News | Information | Events

JUS-Letter
Dezember 2025 | Jahrgang 25 | Ausgabe 3

BDAktuell

In dieser Ausgabe:

Neuer BDA-Musterprozess: Kooperationsvertrag Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus – Sozialversicherungsrechtlicher Status einer Anästhesistin bei der stationären Patientenversorgung V163

Bundesarbeitsgericht: Ein automatischer Pausenabzug ist kein Beleg dafür, dass die Pause tatsächlich genommen wurde V166

Einsatzzeiten im Rufdienst – In 30 Minuten am Patienten verfügbar? V166

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V.
- Rechtsabteilung -
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg
Telefon: 0911 93378 17
0911 93378 19
Internet: www.bda.de

Neuer BDA-Musterprozess: Kooperationsvertrag Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus – Sozialversicherungsrechtlicher Status einer Anästhesistin bei der stationären Patientenversorgung

Landessozialgericht Bayern, Urteil vom 24.09.2024, Az. 7 BA 42/22 (nicht rechtskräftig)[1]

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Bislang ist noch nicht höchstrichterlich entschieden, ob ärztliches Personal einer Gemeinschaftspraxis, das aufgrund eines Kooperationsvertrages zwischen Klinik und Gemeinschaftspraxis Behandlungen in der Klinik durchführt, dann als sozialversicherungsrechtlich Beschäftigte der Klinik gilt. Wie im BDAktuell JUS-Letter Dezember 2024 berichtet, sind dazu mehrere Verfahren beim Bundessozialgericht anhängig, die die Fachbereiche Gynäkologie, Nephrologie und Orthopädie/Unfallchirurgie betreffen[2]. Das Landessozialgericht (LSG) Bayern hatte die Kooperation zwischen einer anästhesiologischen Gemeinschaftspraxis (GP) und einer Klinik zu bewerten und kam zu dem Ergebnis, dass die Ärztin der GP nicht in den Klinikbetrieb eingegliedert war und folglich keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bestand (Urteil vom 24.09.2024, Az. 7 BA 42/22); die Deutsche Rentenversicherung hat Revision beim Bundesozialgericht eingelegt (BSG, Az. B 12 BA 14/24 R). Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung unterstützt der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) das Revisionsverfahren als Musterprozess finanziell über die BDA-Sozialgerichtrechtsschutzversicherung.

Sachverhalt

Der Entscheidung des LSG Bayern liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Eine kommunale Klinik betreibt ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), in dem überwiegend ambulante Operationen, aber auch stationäre Operationen durchgeführt werden. Die Klinik kooperierte schon seit längerem im ambulanten Bereich mit einer anästhesiologischen GP, bei der die klagende Anästhesistin Mitgesellschafterin war. Diese Zusammenarbeit wurde ab dem 01.04.2019 auf die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten ausgeweitet. Dabei verpflichtete sich die GP, bei ausgewählten Patientinnen/Patienten für die Klinik die vollstationäre fachärztliche anästhesiologische Versorgung (Vorbereitung der Patientin/des Patienten einschließlich der Narkoseaufklärung, Durchführung der notwendigen und fachlich gebotenen Anästhesieverfahren sowie Nachbetreuung im Aufwachraum ohne Teilnahme an Ruf-,

1 anhängig beim Bundessozialgericht, Az. B 12 BA 14/24 R
2 Weis E: Stationäre Patientenversorgung: Kooperation Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus – Gefahr Scheinselbstständigkeit? BDAktuell JUS-Letter Dezember 2024. Anästh Intensivmed 2024;65;V193–V196

Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdiensten) unter Einsatz ihres eigenen Personals und ihrer Arbeitsmittel zu erbringen. Der Behandlungsvertrag mit den Patientinnen und Patienten wurde mit der Klinik geschlossen. Die GP ist Kooperationspartnerin der Klinik bei der Erfüllung des Behandlungsvertrages und erbringt ihre Leistungen selbstständig und höchstpersönlich. Dabei soll zur Klinik weder ein Anstellungsverhältnis noch ein arbeitnehmerähnliches Verhältnis bestehen.

Die GP setzte zur Erbringung der vertraglichen Leistungen sowohl eigenes Personal als auch eigene Arbeitsmittel inklusive Narkosemittel und sonstiger Medikamente ein. Das ärztliche Personal der GP durfte sich gegenseitig vertreten und im Falle der nicht möglichen Vertretung aufgrund unvorhergesehener Verhinderung die Operation absagen. Die GP verpflichtete sich, der Klinik/der nichtärztlichen OP-Leitung oder deren Vertretung alle Verhinderungen bei der Erbringung vertraglicher Leistungen spätestens eine Woche vorher, unvorhergesehene Verhinderung unverzüglich, mitzuteilen. Die GP habe die gegenüber den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen bestehenden Aufklärungs- und Dokumentationspflichten zu erfüllen. Sie ist verpflichtet, für die Behandlung der ihr anvertrauten stationären Patientinnen und Patienten eine Dokumentation über alle durchgeführten Anästhesiemaßnahmen zu erstellen und diese der Klinik zur Aufbewahrung in der Patientenakte zu überlassen. Mit der Anfertigung der Unterlagen gehen diese in das Eigentum der Klinik über.

Die GP berechnete das Entgelt für die Leistungen bei allen Patienten gegenüber der Klinik am Ende des jeweiligen Quartals. Grundlage der Vergütung der GP sind die der Anästhesie zuzuordnenden Anteile (entsprechend den Kalkulationsergebnissen für das G-DRG-System bzw. aG-DRG-System) der jeweiligen DRG angepasst auf den gültigen Landesbasiswert Bayern (Personalkosten ärztlicher/medizinisch-technischer Dienst und anästhesiologisch begründete Sachkosten). Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass die GP das ärztliche Personal und die Anästhesiepflege (auch im Aufwachraum) komplett stellt und alle Sachkosten (z. B. Arzneimittel, übriger medizinischer Bedarf usw.) trägt, wobei die Klinik die medizinische und nichtmedizinische Infrastruktur (Geräte, Räume usw.) stellt. Bei einer Abrechnungskorrektur durch den Medizinischen Dienst werde die Vergütung der Ärztinnen/Ärzte für den jeweiligen Fall rückwirkend entsprechend korrigiert.

Im Dezember 2019 initiierte die Klinik bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) hinsichtlich der bei ihr tätigen Gesellschafter der GP ein Statusfeststellungsverfahren. In dem Bescheid stellte die DRV eine abhängige sozialversicherungspflichtige Beschäftigung fest. Die Widersprüche der Anästhesistin und der Klinik wurden insbesondere bezugnehmend auf die Rechtsprechung des BSG zum Einsatz von ärztlichen Honorarkräften im Krankenhaus[3] zurückgewiesen. Die DRV ging von einer Eingliederung in den Krankenhausbetrieb aus – das „K.o.-Kriterium“ für eine selbstständige Tätigkeit. Die mit dem Kooperationsvertrag mit der GP gewählte Vertragsgestaltung führe nach Ansicht der DRV zu keinem anderen Ergebnis. Außerdem gehöre die Erbringung von Krankenhausleistungen nicht zum Betriebszweck der GP.

Das Sozialgericht (SG) Nürnberg gab den Klagen der Mit-Gesellschafterin sowie der Klinik statt (Urteil vom 29.03.2022, Az. S 3 BA 4/21) und hob den Widerspruchsbescheid auf. Die Berufung der DRV wies das LSG Bayern zurück.

Entscheidung

Zunächst stellt das LSG klar, dass sozialversicherungsrechtlich eine Beschäftigung einer Partnerin einer Gesellschaft durch einen Dritten aber nicht deshalb ausgeschlossen ist, weil ausdrücklich die vertragliche Beziehung nur zwischen der Gesellschaft und dem Dritten (Klinik) besteht. In dem vorliegenden Fall hat das Gericht eine Beschäftigung der Anästhesistin durch die Klinik nicht festgestellt und ausgeführt, dass eine vertragliche Bindung zwischen der Anästhesistin und der Klinik auch nicht konkludent durch die persönliche Tätigkeitsaufnahme der Ärztin bei der Klinik zustande gekommen ist. Denn nach den vertraglichen Regelungen diente die Tätigkeit der Anästhesistin der Erfüllung des Kooperationsvertrages mit der Gemeinschaftspraxis.

- Kein Arbeitsvertrag aufgrund unwirksamer Arbeitnehmerüberlassung

In den Entscheidungsgründen macht das Gericht deutlich, dass es sich nicht um eine unwirksame Arbeitnehmerüberlassung handelt (§ 10 Abs. 1 Satz 1 AÜG) und folglich kein Arbeitsverhältnis zwischen Klinik und Anästhesistin fingiert wird. Vielmehr ist der Kooperationsvertrag als freier Dienstvertrag zu werten. In den Urteilsgründen ist nachzulesen:

„Der zwischen der Gemeinschaftspraxis und der Klägerin zu 2 (= Klinik) geschlossene Kooperationsvertrag sieht nicht die Überlassung von Anästhesisten (und weiterem Personal), sondern die Erbringung der vollstationären anästhesiologischen Versorgung bestimmter Patienten der Klägerin zu 2 unter Einsatz des Personals sowie der Arbeitsmittel der Gemeinschaftspraxis vor. Aus dem Kooperationsvertrag ergibt sich die von der Gemeinschaftspraxis zu erbringende Leistung (§ 1 Abs. 2), deren Durchführung in § 3 dahin konkretisiert wird, dass zur Erbringung der vertraglichen Leistung eigenes Personal und eigene Arbeitsmittel inkl. Narkosemittel und sonstige Medikamente einzusetzen sind. Insgesamt endete die Verantwortlichkeit der Gemeinschaftspraxis nicht mit der Zurverfügungstellung des Personals; auch sind keine Umstände festzustellen, nach denen die Klägerin zu 2 die Klägerin (= Anästhesistin/Mit-Gesellschafterin) (oder anderes von der Gemeinschaftspraxis zur Erfüllung des Kooperationsvertrages eingesetztes Personal) umfänglich wie eigene Beschäftigte nach eigenem Bedürfnis und nach Weisung einsetzen durfte.“

3 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

- Anweisung ist nicht arbeitsrechtliche Weisungsbefugnis

Nach Ansicht des LSG ist eine Anweisung der Klinik nicht mit der arbeitsrechtlichen Weisungsbefugnis gleichzusetzen. Auch wenn der Krankenhausträger die Operationstermine geplant hat, so folgt daraus *„kein entsprechendes Weisungsrecht der Klägerin zu 2 gegenüber den Mitarbeitern der Gemeinschaftspraxis, hier der Klägerin, sondern lediglich ein entsprechendes Vorschlagsrecht“*. Weiter führt das Gericht aus:

„Zeitliche Vorgaben oder die Verpflichtung, bestimmte Termine für die Erledigung der übertragenen Aufgaben einzuhalten, sind für sich allein kein wesentliches Merkmal für ein Arbeitsverhältnis. Auch gegenüber einem Selbstständigen können Termine für die Erledigung der Arbeit bestimmt werden, ohne dass daraus eine arbeitnehmertypische zeitliche Weisungsgebundenheit folgt. Zudem steht einem Auftraggeber gegenüber einem freien Mitarbeiter grundsätzlich das Recht zu, Anweisungen hinsichtlich des Arbeitsergebnisses zu erteilen. ***Die arbeitsrechtliche Weisungsbefugnis ist daher gegenüber dem Weisungsrecht für Vertragsverhältnisse mit Selbständigen und Werkunternehmern abzugrenzen.*** *Die Anweisung gegenüber einem Selbständigen ist typischerweise sachbezogen und ergebnisorientiert und damit auf die zu erbringende Dienst- oder Werkleistung ausgerichtet. Im Unterschied dazu ist das arbeitsvertragliche Weisungsrecht personenbezogen, ablauf- und verfahrensorientiert geprägt. Es beinhaltet Anleitungen zur Vorgehensweise und zur Motivation des Mitarbeiters (…). Die Verbindlichkeit der Vorgaben hinsichtlich Zeit und Ort der Operationen ergeben sich vorliegend aus sachlichen Erfordernissen der von der Gemeinschaftspraxis geschuldeten anästhesiologischen Versorgung. Derartige Vorgaben können auch bei Vorliegen eines freien Dienstvertrages oder eines Werkvertrages erfolgen, da sie den Inhalt der vertraglich geschuldeten Dienst- bzw Werkleistung beschreiben (vgl BAG, Urteil vom 29.1.1992 – 7 ABR 25/91 –, Rn 31 zitiert nach juris).“*

- Keine Eingliederung trotz interdisziplinärer Zusammenarbeit und Nutzung der Klinikinfrastruktur

Die Anästhesistin arbeitete (insbesondere während der Operation) mit dem ärztlichem Krankenhauspersonal zusammen, doch dies kann – so das LSG Bayern – *„eine vorliegend relevante Eingliederung nicht begründen, da sie nicht im Rahmen der von der Klägerin zu 2 (= Klinik) vorgegebenen Struktur erfolgte und damit die Tätigkeit der Klägerin (= Anästhesistin) nicht in prägender Art und Weise in den Krankenhausbetrieb eingliederte. Die Zusammenarbeit des Anästhesisten und des Operateurs bei der operativen Patientenversorgung beruht insbesondere auf den Grundsätzen einer strikten Aufgabenteilung (vgl Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, Anästh Intensivmedizin 2016; 57: 213 ff auch zum Folgenden). Danach ist der Chirurg nach den Grundsätzen einer strikten Arbeitsteilung zuständig und verantwortlich für die Planung und Durchführung des operativen Eingriffs, der Anästhesist für die Planung und Durchführung des Anästhesieverfahrens sowie die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen. Beide Ärzte dürfen, solange keine offensichtlichen Qualitätsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, wechselseitig darauf vertrauen, dass der Partner der Zusammenarbeit die ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt.* ***Die danach in die Zuständigkeit des Anästhesisten fallenden Aufgaben sind vorliegend im Rahmen des Kooperationsvertrages durch entsprechende Verpflichtungen der Gemeinschaftspraxis festgelegt worden und waren damit auf diese Weise der Klägerin zugewiesen worden.“***

Nach Ansicht des LSG kann allein aus der Benutzung von Einrichtungen und Betriebsmitteln der Klinik bei der Erfüllung der Pflichten der GP nicht auf eine Eingliederung in den Krankenhausbetrieb geschlossen werden. Dabei ist auch nicht maßgeblich, ob die Anästhesistin (aus sachlichen Gründen) von der Klinik vorgegebene Dienstkleidung zu tragen hatte und wie ihr Status von Patientinnen und Patienten bewertet worden sein könnte.

- Sicherstellungsauftrag der Klinik begründet nicht Eingliederung

Das Bundessozialgericht hat in seinen Grundsatzurteilen vom 04.06.2019 (s. Fußnote 2) ausgeführt, dass die regulatorischen Rahmenbedingungen des § 2 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz im Regelfall die Eingliederung des ärztlichen Krankenhauspersonals in die Organisations- und Weisungsstruktur des Krankenhauses bedingen. Denn nach der gesetzlichen Regelung hat ein Krankenhaus sicherzustellen, dass die nicht fest angestellten Ärztinnen und Ärzte die gleichen Anforderungen wie fest im Krankenhaus angestellte Ärzte erfüllen. Dies setzt einen maßgeblichen Einfluss des Krankenhauses auf ihre Tätigkeit voraus.

Das LSG Bayern hält in dem vorliegenden Fall ein Abweichen vom Regelfall für gerechtfertigt, denn die Klinik hat ihre Sicherstellungspflichten im Zusammenhang mit den Leistungen i. S. d. Kooperationsvertrages auf die GP delegiert, die aufgrund ihrer technischen und personellen Ausstattung zur Erfüllung der geschuldeten anästhesiologischen Versorgung imstande war.

Die GP hat stets entschieden, welche Mitarbeitende die Leistungen erbringt und welche Arbeits-/Narkosemittel etc. eingesetzt werden. Zweifelsohne barg die unternehmerische Betätigung der Gemeinschaftspraxis typische unternehmerische Risiken.

Das Gericht weist noch darauf hin, dass eine Einbindung der Anästhesistin in die betriebliche Organisation der Klinik nicht aus der fehlenden Möglichkeit der GP/der Anästhesistin folgt, die von ihr geleistete anästhesiologische Versorgung im Krankenhaus abzurechnen.

Ausblick

Es bleibt abzuwarten, ob das BSG das Berufungsurteil „einkassiert“. Der Fall macht wieder einmal deutlich, wie wichtig eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen ist, um die Gefahr der Scheinselbstständigkeit zu beseitigen.

Der BDA hat schon im vorletzten Jahr den zuständigen Bundesministerien konkrete Gesetzesänderungen im Sozialgesetzbuch vorgeschlagen, um die Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Kliniken rechtlich abzusichern. Auf Initiative des BDA wurde beim 129. Deutschen Ärztetag ein Beschlussantrag dazu eingereicht (Drucksache Ic – 89/Ärztliche Kooperationen sektorenübergreifend ermöglichen und sozialversicherungsrechtlich umfassend entlasten), der zur weiteren Bearbeitung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen wurde[4].

Bundesarbeitsgericht: Ein automatischer Pausenabzug ist kein Beleg dafür, dass die Pause tatsächlich genommen wurde

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 12.02.2025, Az. 5 AZR 51/24

RAin Vera Sperber, Nürnberg

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat sich mit der Frage befasst, ob es zulässig ist, einen Zeitabzug vom Arbeitszeitkonto vorzunehmen, wenn Pausen zwar dokumentiert, aber nach dem Vortrag einer betroffenen Ärztin tatsächlich nicht genommen wurden.[5]

Der klagenden Ärztin waren entsprechend einer geltenden Betriebsvereinbarung von der arbeitgebenden Klinik über einen längeren Zeitraum automatisch Pausen abgezogen worden. Sie machte jedoch geltend, dass sie aus dienstlichen Gründen diese Pausen nicht habe nehmen können und verlangte daher deren Vergütung als Überstunden. Nachdem sowohl das Arbeitsgericht als auch das Landesarbeitsgericht ihre Klage mit der Begründung abgewiesen hatten, die Ärztin hätte sowohl die Überstunden „an sich“ als auch deren betriebliche Veranlassung näher darlegen müssen, gab das BAG ihr im Grundsatz Recht.

Werden vorgesehene Pausen nicht genommen, sondern durchgearbeitet, muss diese Zeit bezahlt werden. Dies ist seit jeher unstrittig. Ferner gilt der Grundsatz, dass zunächst Arbeitnehmende schlüssig darlegen müssen, wann sie gearbeitet haben. Fraglich war aber, wie dies konkret zu geschehen hat. Das BAG stellte nunmehr fest, dass es ausreicht, wenn Arbeitnehmende zunächst darlegen, an welchen Tagen sie von wann bis wann gearbeitet haben. Diesen Anforderungen sei, so das BAG, die klagende Ärztin nachgekommen, indem sie eine Aufstellung der von der Klinik für jeden Tag erfassten Arbeitszeiten vorgelegt habe, die auch die streitgegenständlichen automatisch abgezogenen Pausenzeiten enthielt. Ein Vortrag, welche Arbeiten sie in dieser Zeit im Einzelnen verrichtet habe, sei nicht erforderlich. In einem zweiten Schritt können sodann Arbeitgebende den Vortrag entkräften, indem sie konkret vortragen, warum tatsächlich nicht gearbeitet worden sein soll. Ein lediglich pauschales Bestreiten, dass durchgearbeitet worden sei und ein automatischer Pausenabzug sind hierzu nach Ansicht des BAG nicht ausreichend. Die Klinik hätte daher, so das BAG, genau spezifizieren müssen, zu welchen Tagen und zu welcher Zeit die klagende Ärztin tatsächlich Pause gemacht habe.

Allerdings müssen Überstunden, damit eine Vergütungspflicht entsteht, vom Arbeitgeber angeordnet, gebilligt oder jedenfalls zur Erledigung der geschuldeten Arbeit notwendig sein – und dies muss wiederum die klagende Ärztin darlegen und beweisen. Das BAG stellte klar, dass die Zeiterfassung der Arbeitszeiten keine Beweislastumkehr schaffe, sondern lediglich dem Arbeitsschutz diene, sodass es trotz der erfassten Arbeitszeit dabei bleibe, dass die klagende Ärztin die weiteren Voraussetzungen der Überstundenvergütung darlegen und im Zweifel beweisen müsse. Das BAG hat deshalb die Sache an das Landesarbeitsgericht zurückverwiesen. Dieses muss nun klären, ob die klagende Ärztin die Anordnung, Billigung oder jedenfalls die betriebliche Notwendigkeit der „durchgearbeiteten“ Pausen darlegen und beweisen kann.

Wenn Ärztinnen und Ärzte Pausen, die automatisch abgezogen werden, tatsächlich nicht nehmen können, ist es daher empfehlenswert, wenigstens kurz für sich zu notieren, warum ein „Durcharbeiten“ angeordnet, gebilligt oder betrieblich notwendig war und sodann die Vergütung der Pausenzeiten als Überstunden (ggf. mit Zuschlägen) zu verlangen. Bei der Geltendmachung der Ansprüche sind auch etwaige (tarifvertragliche) Ausschlussfristen zu beachten.

Einsatzzeiten im Rufdienst – In 30 Minuten am Patienten verfügbar?

Arbeitsgericht Hannover, Urteil vom 24.04.2025, Az. 2 Ca 436/24 (nicht rechtskräftig)

RAin Caroline Luther, Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

In den Tarifverträgen ist üblicherweise nur vorgesehen, dass rufdienstleistende Mitarbeitende die Arbeit „auf Abruf“ aufzunehmen haben, wobei der Aufenthaltsort nur dem Arbeitgebenden anzuzeigen ist (so z. B. in § 10 Abs. 8 TV-Ärzte/VKA). Eine Zeitvorgabe ist in den Tarifverträgen nicht enthalten. Um die Behandlung nach dem Standard des Fachgebietes erbringen zu können (§ 630a Abs. 2 BGB), ist eine Einsatzzeit im Rufdienst aber notwendig. Arbeitgebende können Mitarbeitenden daher grundsätzlich eine (haftungsrechtlich erforderliche) Einsatzzeit arbeitsrechtlich vorgeben, wie das Bundesarbeitsgericht (BAG) in seinem Urteil vom 25.03.2021 (Az. 6 AZR 264/20) ausführt[6]. Das BAG hatte in seinem Urteil vom 30.01.2002 (Az. 6 AZR 214/00)[7] aber auch deutlich gemacht, dass eine Einsatzzeit von 20 Minuten dazu führt, dass Mitarbeitende derart in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden, dass Arbeitgebende und nicht die Mitarbeitenden den Aufenthaltsort bestimmen. Somit

4 129. Deutscher Ärztetag Leipzig, 27. bis 30 Mai 2025 – Beschlussprotokoll. TOP Ic – 89. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30_Beschlussprotokoll_129._DAET.pdf
5 Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 12.02.2025, Az. 5 AZR 51/24
6 Volltext: https://www.bundesarbeitsgericht.de/entscheidung/6-azr-264-20/
7 Volltext: https://lexetius.com/2002,1120

war die Anordnung eines Rufdienstes hier tarifwidrig. Aber gilt dies auch bei einer Einsatzzeit von 30 Minuten, wie sie beispielsweise in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu dem gestuften System der Notfallstrukturen im Krankenhaus[8] zwingend vorgegeben ist?

Ein Krankenhaus erteilte dem ärztlichen Personal folgende Dienstanweisung:

„1. Diese Dienstanweisung dient der Konkretisierung der Regelungen zur Rufbereitschaft im TV-Ärzte. Sie gilt für alle Ärztinnen und Ärzte der Klinik für ...., die an der Rufbereitschaft teilnehmen.

2. ....

3. Die zum Rufbereitschaftsdienst eingeteilten Beschäftigten haben dafür Sorge zu tragen, dass sie bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sind.

4. Die oben genannten Punkte erfordern die Sicherstellung der (mobil-) telefonischen Erreichbarkeit sowie die entsprechende Wahl des Aufenthaltsortes. Das Klinikum stellt bei Bedarf ein Zimmer zur Verfügung.

5. Die Dienstanweisung tritt zum 01.10.2024 in Kraft".

Das Arbeitsgericht Hannover hat in seinem Urteil vom 24.04.2025 (Az. 2 Ca 436/24) entschieden, dass die Dienstanweisung unwirksam ist. Zwar eröffnen die tarifvertraglichen Regelungen den Arbeitgebenden grundsätzlich die Möglichkeit, die Zeit zwischen Abruf und der Arbeitsaufnahme zu konkretisieren und diese unter Beachtung der Grundsätze des billigem Ermessens festzulegen. Welche Anrückzeit billigem Ermessen entspricht, ist jedoch immer eine Frage des Einzelfalles[9]. Im vorliegenden Fall betrug der Fahrweg zwischen der Wohnung des Arztes und der Klinik durchschnittlich 17 Minuten und lag – so das ArbG Hannover – „unter den nach höchstrichterlicher Rechtsprechung noch angemessenen Wegezeiten von 25 bis 30 Minuten". Doch das Gericht betont, dass neben dem Fahrweg unstreitig noch weitere Tätigkeiten erforderlich waren (z. B. Umkleidezeit), bevor der Arzt die Patientenbehandlung übernimmt. Somit konnte der Arzt – trotz einer für die Klinik zumutbaren Fahrtzeit von 17 Minuten – nicht gesichert innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein. Die Weisung verletzt die Interessen des rufdienstleistenden Arztes in unbilliger Weise.

Das Gericht erkennt zwar die Interessen der Klinik an einer zeitnahen Patientenversorgung und Einhaltung externer Vorgaben, gibt aber an, dass dafür die Klinik „grundsätzlich auf Dienste vor Ort oder Bereitschaftsdienste zurückgreifen" könne. Dass solche anderen Organisationsformen die Kliniken sowohl aus Kosten- aber auch aus Gründen der Personalressource vor weitere Herausforderungen stellen werden, ist nicht von der Hand zu weisen.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Der Arbeitgeber hat Berufung eingelegt. Zwar handelt es sich nicht um eine höchstrichterliche Entscheidung und Urteile sind nur für die Prozessparteien bindend, dennoch sollten sich Kliniken mit der Thematik befassen.

8 Gemeinsamer Bundesausschuss: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Stand: Juni 2025, BAnz AT 28.08.2025 B3. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/103/

9 LArbG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 09.02.2023, Az. 10 TaBV 950/22