

JUS-Letter

Mai/Juni 2026 | Jahrgang 26 | Ausgabe 2

Bundessozialgericht: Kooperation zwischen Gemeinschaftspraxis und Klinik bei stationärer Patientenversorgung – Eingliederung begründet Sozialversicherungspflicht

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Wie im BDAktuell JUS-Letter berichtet¹, sind beim Bundessozialgericht (BSG) mehrere Verfahren zur (Schein-)Selbstständigkeit bei der Kooperation zwischen Gemeinschaftspraxen (GP) und Kliniken anhängig, nachdem verschiedene Landessozialgerichte divergierende Entscheidungen dazu getroffen haben.

Nun hat das BSG kürzlich die Entscheidungen zweier Landessozialgerichte (LSG) bestätigt und bewertete die Tätigkeit der Gesellschafter einer GP in Kliniken als abhängiges, sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis.

Entscheidung vom 13.11.2025 (Az. B 12 BA 4/23 R – Nephrologie)

Dieser Fall betraf ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Krankenhaus mit Versorgungsauftrag im Bereich der Inneren Medizin ohne eigene Ärzte auf dem Fachgebiet der Nephrologie. Daher schloss das Krankenhaus mit einer GP (in Form der Gesellschaft des bürger-

lichen Rechts) einen Kooperationsvertrag über nephrologische Leistungen bei (voll-/teil-)stationären und ambulanten Patienten. Die GP verpflichtete sich zur Übernahme der angeforderten Leistungen und bestimmte, welches ärztliche Personal eingesetzt wird. Die GP nutzte die von der Klinik vorgehaltenen Mittel und erteilte der Klinik die notwendigen Auskünfte zur Abrechnung. Die Vergütung erfolgte durch Pauschalen oder auf Basis der GOÄ. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) stufte die Tätigkeit eines Gesellschafters der GP in der Klinik als abhängiges, sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ein, da er in den Klinikbetrieb eingegliedert sei. Das LSG Hessen (Urteil vom 28.07.2022, Az. L 8 BA 18/21) bestätigte diese Einschätzung. Denn der Nephrologe erfülle eine eigene Dienstpflicht in persönlicher Abhängigkeit zur Klinik und erhalte dafür eine Vergütung ohne unternehmerisches Risiko. Dabei spielt es keine Rolle, dass er für diese Tätigkeit nicht selbst „entlohnt“ würde, sondern sich die Abrechnung im Verhältnis der Klinik zur Gemeinschaftspraxis vollziehe. Die Revision des Gesellschafters wies das BSG zurück und verweist auf seine Grundsatzurteile vom 04.06.2019, wonach Honorarärzte in einem Krankenhaus wegen der dort gel-

BDAktuell

In dieser Ausgabe:

Bundessozialgericht: Kooperation zwischen Gemeinschaftspraxis und Klinik bei stationärer Patientenversorgung – Eingliederung begründet Sozialversicherungspflicht V49

Austritt aus der katholischen Kirche – (k)ein Kündigungsgrund? V51



Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V.

- Rechtsabteilung -
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg

Telefon: 0911 93378 27
0911 93378 19

Internet: www.bda.de

¹ Weis E: Stationäre Patientenversorgung: Kooperation Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus – Gefahr Scheinselbstständigkeit? BDAktuell JUS-Letter Dezember 2024, Anästh Intensivmed 2024; 65:V195–V196; Weis E: Neuer BDA-Musterprozess: Kooperationsvertrag Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus – Sozialversicherungsrechtlicher Status einer Anästhesistin bei der stationären Patientenversorgung, BDAktuell JUS-Letter Dezember 2025, Anästh Intensivmed 2025; 66:V163–V166

tenden regulativen Rahmenbedingungen regelmäßig abhängig beschäftigt sind². Bei den Einsätzen des Gesellschafters bestand ein mit einem Honorararzt vergleichbarer Grad der Eingliederung in die Klinik. So erbrachte er Leistungen bei Krankenhauspatienten und nutzte die Einrichtung sowie das medizinische Personal der Klinik, ohne dafür ein Nutzungsentgelt bezahlen zu müssen. Die GP konnte zwar entscheiden, welcher Arzt bzw. Vertreter eingesetzt wird, doch dieses Kriterium ändert nichts an der rechtlichen Beurteilung.

Entscheidung vom 05.03.2026 (Az. B 12 BA 17/23 R – Orthopädie)

Eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag kooperierte mit einer orthopädischen privatärztlichen Gemeinschaftspraxis. Ein Mitgesellschafter der GP wurde auf der Klinikhomepage als leitender Arzt der Klinik aufgeführt. Der Orthopäde behandelte im stationären Setting nur von der GP selbst akquirierte Patientinnen und Patienten. Die Klinik stellte die notwendigen Materialien und das für die Operation benötigte Personal zur Verfügung. Nach der Operation hatte der Orthopäde der GP nur noch einmal Kontakt mit den Patientinnen und Patienten im Aufwachraum. Die weitere stationäre Behandlung und Betreuung übernahm das ärztliche Klinikpersonal. Die Klinik schloss mit den Patientinnen und Patienten stationäre Behandlungsverträge ab.

Nach Ansicht der DRV war der Orthopäde der GP in den Klinikbetrieb eingliedert und es lag keine selbstständige Tätigkeit vor. Das LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 16.11.2023, Az. L 7 BA 351/22) teilte diese Auffassung. Die Revisionen waren nicht erfolgreich.

Auch hier führt das BSG an, dass die in einem Krankenhaus geltenden regulatorischen Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung und zur Qualitätssicherung regelmäßig eine persönliche Abhängigkeit bedingen. Dies gilt grundsätzlich auch für stationäre Leistungen in einer Privatklinik. Die Klinik hat sich an den (Abrechnungs-)Regelungen eines Vertragskrankenhauses orientiert.

Auch wenn der Mitgesellschafter der GP keinen Dienstvertrag mit der Klinik geschlossen hat und nicht in den Klinikalltag eingebunden war, war er dennoch wie ein Honorararzt bei seinen Einsätzen in den Organisationsablauf der Klinik eingegliedert. Er hat – anders als ein Belegarzt – nur die Operation und keine Bereitschaftsdienste für die Patienten übernommen. Die Klinik setzte ihn zur Erfüllung eigener Verbindlichkeiten gegenüber den Patienten ein. Ihr oblag die Vorhaltung des Operationssaals sowie dessen Ausstattung. Sie führte auch die Patientenakte und veranlasste die notwendige Weiterversorgung (einschließlich Entlassmanagement) im Sinne einer Behandlungskette. Bei der Operation fand ein arbeitsteiliges Zusammenwirken mit dem Klinikpersonal statt. Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung, die Berufsgenossenschaft-Behandlungen sowie die Betreuung von Privatpatientinnen/-patienten ohne Wahlleistungsvereinbarung rechnete die Klinik nach den DRG-Fallpauschalen ab. Der Orthopäde erhielt die in den DRG ausgewiesenen Kosten für den ärztlichen Dienst im OP-Bereich abzüglich der Nutzungskosten für den Operationssaal. Bei diesem Nutzungsentgelt handelte es sich nach Ansicht des BSG nicht um Fixkosten des Orthopäden. Er trug daher kein Unternehmerrisiko für den Einsatz der sächlichen oder personellen Mittel der Klinik.

Soweit zusätzlich privatärztliche Behandlungsverträge mit den Patientinnen und Patienten abgeschlossen worden sind, blieb es bei der Eingliederung der Arbeitsleistung des Orthopäden in die Organisation der Klinik. Es handelte sich um Krankenhausleistungen, denen eine Wahlleistungsvereinbarung zwischen Klinik und Patient zugrunde lag. Der Orthopäde nutzte die Infrastruktur der

Klinik, ohne ein Nutzungsentgelt zu zahlen. Die vom Orthopäden geltend gemachte unternehmerische Chance, durch sein Renommee einen erhöhten Umsatz erwirtschaften zu können, war durch die Kapazität der Klinik begrenzt. Höhere Verdienste durch Wahlleistungsvereinbarungen werden auch und gerade angestellten Klinikärzten eingeräumt. Der Orthopäde hatte zwar ein gewisses Einkommensausfallrisiko, dies genügt nach Ansicht des BSG jedoch nicht, um hier die für die Beschäftigung sprechenden Umstände aufzuwiegen.

Der Orthopäde war schließlich gegen Arbeitsentgelt beschäftigt. Auch Leistungen Dritter können Arbeitsentgelt sein, wenn sie wie hier wegen der Wahlleistungsvereinbarung im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis stehen.

Auswirkungen für die Praxis?

Zum Redaktionsschluss sind zu den beiden Entscheidungen nur Terminberichte des BSG verfügbar³. Erst wenn die Urteile im Volltext vorliegen, kann man einschätzen, ob und wie bestehende Kooperationsverträge angepasst werden sollten.

Urteile sind immer nur für die Prozessparteien bindend. Gleichwohl ist nicht ausgeschlossen, dass Kliniken aufgrund dieser BSG-Entscheidungen schon jetzt bestehende Kooperationsverträge – im vorausseilenden Gehorsam – kündigen. Gegen eine fristgerechte Kündigung wird sich die GP kaum wehren können. Sollte aber die Klinik das vertraglich vereinbarte Honorar um die Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge mindern, dann kann sich die GP u. U. auf das Urteil des KG Berlin vom 07.07.2025 (Az. 26 U 95/22) berufen und die offenen Beträge einfordern⁴. Entscheidend sind die vertraglichen Absprachen zwischen Praxis und Klinik.

² BSG-Urteile vom 04.06.2019, Az. B 12 R 11/18 R (Leitfall), nähere Informationen: Weis E: BSG: Einsatz von Honorarärzten am Krankenhaus, BDAktuell JUS-Letter September 2019, Anästh Intensivmed 2019;60:V149–V152

³ https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2025/2025_11_13_B_12_BA_04_23_R.html und https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2026/2026_03_05_B_12_BA_17_23_R.html

⁴ Weis E: Kammergericht Berlin: Kooperation Gemeinschaftspraxis und Klinik – keine vorsorgliche Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuer, BDAktuell JUS-Letter März/April 2026, Anästh Intensivmed 2026;67:V21–V23

Sofern ein Gericht im Nachhinein eine Kooperation als sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis einstuft, ist das finanzielle Risiko für die GP überschaubar, denn die unterbliebene Beitragszahlung darf grundsätzlich „nur bei den drei nächsten Lohn- oder Gehaltszahlungen nachgeholt werden“ (§ 28g S. 2 SGB IV). Gegenüber der Klinik können die Sozialversicherungsträger den Nachzahlungsanspruch (Gesamtsozialversicherungsbeitrag) i. d. R. rückwirkend für 4 Jahre geltend machen (§ 25 SGB IV).

Ausblick

Mit den beiden aktuellen Entscheidungen setzt das BSG seine Marschrichtung, die es vor 7 Jahren mit den Urteilen zu den Honorarärzten im Krankenhaus begonnen hat, fort. Solche Urteile zur Sozialversicherungspflicht ärztlicher Tätigkeit verhindern das von der Bundesregierung gewünschte gesundheitspolitische Ziel, nämlich den Ausbau der intersektoralen Kooperation. Der BDA fordert schon seit längerem, dass der Gesetzgeber aktiv wird und hat konkrete Änderungen im Sozialversicherungsrecht vorgeschlagen, um Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erhalten.

Das BSG wird noch über zwei weitere Revisionsverfahren entscheiden. In beiden Fällen hat das LSG Bayern die Tätigkeit eines Gesellschafters einer (anästhesiologischen bzw. gynäkologischen) Gemeinschaftspraxis, der aufgrund eines Kooperationsvertrages ärztliche Leistungen für ein Krankenhaus erbringt, nicht als sozialversicherungspflichtige Beschäftigung eingestuft⁵. Es bleibt zu hoffen, dass das BSG die Entscheidungen des LSG Bayern bestätigt. Verhandlungstermine sind derzeit noch nicht anberaumt. Wir werden berichten, sobald es dazu Neuigkeiten gibt.

Austritt aus der katholischen Kirche – (k)ein Kündigungsgrund?

EuGH, Urteil vom 17.03.2026, Az. C 258/24

RAin Vera Sperber, Nürnberg

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat entschieden, dass ein der katholischen Kirche angehöriger Verein einer Schwangerschaftskonfliktberaterin nicht wegen deren Kirchenaustritts kündigen darf.⁶

Was sind die Folgen dieses Urteils für Dienstverhältnisse im Einflussbereich der Kirchen? Sind Kündigungen wegen Kirchenaustritts jetzt generell unzulässig?

Der Fall

Die Katholische Schwangerschaftsberatung, ein Verein innerhalb der katholischen Kirche, kündigte einer Beraterin, nachdem diese aus der Kirche ausgetreten war. Sie begründete dies damit, dass nach der auf das Dienstverhältnis anwendbaren Grundordnung des kirchlichen Dienstes der Austritt aus der katholischen Kirche als schwerwiegender Verstoß gegen die Loyalitätsobligationen angesehen werde.

Die Beraterin begründete ihren Austritt jedoch nicht mit einer Abkehr vom Glauben oder christlichen Werten, hieran habe sich nichts geändert, sondern ausschließlich mit finanziellen Gründen, einem zusätzlich zur Kirchensteuer erhobenen Kirchgeld in Höhe von 2.000 €.

Der Verein beschäftigte in derselben Beratungsstelle auch nicht der katholischen Kirche angehörende Mitarbeiterinnen, die nicht denselben Loyalitätsobligationen unterworfen waren und daher nicht Gefahr liefen, aus demselben Grund gekündigt zu werden. Die Beraterin ging daher vor deutschen Gerichten gegen ihre Kündigung vor.

Nachdem die Vorinstanzen die Kündigung für rechtswidrig erklärt hatten, legte das Bundesarbeitsgericht (BAG) die Sache dem EuGH zur Beurteilung vor dem Hintergrund der europäischen „Antidiskriminierungsrichtlinie“ (RL 2000/78/EG) und der Europäischen Grundrechtecharta vor. Der EuGH⁷ beantwortete die Vorlagefrage des Bundesarbeitsgerichts zugunsten der Beraterin.

Nun muss das BAG noch einmal über die Kündigung entscheiden. Nachfolgend muss damit gerechnet werden, dass die vor dem BAG unterlegene Partei abschließend das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in dieser Sache anrufen wird.

Nun muss das BAG noch einmal über die Kündigung entscheiden. Nachfolgend muss damit gerechnet werden, dass die vor dem BAG unterlegene Partei abschließend das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in dieser Sache anrufen wird.

Das Urteil

Die Richterinnen und Richter des EuGH werteten die Kündigung der Beraterin als Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz⁸ und als Diskriminierung aufgrund der Religion⁹.

Entscheidend sei, so der EuGH, **ob die geforderte Kirchenzugehörigkeit unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeit „wesentlich, rechtmäßig und gerechtfertigt“ sei**. Zwar dürften nationale Gerichte nicht das Ethos der Kirchen an sich beurteilen, im vorliegenden Fall sei jedoch **nicht ersichtlich, dass die Kirchenmitgliedschaft für die Tätigkeit einer Schwangerschaftsberaterin „wesentlich“ sei**, da der Verein es in derselben Beratungsstelle bei nichtkatholischen Beraterinnen ausreichen ließ, dass sie die einschlägigen Richtlinien der katholischen Kirche beachten. Überdies habe der Austritt **nicht zum Ausdruck gebracht, dass eine Distanzierung von der Kirche vorliege**. Die Beraterin habe sich **weder kirchenfeindlich geäußert**.

⁵ LSG Bayern, Urteil vom 05.03.2024, Az. L 7 BA 77/22 (Gynäkologie); LSG Bayern, Urteil vom 24.09.2024, Az. 7 BA 42/22 (nähere Informationen: Weis E: Neuer BDA-Musterprozess: Kooperationsvertrag Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus – Sozialversicherungsrechtlicher Status einer Anästhesistin bei der stationären Patientenversorgung, BDAktuell JUS-Letter Dezember 2025, Anästh Intensivmed 2025;66:V163–V166)

⁶ Urteil vom 17.03.2026 – Az. C 258/24; Pressemitteilung <https://curia.europa.eu/site/upload/docs/application/pdf/2026-03/cp260037de.pdf>, Urteil im Volltext unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:62024CJ0258> abrufbar

⁷ a.a.O.

⁸ Art. 4 Abs. 1 und 2 Richtlinie 2000/78/EG

⁹ Art. 10 Abs. 1, Art. 21 Abs. 1 Grundrechtecharta

noch Anhaltspunkte geliefert, dass sie nicht mehr bereit wäre, die **vereinbarten Richtlinien zu befolgen**. Der Austritt habe **lediglich finanzielle Gründe** gehabt.

Der kirchenrechtliche Hintergrund

Nach der Grundordnung des kirchlichen Dienstes¹⁰ führt

„...der Austritt aus der katholischen Kirche in der Regel zu einer Beendigung des der Beschäftigung zugrundeliegenden Rechtsverhältnisses.“ Von einer Beendigung kann in diesen Fällen ausnahmsweise abgesehen werden, wenn schwerwiegende Gründe des Einzelfalles diese als unangemessen erscheinen lassen.

Dies wird damit begründet, dass sich derjenige, der aus der Kirche austrete,

„ostentativ von der Kirche als Institution ab(wende) und ... die Verbindung zur Bekenntnisgemeinschaft (durchtrenne). Damit verstößt der Mitarbeitende gegen das Gebot der Mindestidentifikation mit der katholischen Kirche, das unerlässliche Voraussetzung für jede Anstellung im kirchlichen Dienst ist.“¹¹

Daher macht es **aus Sicht der katholischen Kirche** auch einen Unterschied, ob jemand niemals Mitglied der katholischen Kirche war oder aber seine Distanzierung durch den Austritt nach außen hin kundtut bzw. einmal zuvor kundgetan hat.

Was folgt aus der Entscheidung des EuGH?

Sowohl nach der Rechtsauffassung des EuGH als auch nach der des BVerfG darf ein Dienstgeber mit religiösem Hintergrund sein religiöses Selbstverständnis

schützen. Gleichzeitig dürfen Beschäftigte aber nicht wegen ihrer Religion benachteiligt werden. Daher müssen Interessen der Dienstgeberseite und die Interessen der Dienstnehmenden auf diskriminierungsfreie Beschäftigung in einen angemessenen Ausgleich gebracht werden, auch hier sind sich EuGH und BVerfG einig. Weiterhin offen ist aber auch nach der Entscheidung des EuGH, wie genau diese Abwägung zu erfolgen hat und insbesondere, welches Gewicht dabei dem Selbstverständnis der jeweiligen Religionsgemeinschaft beizumessen ist.

Während aus Sicht des EuGH also zu prüfen ist, ob eine berufliche Anforderung aufgrund der Art der betreffenden Tätigkeiten oder der Umstände ihrer Ausübung angesichts des Ethos der Kirche **wesentlich, rechtmäßig und gerechtfertigt** ist, stellt das BVerfG¹² jedenfalls bisher lediglich darauf ab, ob die Kirche **plausibel** darlegen kann, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Kirchenmitgliedschaft und konkreter Tätigkeit besteht und prüft dann im Rahmen einer **Gesamtabwägung, ob das Verlangen nach der Kirchenmitgliedschaft für die konkrete Tätigkeit verhältnismäßig** ist. Dabei **räumt es dem religiösen Selbstverständnis jedoch weiterhin ein besonders großes Gewicht** ein.

So können sich in der Abwägung im Einzelfall erhebliche Unterschiede ergeben: Folgt man der **Entscheidung des EuGH**, dürfte **im ärztlichen Bereich** für die Dienstnehmenden sprechen, dass die Kirche hier, insbesondere in nicht-leitenden Positionen, auch Menschen beschäftigt, die nicht der Kirche angehören, die **Kirchenmitgliedschaft** also gerade **nicht wesentlich** für die Tätigkeit sein kann.

Dann kann aber auch der Kirchenaustritt allein nicht sanktionsauslösend sein. Der Austritt kann nur dann einen Kündigungsgrund darstellen, wenn er eine besondere Kirchenfeindlichkeit erkennen lässt. Dagegen könnte das **BVerfG** weiterhin betonen, dass es nach einer Gesamtabwägung aller Umstände darauf ankommt, **wie die Kirche im konkreten Einzelfall nach ihrem Selbstverständnis** die mit dem Austritt verbundene Abwendung von der kirchlichen Gemeinschaft, die Aufkündigung der finanziellen Solidarität, die Motivation hierfür und das Auftreten der Dienstnehmenden für die Eignung für die Tätigkeit als Ärztin oder Arzt **bewertet**.

Fazit

Wie das BVerfG und nachfolgend die Arbeitsgerichte die Interessen von Dienstgeber- und Dienstnehmerseite im ärztlichen Bereich demnächst im Einzelfall gegeneinander abwägen werden, ist derzeit kaum vorherzusehen. Daher **ist für Dienstnehmende**, die austreten möchten, insbesondere für solche aus Positionen, in denen ausschließlich kirchenangehörige Dienstnehmende beschäftigt werden, **weiterhin Vorsicht geboten**. Wie bisher müssen sie mit dem Ausspruch einer Kündigung rechnen, wenn sie aus der Kirche austreten. Ist eine Kündigung erst einmal ausgesprochen, ist unabhängig von ihrer Rechtmäßigkeit die Wahrscheinlichkeit für eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses gegen Abfindungszahlung im Rahmen eines gerichtlichen Vergleichs groß.¹³ Andernfalls bleibt nur der Weg durch die Instanzen.

Vor einem Kirchenaustritt sollten sich Dienstnehmende daher arbeitsrechtlich beraten lassen.

¹⁰ Art. 7 Abs. 4 Grundordnung, abzurufen unter https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/VDD-Arbeitsrecht/Grundordnung_DB_95A-2022.pdf

¹¹ Bischöfliche Erläuterungen zum kirchlichen Dienst https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/VDD-Arbeitsrecht/2022-11-22_Bischoefliche-Erlaeuterungen-zum-kirchlichen-Dienst.pdf

¹² BVerfG, Beschluss vom 29.09.2025, Az. 2 BvR 934/19 („Egenberger“) https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2025/09/rs20250929_2bvr093419.html

¹³ Derzeit enden etwa 70 % aller Kündigungsschutzklageverfahren in erster Instanz mit einem solchen Vergleich, zu einem streitigen Urteil kommt es in deutlich weniger als 10 % der Fälle, <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/24281/table/24281-0001>.