrag genehmigte ihm die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) die Tätigkeit auch in E. (Zweigpraxis) und ordnete ihn mit gesondertem Bescheid mit einem Anrechnungsfaktor von **0,5 der Bereitschaftsdienstgruppe am Ort der Zweigpraxis** zu. Der Umfang der Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst am Praxishauptsitz und die Frequenz der Heranziehung werden dadurch nicht eingeschränkt. Die

KÄV wies den Einspruch des Orthopäden gegen diesen Bescheid zurück.

Das Sozialgericht München hob daraufhin die Bescheide auf. Die Heranziehung mit einem **Anrechnungsfaktor von insgesamt 1,5** sei **rechtswidrig**. Die Genehmigung der Zweigpraxis ändere nichts daran, dass dem Kläger nur ein voller Versorgungsauftrag zugeordnet sei. Doch die nächsthöhere Instanz entschied anders: Der Orthopäde werde durch die Addition der Anrechnungsfaktoren nicht willkürlich benachteiligt. Mit dem Betrieb der Zweigpraxis erweitere dieser seinen Patientenstamm mit den daraus resultierenden wirtschaftlichen Vorteilen.

Mit der Revision beehrte der Orthopäde die Wiederherstellung des sozialgerichtlichen Urteils - erfolgreich. Das BSG entschied, dass die **Auferlegung einer um 50 % erhöhten Dienstpflicht nicht mit dem allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar** ist.

**Hinweis:** Ärzte mit Zweigpraxis dürfen hinsichtlich des Umfangs ihrer Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst nicht anders behandelt werden als andere Ärzte. Maßgebend für den Umfang der Teilnahme am Bereitschaftsdienst ist auch bei mehreren Tätigkeitsorten letztlich der Umfang des Versorgungsauftrags. Auch für Ärzte mit mehreren Tätigkeitsorten gilt somit, dass einem Arzt nicht mehr als eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag erteilt werden kann.

## 5. Halber Versorgungsauftrag: Fallzahlen des Vorjahresquartals maßgeblich

Ob die **Kassenärztliche Vereinigung** (KÄV) die im Vorjahresquartal **ermittelte Fallzahl** als Grundlage der Bemessung des Regelleistungsvolumens (RLV) allein deshalb **halbieren darf, weil der Arzt seinen Versorgungsauftrag halbiert**, hatte im Folgenden letztinstanzlich das Bundessozialgericht (BSG) zu entscheiden.

Ein Chirurg war seit 2001 im Bezirk der beklagten KÄV zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seine Fallzahlen erreichten nur etwa ein Drittel des Fachgruppendurchschnitts. Zum Quartal IV/2012 halbierte er seinen Versorgungsauftrag. Der verbleibende halbe Vertragsarztsitz wurde durch einen anderen Arzt nachbesetzt. Für die Quartale IV/2012 bis III/2013 wies die KÄV dem Kläger RLV zu, bei deren Berechnung sie von der halben Fallzahl des Klägers im entsprechenden Vorjahresquartal (also ein Sechstel des Fachgruppendurchschnitts) ausging.

Hiergegen legte der Arzt Widerspruch ein. Zunächst jedoch erfolglos, denn anstelle der halbierten müssten die tatsächlichen Fallzahlen aus dem entsprechenden Quartal des Vorjahres zugrunde gelegt werden (ein Drittel des Durchschnitts). Es existiere keine rechtliche Grundlage für die Halbierung, auf deren Grundlage das RLV berechnet wurde. Der Chirurg argumentierte jedoch, er habe mit der Halbierung seines Versorgungsauftrags auf die bereits zuvor unterdurchschnittlichen Fallzahlen reagiert.

Das letztinstanzliche BSG gab dem Chirurgen recht: Entgegen der Auffassung der Vorinstanzen und der KÄV sei es mit diesem **Grundsatz nicht vereinbar, die der RLV-Bemessung zugrunde zu legende Fallzahl**, die sich an der Abrechnung des Arztes im entsprechenden Quartal des Vorjahres orientiert, nur **deshalb zu halbieren, weil der Arzt seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt** habe. **Maßgebend für die Bemessung des RLV im Quartal III/2013 seien die tatsächlichen RLV-relevanten Fallzahlen des Klägers** im Quartal III/2012.

**Hinweis:** Dabei kommt es entgegen der Auffassung der KÄV auch nicht darauf an, ob der Reduzierung des Versorgungsauftrags eine Entziehung durch die Zulassungsgremien oder ein freiwilliger Verzicht des Arztes zugrunde liegt. Mit der Entscheidung zur Reduzierung des Versorgungsauftrags ist nicht zwangsläufig die Entscheidung verbunden, den tatsächlichen Umfang der ärztlichen Tätigkeit weiter zu reduzieren.

## 6. BAG: Nachbesetzungskriterien eines Vertragsarztsitzes konkretisiert

Welche Regeln für die **Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) gelten, hat das Bundessozialgericht (BSG) im folgenden Fall konkretisiert.

Die BAG bestand aus zwei Praxispartnern (Fachärztinnen für Chirurgie), die beide mit einem vollen Versorgungsauftrag vertragsärztlich tätig waren. Bis zu seinem Tod im Mai 2015 gehörte ein weiterer Facharzt für Chirurgie (Herr F.) mit vollem Versorgungsauftrag der BAG an, der krankheitsbedingt jedoch in den relevanten Quartalen nur bei ca. 10 % des Durchschnitts der Fallzahlen des Fachgruppendurchschnitts lag. Die Fallzahlen der gesamten BAG entsprachen jedoch etwa dem Dreifachen (2.159) der durchschnittlichen Fallzahl dieser Fachgruppe.

Die zuständigen Ausschüsse und vorinstanzlichen Gerichte waren der Auffassung, dass es für die Beurteilung des nachbesetzungsfähigen Praxissubstrats nicht auf die BAG als Ganzes ankomme, sondern auf den konkreten Tätigkeitsumfang des nachzubesetzenden Vertragsarztsitzes. Sie lehnten aufgrund der „unzureichenden Teilnahme“ von Herrn F. an der vertragsärztlichen Versorgung (kein Praxissubstrat) die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für einen vollen Versorgungsauftrag ab.

Dieser Auffassung trat das BSG entgegen und stärkt somit ärztliche Gemeinschaftspraxen. Nicht die über die lebenslange Arztnummer abgerechneten Leistungen, sondern das **Gesamtleistungsgeschehen der BAG entscheide** über die Beurteilung der Nachbesetzung. Der Ausschuss muss daher nun bewerten, ob die Nachbesetzung des freigewordenen Sitzes in der BAG im Umfang eines weiteren halben Versorgungsauftrags durchzuführen ist. Die Auslastung der Praxis an ihrem konkreten Standort ist ein Indiz dafür, dass sie einen relevanten Stellenwert in der Versorgung hat.

**Hinweis:** Ist der Vertragsarztsitz, für den die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens beantragt wird, einer BAG zugeordnet, ist für die Möglichkeit der Praxisfortführung auf die BAG und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen. Wenn zum maßgeblichen Zeitpunkt eine BAG besteht, müssen die Zulassungsgremien im Rahmen der Nachbesetzung daran anknüpfen. Entsprechend müssen sie eine solche grundsätzlich mit einem vollen Versorgungsauftrag ermöglichen, wenn die Zulassung eines Arztes mit einem vollen Versorgungsauftrag endet oder enden soll.

## 7. Krankengymnastik: Ohne Kassenrezept keine Kostenübernahme

Ob ein gesetzlich Versicherter bei seiner Krankenkasse die **Kostenübernahme für Krankengymnastikbehandlungen des sport- und physiotherapeutischen Instituts einer Sportschule** einfordern kann, musste das Landessozialgericht Hessen (LSG) in diesem Fall entscheiden.

Zur Durchsetzung seines Begehrens legte der Betroffene unter anderem ein Attest seines Orthopäden vom 06.06.2012 vor. Demnach sei es erforderlich, die mehrfach operierte Lendenwirbelsäule vorläufig unbefristet mit Physio-Einzel-Krankengymnastik (KG) sowie muskelstärkender sporttherapeutischer Einzel-KG zu versorgen. Hierzu erhalte der Kläger KG außerhalb des Regelfalls

verordnet sowie zusätzlich ärztlich frei verordnete Einzel-KG, die der Kläger selbst zu finanzieren habe.

Mit Bescheid vom 22.10.2012 lehnte die Krankenkasse die Kostenübernahme für selbst finanzierte zusätzliche KG unter Berufung auf ein nach Aktenlage erstelltes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vom 15.10.2010 ab. Die **Behandlung der Wirbelsäulenproblematik** sei im **Rahmen der Heilmitteltherapie ausreichend möglich**. Dagegen klagte der Mann.

Das LSG schloss sich hier jedoch der Vorinstanz an: Der Kläger hatte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für Leistungen des sport- und physiotherapeutischen Instituts der Sportschule. Ebenso wenig kam ein Kostenzuschuss in Betracht. Hier hatte der Kläger schon deshalb keinen Anspruch auf die begehrte zusätzliche Einzel-KG, weil ihm diese **nicht auf Kassenrezept ärztlich verordnet** worden ist. Gesetzlich Versicherte haben nur **Anspruch auf Versorgung mit Krankengymnastik**, wenn dafür eine **ärztliche Verordnung** vorliegt.

**Hinweis:** Bei entsprechender Indikation hätten die Ärzte dem gesetzlich versicherten Mann auch KG als Langzeittherapie verschreiben können, so dass eine laufende Behandlung ohne behandlungsfreie Intervalle möglich gewesen wäre. Es gab also keinen Grund für die Inanspruchnahme zusätzlicher Einzel-KG.

## STEUERTERMINE

September 2019 10.09. (*13.09.)	Oktober 2019 10.10. (*14.10.)	November 2019 11.11. (*14.11.)
Umsatzsteuer (Monatszahler)	Umsatzsteuer (Monats-/Quartalszahler)	Umsatzsteuer (Monatszahler)
Lohnsteuer mit SolZ u. KiSt (Monatszahler)	Lohnsteuer mit SolZ u. KiSt (Monats-/Quartalszahler)	Lohnsteuer mit SolZ u. KiSt (Monatszahler)
Einkommensteuer mit SolZ u. KiSt (Vorauszahlung)		
Körperschaftsteuer mit SolZ (Vorauszahlung)		
		<b>15.11. (*18.11.)</b> Gewerbesteuer Grundsteuer
<b>26.09.</b>	<b>29.10.**</b>	<b>27.11.</b>
Sozialversicherungsbeiträge	Sozialversicherungsbeiträge	Sozialversicherungsbeiträge

\*) Letzter Tag der Zahlungsschonfrist, nicht für Bar- und Scheckzahler. Zahlungen mit Scheck erst drei Tage nach dessen Eingang bewirkt.  
\*\*) Durch regionale Feiertage können sich Abweichungen ergeben.

Alle Beiträge sind nach bestem Wissen zusammengestellt. Eine Haftung kann trotz sorgfältiger Bearbeitung nicht übernommen werden. Zu den behandelten Themen wird gerne weitere Auskunft erteilt.