

Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein

Aktenzeichen: 4 Sa 13/09

1 Ca 1198 b/08 ArbG Lübeck
(Bitte bei allen Schreiben angeben!)

Verkündet am 30.04.2009

gez. ...
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle



Urteil

Im Namen des Volkes

In dem Rechtsstreit

pp.

hat die 4. Kammer des Landesarbeitsgerichts Schleswig-Holstein auf die mündliche Verhandlung vom 30.04.2009 durch den Vorsitzenden Richter am Landesarbeitsgericht ... als Vorsitzenden und d. ehrenamtlichen Richter ...als Beisitzer und d. ehrenamtlichen Richter ...als Beisitzer

für Recht erkannt:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil
des Arbeitsgerichts Lübeck vom 04.12.2008
- 1 Ca 1198 b/08 - wird auf ihre Kosten
zurückgewiesen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

.....

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil ist ein Rechtsmittel nicht gegeben; im Übrigen wird auf § 72a
ArbGG verwiesen.

.....

Tatbestand

Die Parteien streiten darum, ob die Klägerin als Fachärztin oder Oberärztin für einen
bestimmten Zeitraum einzugruppiert war.

Die Klägerin, eine Ärztin für Anästhesiologie, trat am 01.12.1989 in die Dienste der
Rechtsvorgängerin der Beklagten ein.

Die Arbeitsvertragsparteien vereinbarten seinerzeit die Anwendung des Bundesan-
gestellentarifvertrages. Ab 01.08.2006 findet auf das Arbeitsverhältnis der TV-
Ärzte/VKA Anwendung.

Im März 1993 bestellte die Rechtsvorgängerin der Beklagten die Klägerin zur Fach-
ärztin in Oberärztin-Funktion. Mit Schreiben vom 28.05.2004 (Bl. 11 d.A.) wandelte
die Beklagte diese Bezeichnung in Oberärztin um. In dem Schreiben vom 28.05.2004

heißt es: „Mit dieser formalen Bestellung zur Oberärztin tragen wir der geübten Praxis Rechnung, nach der Sie die Funktion einer ordentlichen Oberärztin innehaben.“

Die Beklagte betreibt ein Krankenhaus in L... . Im September 2005 eröffnete sie die „Praxisklinik T...“ (PKT). Seit September 2005 betreute die Klägerin die dortigen Patienten anästhesiologisch. In der PKT gibt es eine internistische und eine chirurgische Station. Die PKT verfügte zur Zeit der Tätigkeit der Klägerin über 40 Betten, 8 ärztliche Mitarbeiter und 21 nichtärztliche Angestellte. Seit der Eröffnung der PKT durch die Beklagte im September 2005 waren der Klägerin ein Anästhesiepfleger für die Durchführung der Narkosen sowie eine Pflegekraft für den Aufwachraum nachgeordnet. Wenn die Klägerin wegen ihrer Teilzeit-Beschäftigung an einem Tag in der Woche nicht in der PKT tätig war, erbrachten Honorarkräfte die anästhesiologischen Leistungen. Benötigte die Klägerin Bedarfsmaterialien, etwa Medikamente, teilte sie dies der Beschaffungsstelle der Beklagten mit. Neue Geräte bestellte sie nach Absprache mit der Chefärztin der Anästhesie bei der Verwaltung der Beklagten, die im Einzelfall prüfte, ob ein Gerät tatsächlich angeschafft werden sollte. Es oblag der Klägerin, mit den betreffenden Patienten die Prämedikationsgespräche durchzuführen. Dazu zählte, dass sie zuvor auch die Krankengeschichte des Patienten erhob, gegebenenfalls zusätzliche Untersuchungen anordnete, die Patienten vor den Eingriffen ordnungsgemäß über die medizinischen Risiken aufklärte und die konkrete Form der Anästhesie festlegte. Sie leitete sodann auch die Narkotisierungen einschließlich Überwachungsmaßnahmen ein. Als einzige und damit alleinverantwortliche Anästhesiologin in der PKT oblag ihr weiter die Narkoseführung, sie hatte also die Vitalparameter zu überwachen und die Analgosedierung zu sichern, gegebenenfalls musste sie zum Zwecke der Stabilisierung der Patienten Veränderungen in der Narkotisierung vornehmen. Schließlich oblag ihr auch die Narkoseausleitung mit einer Sicherung der Atemwege sowie der Vitalfunktionen.

Mit Schreiben vom 02.05.2007 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie sei ab dem 01.08.2006 rückwirkend in die Entgeltgruppe II, Stufe 5 TV-Ärzte/VKA, eingruppiert. Die Klägerin beehrte mit Schreiben vom 11.06.2007 die Eingruppierung in die Entgeltgruppe III, Stufe 2 TV-Ärzte/VKA, und ist der Auffassung, sie sei als Oberärztin einzugruppiert.

Dazu hat die Klägerin vorgetragen: Die von ihr alleine in der PKT betreute Anästhesiologie weise eine organisatorische Eigenständigkeit durch eigenes Personal, eigene Gerätschaften und eigene Bedarfsmaterialien auf. Sie stelle eine klar abgrenzbare Einheit dar, insbesondere im Verhältnis zu den beiden weiteren bestehenden Stationen, nämlich der internistischen und der chirurgischen. Die anästhesiologische Abteilung unterliege auch einer eigenen Leitungs- und Personalplanung. Die Abteilung werde auch im Abrechnungssystem der Beklagten als eigenständige Einheit der Gesamt-Anästhesiologie geführt. Im Rahmen des Internetauftritts spreche die Beklagte von zwei Klinikstandorten, nämlich L... und T... . Weiterhin handele es sich bei der Anästhesiologie auch um einen Funktionsbereich. Unter einen solchen sei im Sinne des § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA ein anerkanntes Spezialgebiet innerhalb eines ärztlichen Fachgebietes zu verstehen, wobei der Begriff analog der ärztlichen Weiterbildungsordnung zu sehen sei. Sie decke als Fachärztin für Anästhesiologie einen entsprechenden medizinischen Fachbereich in der Praxisklinik T... ab.

Sie habe auch in dem streitgegenständlichen Zeitraum die medizinische Verantwortung für diesen selbständigen Teil- bzw. Funktionsbereich getragen. Die unzweifelhaft existierende Letztverantwortung der Chefärztin stehe dem nicht entgegen. Ihre – der Klägerin – medizinische Alleinverantwortung ergebe sich bereits aus dem Umstand, dass sie die einzige Anästhesiologin im PKT gewesen sei. Sie sei in anästhesiologischer Hinsicht für die Durchführung der Patientenbehandlung in der PKT verantwortlich und diesbezüglich dem ihr nachgeordneten Personal gegenüber weisungsbefugt gewesen. Zu beachten sei insoweit, dass vor Eröffnung der Praxisklinik T... durch die Beklagte im September 2005 die Rechtsvorgängerin der Beklagten am dortigen Standort das P...-Krankenhaus betrieben habe. Auch dort sei sie als Anästhesiologin tätig gewesen. Ihr sei damals ein weiterer Assistenzarzt, teilweise auch Facharzt, untergeordnet gewesen. Sie habe insoweit die oberärztliche Supervision bei der anästhesiologischen Betreuung von Operationen wahrgenommen. Neben den normalen anästhesiologischen Aufgaben sei sie in der PKT auch verantwortlich gewesen für die Organisation des anästhesiologischen Bereiches. Dies habe zum Beispiel die zeitliche Festlegung bzw. Organisation der notwendigen Operationen sowie die Entscheidung über erforderliche Materialbeschaffungen betroffen. Die zu

einer normalen ärztlichen Tätigkeit als Anästhesistin erheblich erhöhte Verantwortung liege naturgemäß auch darin begründet, dass sie als einzige Anästhesiefachärztin für die anästhesiologische Betreuung der PKT gehandelt habe.

Die medizinische Verantwortung für diesen selbständigen Teil- bzw. Funktionsbereich sei ihr auch ausdrücklich von der Arbeitgeberin übertragen worden. Dies ergebe sich bereits aus dem Inhalt des Schreibens vom 28.05.2004 (Bl. 11 d.A.). Zudem erfolge die ausdrückliche Übertragung dieser oberärztlichen Tätigkeit daraus, dass ihr die anästhesiologische Alleinverantwortung für die narkosemedizinische Betreuung in der PKT zum September 2005 übertragen worden sei. Die Beklagte könne sich nicht darauf berufen, dass es etwa an einer ausdrücklichen Zuweisung der anästhesiologischen Betreuung der PKT mangle. Ein solcher Einwand sei treuwidrig, ihre Eingruppierung in die Entgeltgruppe III TV-Ärzte/VKA jedenfalls nach dem Rechtsgedanken des § 162 BGB festzustellen.

Da sie schließlich mit einem zeitlichen Anteil von 80 % ihrer Arbeitszeit als alleinverantwortliche Oberärztin der Anästhesie-Abteilung der PKT tätig gewesen sei, sei die begehrte Eingruppierung begründet.

Weil die Klägerin seit April 2007 arbeitsunfähig erkrankte und das zwischen den Parteien bestehende Arbeitsverhältnis infolge der Verrentung der Klägerin am 28.01.2008 endete, begehrt die Klägerin Eingruppierung in die Entgeltgruppe III für die Zeit vom 01.08.2006 bis 31.03.2007.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.445,17 EUR brutto nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf EUR 345,17 brutto seit dem 01.09.2006 und auf jeweils EUR 300,-- brutto seit dem 01.10., 01.11., 01.12.2006, 01.01., 01.02., 01.03. und 01.04.2007 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat behauptet, in der PKT gebe es keine anästhesiologische Abteilung. Die PKT sei nichts anderes als eine ausgelagerte Station der Klinik. Richtig sei allein, dass die Klägerin als Fachärztin und Anästhesistin in der PKT tätig gewesen sei und in dieser Eigenschaft auf ihrem Fachgebiet Patienten betreut habe. Daraus folge aber nicht die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Teil- oder Funktionsbereich. Die Anästhesiologie in der PKT unterliege nicht einer eigenen Leitungs- und Personalplanung. Sie werde auch nicht als eigenständige Einheit geführt. Richtig sei lediglich, dass sie – Beklagte – im Rahmen eines Wirtschaftlichkeitskonzeptes die Einkäufe und den Verbrauch der Anästhesiologie erfasse. Dies gelte aber für sämtliche Fachbereiche und Stationen. Der Klägerin obliege auch nicht die medizinische Verantwortung im Sinne des Tarifvertrages. Sie übe lediglich fachärztliche Tätigkeiten aus. Erforderlich für das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Verantwortung sei es aber, dass sich diese auf den gesamten Bereich der Patientenbehandlung in dem betreffenden selbständigen Teil- oder Funktionsbereich erstrecke. Dies schließe auch die Verantwortung hinsichtlich der Durchführung der Patientenbehandlung für die in diesem Bereich der Ärztin unterstellten ärztlichen und pflegerischen Beschäftigten sein. Eine derartige Verantwortung trage die Klägerin nicht und sei ihr zudem auch zu keinem Zeitpunkt übertragen worden. Dies gelte unabhängig davon, dass es sich bei den ca. 4 – 5 auf dem Gebiet der Anästhesie betreuten Patienten in der PKT überhaupt nicht um einen Teil- oder Funktionsbereich handele. Die medizinische Verantwortung in der Anästhesie obliege vielmehr ausschließlich und allein der Chefärztin. Schließlich fehle die ausdrückliche Übertragung dieser medizinischen Verantwortung.

Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien in erster Instanz wird Bezug genommen auf den Inhalt der dort gewechselten Schriftsätze.

Das Arbeitsgericht hat die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Klägerin habe nicht vorgetragen, dass sie mit mehr als 50 % ihrer gesamten Arbeitszeit Tätigkeiten im Bereich der Organisationsverantwortung ausgeübt habe. Hauptaufgabe der Klägerin sei die anästhesiologische Betreuung der Patienten gewesen.

Damit habe sie mit Sicherheit mehr als 50 % ihrer Arbeitsleistung verbracht. Bereits deshalb scheide eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe III aus.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 12.12.2008 zugestellte Urteil am 09.01.2009 mit Fax- und am 12.01.2009 mit Originalschriftsatz Berufung eingelegt und diese am 11.02.2009 mit Fax- und am 12.02.2009 mit Originalschriftsatz begründet.

Die Klägerin meint, ihr in der Berufung gestellter Feststellungsantrag sei zulässig. Dieser sei prozesswirtschaftlich. In der Sache selbst habe das Arbeitsgericht die Tarifvorschriften nicht korrekt angewandt. Das Arbeitsgericht habe das Verhältnis des § 15 TV-Ärzte/VKA zu den konkreten Eingruppierungsregelungen des § 16 TV-Ärzte/VKA verkannt. Um festzustellen, ob sie einen Anspruch auf die begehrte Eingruppierung habe, hätte das Arbeitsgericht zwingend prüfen müssen, ob sie ärztliche Aufgaben ausübe, die den Tatbestandsmerkmalen der Protokollerklärung zu § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA entsprechen. Eine solche Feststellung habe das Arbeitsgericht nicht getroffen. Vielmehr habe es ausdrücklich erklärt, es könne dahingestellt bleiben, ob in ihrer Person die Tatbestandsvoraussetzungen des § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA gegeben seien. Der vom Arbeitsgericht als wesentlich erachtete Umstand des zeitlichen Umfanges könne überhaupt erst dann relevant werden, wenn zuvor festgestellt werde, welche Tätigkeitsmerkmale erfüllt seien.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Arbeitsgerichts Lübeck vom 04.12.2008 (1 Ca 1198 b/08) abzuändern und festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr für den Zeitraum vom 01.08.2006 bis 31.03.2007 Entgelt entsprechend der Entgeltgruppe III Stufe 2 des TV-Ärzte/VKA zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Feststellungsklage wegen des Grundsatzes der Subsidiarität für unzulässig. Im Übrigen wiederholt und vertieft sie unter Verteidigung der erstinstanzlichen Entscheidung ihren bisherigen Vortrag. Es sei nicht erkennbar, dass die Tätigkeit der Klägerin bezogen auf die ärztliche bzw. medizinische Verantwortung über jene hinausgehe, die ein Facharzt bzw. eine Fachärztin ohnehin normalerweise zu tragen habe. Das Mehr an medizinischer Verantwortung sei bei der Klägerin nicht erkennbar. Unverändert trage die Klägerin auch nicht schlüssig vor, für welchen selbständigen Teil- oder Funktionsbereich sie die medizinische Verantwortung habe. Mit keinem Wort gehe sie auf die Tatsache ein, dass an den überwiegenden Wochenarbeitstagen eine anästhesiologische Betreuung der Patienten in der PKT über Honorar-Anästhesisten erfolge. Eine einzige und alleinige Verantwortung der Klägerin als Anästhesiologin der PKT gebe es schlichtweg nicht. Auch gebe es keine Abteilung für eine Anästhesie in der PKT. Schließlich sei ihr die medizinische Verantwortung auch nicht ausdrücklich übertragen worden.

Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien in der Berufung wird Bezug genommen auf den Inhalt der dort gewechselten Schriftsätze.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie ist statthaft und frist- und formgerecht eingelegt und begründet worden. In der Sache hat sie jedoch keinen Erfolg. Die Angriffe der Berufung rechtfertigen keine Abänderung der erstinstanzlichen Entscheidung.

I.

Der nunmehr in der Berufung gestellte Feststellungsantrag ist zulässig.

Im Bereich des öffentlichen Dienstes ist in der Rechtsprechung allgemein erkannt, dass Klagen auf Feststellung, der Angestellte sei aus einer bestimmten Vergütungs-

gruppe zu entlohnen, zulässig sind. Die Gründe, die zur Zulässigkeit der Eingruppierungsfeststellungsklage im Bereich des öffentlichen Dienstes führen, müssen gleichermaßen auch im Bereich der Privatwirtschaft Anwendung finden. Eine Differenzierung zwischen den Arbeitgebern der Privatwirtschaft und denen des öffentlichen Dienstes ist insoweit sachlich nicht gerechtfertigt.

Der Feststellungsklage steht auch nicht der Grundsatz der Subsidiarität gegenüber der Leistungsklage entgegen. Dies wird zum Teil in der Literatur (Germelmann, ArbGG, 6. Aufl., § 46 Rdnr. 106) vertreten, sofern – wie hier – sich der Feststellungsantrag auf einen abgeschlossenen Zeitraum in der Vergangenheit bezieht. Richtig ist es vielmehr, auch insoweit die Zulässigkeit der Feststellungsklage zu bejahen (so auch z.B. Kloppenburg/Ziemann in Düwel/Lippke, ArbGG, 2. Aufl., § 46 Rdnr. 308; Zimmerlink in Schwab/Weth, ArbGG, 2. Aufl., § 46 Rdnr. 121). Denn die Leistungsklage hat unter dem Gesichtspunkt der Prozesswirtschaftlichkeit gegenüber der Feststellungsklage dann keinen Vorrang, wenn auch die Feststellungsklage zu einer sinnvollen und sachgemäßen Erledigung der aufgetretenen Streitpunkte führt. Sie stellt insbesondere dann die zulässige Klage dar, wenn sie zu einer umfassenden Bereinigung des Rechtsstreites führt und eine Vielzahl von Einzelklagen bzw. Einzelanträge vermeidet. Davon ist hier auszugehen. Im Kern streitig ist zwischen den Parteien nur die richtige Eingruppierung. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass nach rechtskräftiger Feststellung der zutreffenden Eingruppierung noch weiterer Streit bezüglich der sich daraus ergebenden Zahlungsansprüche droht. Vielmehr ist mangels gegenteiliger Anhaltspunkte davon auszugehen, dass mit dem Feststellungsantrag auch insgesamt der Streit über die Höhe der zu zahlenden Vergütung und der zu erfolgenden Nachzahlung bereinigt wird.

Die Klagänderung ist auch noch in der Berufung zulässig, denn sie ist sachdienlich. Insbesondere müssen neue Tatsachen zur Entscheidung über den Feststellungsantrag nicht in den Prozess eingeführt werden.

II.

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Die Klägerin ist nicht gemäß § 15 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA in die Entgeltgruppe III des § 16 lit. c) T-Ärzte/VKA einzugruppieren. Denn ihre gesamte auszuübende Tätigkeit gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 TV-Ärzte/VKA ist nicht jene einer Oberärztin im Sinne der Protokollerklärung zu § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA. Dazu im Einzelnen:

1. Die gesamte auszuübende Tätigkeit entspricht gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 TV-Ärzte/VKA den Tätigkeitsmerkmalen einer Entgeltgruppe, wenn zeitlich mindestens zur Hälfte Arbeitsvorgänge anfallen, die für sich genommen die Anforderungen eines Tätigkeitsmerkmals oder mehrerer Tätigkeitsmerkmale dieser Entgeltgruppe erfüllen.

Die Tätigkeit als „Oberarzt“ ist grundsätzlich als ein einheitlicher Arbeitsvorgang zu werten (vgl. dazu LAG Schl.-Holstein, Urteil vom 09.12.2008 – 5 Sa 265/08 -, zitiert nach juris, Rdnr. 48; Urteil vom 17.02.2009 – 5 Sa 402/08 -, zitiert nach juris Rdnr. 45). Durch die Verwendung des Funktionsmerkmals „Oberarzt“ haben die Tarifvertragsparteien bestimmt, dass bei diesem tariflichen Tätigkeitsmerkmal alle Tätigkeiten tarifrechtlich einheitlich bewertet werden sollen und deshalb auch als einheitlicher Arbeitsvorgang anzusehen sind (vgl. BAG, Urteil vom 07.06.2006 – 4 AZR 225/05; in: ZTR 2007, 35 ff.). Hieran ändert auch der Umstand nichts, dass die Tarifvertragsparteien den Funktionsbereich „Oberarzt“ in der Protokollnotiz zu § 16 lit. c) TV-Ärzte-VKA näher definiert haben und damit die entsprechende Eingruppierung an die Erfüllung bestimmter Tarifmerkmale geknüpft haben. Sofern dem Facharzt mithin die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Teil- oder Funktionsbereich übertragen worden ist, handelt es sich im tarifrechtlichen Sinne um einen Arbeitsvorgang. Die Tätigkeit des Oberarztes dient einem einheitlichen Arbeitsergebnis, nämlich dem der gesamten ärztlichen und pflegerischen Verantwortung des ihm übertragenen Teil- oder Funktionsbereichs (LAG Düsseldorf, Urteil vom 18.07.2008 – 9 Sa 546/08, Rdnr. 77). Im Übrigen hat das Bundesarbeitsgericht zu den Eingruppierungsvorschriften für Ärzte des BAT wiederholt entschieden, dass nach dem erkennbaren Willen der Tarifvertragsparteien – auch und gerade bei höheren Vergütungsgruppen – die Tätigkeiten eines Arztes regelmäßig als ein Arbeitsvorgang anzusehen sind (BAG

vom 25.10.1995, AP Nr. 207 zu § 22, 23 BAT 1975). Anhaltspunkte dafür, dass die Parteien das TV-Ärzte/VKA von dieser Rechtsprechung abweichen wollten, sind nicht ersichtlich.

Die Klägerin hat mithin während ihrer Tätigkeit in der PKT einen einzigen Arbeitsvorgang ausgeführt, wenn ihre Darlegungen über den Inhalt ihrer Aufgaben zutreffend wären.

2. Voraussetzung für eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe III des § 16 lit. c) TV-Ärzte-VKA ist ausweislich der Protokollerklärung zu § 16, dass der Klägerin die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Teil- oder Funktionsbereich der Klinik bzw. Abteilung von der Arbeitgeberin ausdrücklich übertragen wurde.

a. Allein der Umstand, dass die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 25.05.2204 formal zur Oberärztin bestellte, führt noch nicht dazu, dass die Klägerin auch die Voraussetzungen einer Eingruppierung in die Entgeltgruppe III erfüllt. Dies gilt ungeachtet des Umstandes, dass die Beklagte in ihrem Schreiben ausführt, sie wolle mit dieser Bestellung der geübten Praxis Rechnung tragen, nach der die Klägerin die Funktion einer ordentlichen Oberärztin innehatte.

Die Bezeichnungen „Oberarzt/Oberärztin“ hatten im bisherigen Recht der Eingruppierung keinerlei Bedeutung. Die Begriffe wurden vielmehr mit unterschiedlicher Bedeutung in den Kliniken und Krankenhäusern verwendet, ohne für die Eingruppierung von Ärztinnen und Ärzten relevant zu sein. Erstmals mit den Regelungen im TV-Ärzte/VKA bzw. den anderen in diesem zeitlichen Zusammenhang vereinbarten Tarifverträgen wurde der eingruppierungsrechtlich relevante Begriff der Oberärztin bzw. des Oberarztes eingeführt. Gerade weil die Begriffe „Oberarzt/Oberärztin“ in der jeweiligen Praxis der einzelnen Krankenhäuser sehr unterschiedlich verwendet wurden und anders als bei den Begriffen „Arzt/Ärztin“ auch keine medizinischrechtliche Definition als Auslegungshilfe herangezogen werden konnte, mussten die Tarifvertragsparteien den Begriff und damit die Voraussetzung für die Rechtsfolge der Eingruppierung von Ärzten näher definieren. Dies bedeutet aber auch gleichzeitig, dass nicht jeder Arzt, der im Klinikalltag den Titel „Oberarzt“ verwenden durfte, auch gleichzeitig

Oberarzt im eingruppierungsrechtlichen Sinne nach den neuen Tarifverträgen ist. Die Vergabe des Titels Oberarzt erfolgte vor 2006 nach anderen Grundlagen als die nunmehr vorzunehmende Eingruppierung.

Die Tarifvertragsparteien haben dies deutlich gesehen und deshalb in der Niederschriftsklärung zu § 6 Abs. 2 TVÜ-Ärzte/VKA Folgendes ausgeführt:

„Die Tarifvertragsparteien gehen davon aus, dass Ärzte, die am 31.07.2006 die Bezeichnung „Oberärztin/Oberarzt“ führen, ohne die Voraussetzungen für eine Eingruppierung als „Oberärztin/Oberarzt“ nach § 16 TV-Ärzte-VKA zu erfüllen, die Berechtigung zur Führung ihrer bisherigen Bezeichnung nicht verlieren. Eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe III ist hiermit nicht verbunden.“

b. Die Tätigkeit der Klägerin erfüllt materiell-rechtlich bereits deshalb nicht die Voraussetzungen der Protokollerklärung zu § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA, weil nicht erkennbar ist, dass ihr die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Teil- oder Funktionsbereich übertragen wurde. Es fehlt am notwendigen Merkmal der medizinischen Verantwortung.

(1) Nach allgemeinem Sprachgebrauch hat Verantwortung etwas mit Haftung, Verantwortungsbewusstsein und Pflichtgefühl zu tun. Es geht darum, dass man für etwas einstehen muss und die Folgen für etwas tragen muss, dass man nicht notwendigerweise selbst verschuldet hat (LAG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 26.08.2008 – 3 Sa 768/07 – zitiert nach juris, Rdnr. 36).

Wenn eine Eingruppierung nach Entgeltgruppe III die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Teilbereich verlangt, so muss sich die Tätigkeit des Oberarztes gemäß § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA bezogen auf die ihm obliegenden Verantwortungen in einem feststellbaren und gewichtigen Umfang von den Tätigkeiten abheben, die einem Facharzt im Sinne des § 16 lit. b) TV-Ärzte/VKA obliegen. Dies setzt voraus, dass der Oberarzt nicht nur die Verantwortung für das von ihm geschuldete ärztliche Handeln eines Arztes mit abgeschlossener Fachausbildung übernehmen muss, sondern eine weitere medizinische Verantwortung für den von ihm zu verantwortenden Teil- oder Funktionsbereich.

Zum Teil wird insoweit verlangt, dass nur derjenige Oberarzt bzw. Oberärztin gemäß § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA sein kann, in dessen Teilbereich nachgeordnete andere Fachärzte tätig sind, für deren Tätigkeiten der Arbeitgeber dem Oberarzt die medizinische Verantwortung übertragen hat, der Oberarzt also medizinische Verantwortung für fremdes fachärztliches Tun übernimmt (so LAG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 26.08.2008 – 3 Sa 768/07 -, zitiert nach juris, Rdnr. 37).

Die 5. Kammer des Landesarbeitsgerichts Schleswig-Holstein hat in zwei Urteilen (Urteil vom 09.12.2008 – 5 Sa 265/08 -, Urteil vom 17.02.2009 – 5 Sa 402/08 -, beide zitiert nach juris) das tarifliche Heraushebungsmerkmal der medizinischen Verantwortung dahin verstanden, dass der Oberarzt die Behandlung und Therapie der Patienten auch für ihm nachgeordnete Assistenz- und Fachärzte und das in „seinem“ Teilbereich tätige Pflegepersonal bindend festlegt, deren Befundungen kontrolliert und Therapiemaßnahmen überwacht. Die medizinische Verantwortung im tariflichen Sinne soll deshalb als Leitungsverantwortung verstanden werden. Der Oberarzt soll für den ihm unterstellten Bereich auch gegenüber anderen Ärzten und dem Pflegepersonal eine Vorgesetztenfunktion ausüben, mithin eine Leitungsfunktion innehaben.

(2) Unabhängig von den konkreten Anforderungen an den Begriff der „medizinischen Verantwortung“ ist auf jeden Fall ein Vortrag erforderlich, dem zu entnehmen ist, welche Tätigkeiten zum Aufgabenbereich des Facharztes gehören und inwieweit dementsprechend ein diesbezüglicher Verantwortungsbereich reicht. Darauf aufbauend ist dann darzustellen, welche über diesen normalen (Facharzt)-Verantwortungsbereich hinausgehende Tätigkeiten beziehungsweise Aufgaben der Arzt bzw. die Ärztin wahrzunehmen hat beziehungsweise inwiefern ihm oder ihr sonst über seinen als bloßer Facharzt zu verantwortenden Bereich hinausgehend ein „Mehr“ an Verantwortung obliegt, wobei insoweit auch darzustellen ist, worin dieses „Mehr“ an medizinischer Verantwortung besteht und wie sich deren Wahrnehmung in tatsächlicher Hinsicht darstellt. Diese Anforderungen an die zu erfüllende Darlegungslast ergeben sich bereits daraus, dass die Facharztstätigkeit mit einer gegenüber der Assistenzarztstätigkeit gesteigerten Verantwortung verbunden ist. Im Vergleich zum Facharzt muss

dann die medizinische Verantwortung eines Oberarztes oder einer Oberärztin so ausgestaltet sein, dass sie oder er die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Teil- oder Funktionsbereich zu tragen hat (LAG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 26.08.2008 – 3 Sa 768/07 – zitiert nach juris, Rdnr. 38).

(3) Aufgrund des Vortrages der Klägerin ist nicht zu erkennen, inwieweit sie eine medizinische Verantwortung trägt, die über jene einer Fachärztin hinausgeht. Sie trägt insoweit vor, sie habe die Prämedikationsgespräche geführt, die Narkotisierungen einschließlich der erforderlichen Überwachungsmaßnahmen eingeleitet bzw. durchgeführt und sei auch für die Narkoseausleitung mit einer Sicherung der Atemwege zuständig gewesen. Dies belegt noch nicht eine medizinische Verantwortung, die über jene einer Fachärztin hinausgeht. Im Gegenteil: Die dort von der Klägerin beschriebenen Tätigkeiten sind genau mit jener Verantwortung verbunden, die jede Fachärztin in medizinischer Hinsicht trifft. Um als Oberärztin eingruppiert zu werden, bedarf es dazu weiterer Anforderungen hinsichtlich der medizinischen Verantwortung. Diese sind nicht zu erkennen.

Sofern die Klägerin insoweit darauf hinweist, sie sei auch für die Organisation des anästhesiologischen Bereichs der PKT verantwortlich gewesen, ist dieser Vortrag ebenfalls nicht geeignet, die medizinische Verantwortung im tarifrechtlichen Sinne zu begründen. Die Klägerin führt insoweit aus, die medizinische Organisationsverantwortung habe die zeitliche Festlegung bzw. Organisation der notwendigen Operationen sowie die Entscheidung über erforderliche Materialbeschaffungen betroffen. Dem steht jedoch entgegen, dass die wesentlichen Entscheidungen über die Operationen wohl nicht durch Anästhesiologie, sondern durch die Chirurgie getroffen wurden. Hinzu kommt, dass die Klägerin jedenfalls an mindestens einem Tag in der Woche in der PKT keinen Dienst hatte. Wenn sie – wie gefordert – die medizinische Verantwortung für einen behaupteten selbständigen Teil- oder Funktionsbereich „Anästhesiologie in der PKT“ getragen hätte, so wäre sie auch verantwortlich gewesen für diesen Bereich Anästhesiologie in der PKT während ihrer Abwesenheit. Dass eine solche Verantwortlichkeit existierte, ist aber nicht erkennbar. Wenn die Klägerin in der PKT wegen ihrer Teilzeit keine anästhesiologischen Leistungen erbrachte, nahm die Beklagte Leistungen von Honorar-Ärzten in Anspruch. Deren Einsatz plan-

te oder verantwortete die Klägerin jedoch nicht. Vielmehr oblag dies in erster Linie der Chirurgie bzw. den für die Operation verantwortlichen Ärzten. Bereits dieser Umstand belegt, dass die Klägerin keine medizinische Verantwortung für einen behaupteten selbständigen Bereich Anästhesiologie in PKT hatte.

Auch der Umstand, dass die Klägerin bei ihrer Anwesenheit die einzige Anästhesiefachärztin der PKT war, führt nicht zu einer anderen Betrachtung. Die Klägerin meint, daraus ergebe sich die medizinische Verantwortung im Sinne des § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA, weil sie keine Möglichkeit gehabt habe, sich insoweit bei medizinischen Fragen mit anderen Ärzten zu beraten. Die Abwesenheit weiterer Fachärzte für Anästhesie in der PKT macht die Tätigkeit der Klägerin jedoch nicht zu einer oberärztlichen, sondern belegt allenfalls die besondere Qualifizierung ihrer fachärztlichen Tätigkeit. Auch wenn sie allein als Fachärztin anwesend ist, bleibt ihre Tätigkeit eine fachärztliche Tätigkeit. Denn eine oberärztliche Tätigkeit läge nur vor, wenn über dieses Maß der fachärztlichen Verantwortung hinaus eine weitere medizinische Verantwortung für einen selbständigen Bereich erkennbar wäre. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Eine solche Verantwortung für einen selbständigen Bereich lässt sich auch damit nicht begründen, dass sie Bedarfsmaterialien und Medikamente bei der Beschaffungsstelle der Beklagten anfordere bzw. Neugeräte nach Absprache mit der Chefärztin der Anästhesie bei der Verwaltung bestelle, die sodann im Einzelfall prüfe, ob ein Gerät tatsächlich angeschafft wird. Dabei handelt es sich um relativ einfache verwaltungstechnische Abläufe, die nicht so prägend sind, dass damit eine Fachärztin, die diese Aufgaben erfüllt, gleichzeitig die medizinische Verantwortung für einen selbständigen Bereich erhält. Allein die Mitteilung des Bedarfs an Materialien begründet noch keine Verantwortung für den betreffenden Bereich. Dies gilt auch für die Bestellung von Geräten, zumal dies immer in Absprache mit der Chefärztin der Anästhesie geschieht und zudem die Verwaltung im Einzelfall prüft, ob ein Gerät tatsächlich angeschafft werden soll.

Die medizinische Verantwortung lässt sich schließlich auch nicht damit begründen, dass der Klägerin während des streitigen Zeitraumes ein Anästhesiepfleger und eine

Pflegekraft nachgeordnet waren. Die diesbezügliche Verantwortung der Klägerin für diese beiden Personen ist allenfalls jene, die mit ihrer fachärztlichen Tätigkeit verbunden ist. Beide werden eingesetzt, damit die fachärztlichen Leistungen der Klägerin erbracht bzw. unterstützt werden. Insoweit unterscheidet sich die Klägerin nicht von einer Fachärztin für Anästhesiologie in einem größeren Bereich, die dort ihre anästhesiologischen Leistungen gemeinsam mit Pflegern und Pflegefachkräften erbringt. Eine medizinische Verantwortung im Sinne des § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA wird dadurch nicht begründet.

Nach alledem fehlt es an dem Merkmal der medizinischen Verantwortung. Diese verbleibt für den Bereich der anästhesiologischen Leistungen in der PKT bei der Chefärztin für Anästhesiologie. Zwar ist es richtig, wenn die Klägerin darauf hinweist, dass die der Chefärztin obliegende Gesamtverantwortung nicht einer medizinischen Verantwortung der Klägerin entgegenstehen müsse. Denn eine umfassende personelle Verantwortung wird nach dem Wortlaut der Protokollerklärung zu § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA nicht verlangt. Auch eine medizinische Letztverantwortung, die regelmäßig bei den Chefärzten liegt, ist nicht erforderlich. Der Chefarzt trägt die Letztverantwortung. Er hat in allen (Zweifels-)fragen das „Letzte Wort“ und ist letztlich dem gesamten medizinischen Personal gegenüber weisungsbefugt und trägt damit die Gesamtverantwortung der medizinischen Behandlung und Versorgung aller Patienten. Dies schließt nicht aus, dass die Verantwortung für selbständige Teil- und Funktionsbereiche auf Oberärzte übertragen werden, so dass nur in besonders gelagerten Fällen der Chefarzt die Entscheidungsverantwortung wieder an sich ziehen kann.

Hier ist jedoch zu beachten, dass aus den dargelegten Gründen keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Klägerin über ihre medizinische Verantwortung als Fachärztin hinaus eine weitergehende medizinische Verantwortung im Sinne des § 16 lit. c) TV-Ärzte/VKA hatte. Da dies nicht erkennbar ist, verbleibt es bei der grundsätzlichen medizinischen Verantwortung der Chefärztin des Bereiches Anästhesiologie auch für die anästhesiologischen Leistungen in der PKT. Die Klägerin ist eben – und daran wird es besonders deutlich – im Falle ihrer Abwesenheit nicht für das ordnungsgemäße Erbringen der anästhesiologischen Leistungen in der PKT verantwortlich. Wenn sie wegen ihrer Teilzeit an mindestens einem Tag in der Woche nicht tätig

ist, hat sie für diesen Tag auch überhaupt keine Verantwortung für die anästhesiologischen Leistungen innerhalb der PKT. Die Verantwortung obliegt vielmehr der Chefärztin für Anästhesie, die sicherzustellen hat, dass an diesem Tag auch trotz der Abwesenheit der Klägerin bei anstehenden Operationen die anästhesiologischen Leistungen erbracht werden. Hinzu kommt, dass ohnehin die betreffenden Bereiche – in der Regel Chirurgie – dafür Sorge tragen, dass bei Abwesenheit der Klägerin Honorar-Ärzte die anästhesiologischen Leistungen erbringen. Von einer Gesamtverantwortung der Klägerin für die anästhesiologischen Leistungen innerhalb der PKT kann daher keine Rede sein.

Nach alledem ist die Berufung der Klägerin mit der Kostenfolge des § 97 ZPO zurückzuweisen. Anlass zur Zulassung der Revision besteht nicht.

gez. ...

gez. ...

gez. ...