

Aktenzeichen: 4 AZR 568/08
Bundesarbeitsgericht 4. Senat

Urteil vom 9. Dezember 2009
- 4 AZR 568/08 -

I. Arbeitsgericht
Leipzig

Urteil vom 13. Juli 2007
- 16 Ca 1676/07 -

II. Sächsisches
Landesarbeitsgericht

Urteil vom 26. Mai 2008
- 3 Sa 578/07 -

Für die Amtliche Sammlung: Nein

Entscheidungsstichwort:

Eingruppierung einer Oberärztin

Gesetze:

Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an den Universitätskliniken vom
30. Oktober 2006 (TV-Ärzte/TdL) §§ 12, 16; ZPO § 256

Leitsätze:

keine

Hinweise des Senats:

Zur Eingruppierung von Oberärzten vgl. auch Senat 9. Dezember 2009
- 4 AZR 495/08 -, - 4 AZR 630/08 -, - 4 AZR 687/08 -, - 4 AZR 827/08 -,
- 4 AZR 836/08 - und - 4 AZR 841/08 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

BUNDEsarBEITSGERICHT



4 AZR 568/08
3 Sa 578/07
Sächsisches
Landesarbeitsgericht

Im Namen des Volkes!

Verkündet am
9. Dezember 2009

URTEIL

Freitag, Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

In Sachen

Beklagter, Berufungskläger und Revisionskläger,

pp.

Klägerin, Berufungsbeklagte und Revisionsbeklagte,

hat der Vierte Senat des Bundesarbeitsgerichts aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 9. Dezember 2009 durch den Vorsitzenden Richter am Bundesarbeitsgericht Prof. Bepler, den Richter am Bundesarbeitsgericht Creutzfeldt, die Richterin am Bundesarbeitsgericht Dr. Winter sowie den ehren-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

amtlichen Richter Valentien und die ehrenamtliche Richterin Redeker für Recht erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Sächsischen Landesarbeitsgerichts vom 26. Mai 2008 - 3 Sa 578/07 - aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landesarbeitsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen!

Tatbestand

Die Parteien streiten über die Eingruppierung der Klägerin in die Entgeltgruppe Ä 3 (Oberärztin/Oberarzt) des Tarifvertrages für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken vom 30. Oktober 2006 (*im Folgenden: TV-Ärzte/TdL*).

Die Klägerin ist Ärztin und seit dem 1. Juni 1997 für den Beklagten an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Universität L (*im Folgenden: KAI*) tätig. Sie ist Mitglied im Marburger Bund. Der letzte schriftliche Arbeitsvertrag der Parteien datiert vom 1. Mai 1998 und benennt als tarifliche Vergütungsgrundlage die VergGr. Ib der Anl. 1 zum BAT-O.

Am 15. Dezember 1998 erließ der Klinikdirektor mit Wirkung ab 1. Januar 1999 eine „Funktionsordnung“. Diese gliedert die Aufgaben der Klinik in zehn Arbeitsbereiche, die jeweils unter der verantwortlichen Leitung eines Facharztes stehen. Dabei ist die Klägerin namentlich („OÄ Dr. B“) als Leiterin für den Arbeitsbereich 6 („OP-Bereiche der Klinik für HNO-Krankheiten“) aufgeführt. Im Weiteren ist die ärztliche Hierarchie im Abschnitt IV („Funktionscharakterisierung der KAI-Mitarbeiter“) wie folgt wiedergegeben:

„1. Leitender Oberarzt:

...

2. Oberärzte:



Sie unterstützen und vertreten den Direktor der Klinik bei der Überwachung aller ärztlichen und organisatorischen Maßnahmen. ...

3. Leiter der Arbeitsbereiche:

Sie haben beratende und aufsichtsführende Funktionen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Sie müssen über alle außergewöhnlichen Vorkommnisse in ihrem Arbeitsbereich sofort unterrichtet und bei drohenden oder bereits eingetretenen Zwischenfällen sofort hinzugezogen werden. Sie berichten ihrerseits dem Klinikdirektor bzw. seinem jeweiligen Vertreter von allen außergewöhnlichen Ereignissen; bei schwerwiegenden Vorkommnissen (Havarien, Reanimationen, Zwischenfällen mit möglichen Regressproblemen) ist ein von allen KAI-Beteiligten gegengezeichneter Bericht spätestens 48 Stunden danach im Sekretariat zu hinterlegen.

Sie veranlassen die Einteilung der Anästhesisten zu den Aufgaben ihres Arbeitsbereiches. Sie sind zuständig für die praktische und theoretische Unterweisung der AiW in dem jeweiligen Unterstellungszeitraum. ...

4. Fachärzte für Anästhesie:

Sie unterstützen die Leiter der Arbeitsbereiche bei ihrer aufsichtsführenden Tätigkeit (und) vertreten sie im Verhinderungsfall“

Ab dem 1. Juli 2004 erhielt die Klägerin Entgelt nach der VergGr. Ia BAT-O. Am 1. April 2005 bestellten der Medizinische Vorstand des Universitätsklinikums L und der Klinikdirektor der KAI die Klägerin formell zur Oberärztin der KAI. In der Ernennungsurkunde der Klägerin heißt es ua.: „Die Pflichten und Rechte der Funktion ergeben sich aus der Klinikordnung der KAI“. Seit Juli 2006 zahlte der Beklagte der Klägerin ein Entgelt in Höhe der Vergütung nach Entgeltgruppe Ä 2, Stufe 3 nach § 12 TV-Ärzte/TdL.

4

Am 1. November 2006 trat der TV-Ärzte/TdL in Kraft. Aufgrund eines vom Marburger Bund angenommenen Angebots der TdL vom 16. Juni 2006 zu einer sog. „Vorwegregelung“ gilt die Entgeltregelung für Ärzte im Ergebnis bereits ab dem 1. Juli 2006. Die Klägerin bot danach ihre Bereitschaft zu einer Tätigkeit von 42 Wochenstunden an.

5



Mit Schreiben vom 5. September und 11. Oktober 2006 machte die Klägerin erfolglos eine Vergütung nach Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL geltend. Mit Wirkung vom 1. Januar 2007 wurde der Klägerin die Leitung des in der Funktionsordnung aufgeführten Arbeitsbereichs 2/Chirurgische Klinik 1 übertragen.

6

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, sie sei in der Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL eingruppiert, da sie bereits seit Juni 1999 die medizinische Verantwortung für einen Arbeitsbereich der KAI trage. Dieser entspreche einem Teil- oder Funktionsbereich im tariflichen Sinne. Auf die förmliche Ernennung zur Oberärztin komme es dabei nicht an. Im Übrigen entspreche die Übertragung der Verantwortung durch den Klinikdirektor einer ständigen Übung bei dem Beklagten, der seit 1990 die Organisation der Klinik und die Übertragung von Oberarztfunktionen dem Klinikum überlasse. Dieses sei als Vertreter des Beklagten anzusehen. Da sie ihre Leitungstätigkeit länger als sechs Jahre ausgeübt habe, stehe ihr die Vergütung nach der Stufe 3 der Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL zu.

7

Die Klägerin hat beantragt,

8

den Beklagten zu verurteilen, an sie 10.800,00 Euro brutto nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus jeweils 1.200,00 Euro seit dem 01.08.2006, 01.09.2006, 01.10.2006, 01.11.2006, 01.12.2006, 01.01.2007, 01.02.2007, 01.03.2007 und 01.04.2007 zu zahlen,

hilfsweise für den Fall des Obsiegens

festzustellen, dass die Klägerin in die Entgeltgruppe Ä 3, Stufe 3 der Entgelttabelle zu § 15 TV-Ä einzugruppieren ist.

Der Beklagte hat beantragt,

9

die Klage abzuweisen,

hilfsweise

festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, die Klägerin nach der Entgeltgruppe Ä 3, Stufe 1 der Entgelttabelle zu § 15 TV-Ärzte/TdL zu vergüten.



Zur Begründung hat sich der Beklagte darauf berufen, dass es sich bei dem der Klägerin zugewiesenen Arbeitsbereich nicht um einen Teilbereich im tariflichen Sinne handele. Die Klägerin trage auch keine medizinische Verantwortung. Zudem sei die Übertragung nicht, wie vom Tätigkeitsmerkmal verlangt, vom Arbeitgeber erfolgt. Der Klinikdirektor habe nicht über die hierfür notwendige Vollmacht verfügt.

10

Die Vorinstanzen haben der Klage stattgegeben. Mit der vom Landesarbeitsgericht zugelassenen Revision verfolgt der Beklagte sein Klageabweisungsbegehren weiter. Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Entscheidungsgründe

Die Revision des Beklagten ist begründet. Das Landesarbeitsgericht hätte die Berufung des Beklagten nicht mit der von ihm gewählten Begründung zurückweisen dürfen.

12

A. Das Landesarbeitsgericht hat die Klage für begründet gehalten, weil der Klägerin vom Arbeitgeber die medizinische Verantwortung für einen Teilbereich der Klinik übertragen worden sei. Nach der von der Klinikleitung erlassenen Funktionsordnung sei die Klägerin als Arbeitsbereichsleiterin verantwortlich für den Teilbereich „OP-Bereich der Klinik für HNO-Krankheiten“. Dies sei auch durch den Arbeitgeber selbst geschehen. Das entsprechende Handeln des Klinikdirektors sei dem Beklagten zuzurechnen.

13

B. Dieses Ergebnis lässt sich allein mit den hierzu angestellten Erwägungen des Landesarbeitsgerichts und auf der Grundlage seiner Feststellungen nicht begründen. Das Landesarbeitsgericht hat verkannt, dass aus rechtlicher Sicht für die Erfüllung des tariflichen Merkmals der Übertragung der medizinischen Verantwortung für einen Teilbereich der Klinik auch die Unterstellung von Fachärztinnen und Fachärzten und nicht nur von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten *(im Hinblick auf die klagende Partei wird im*

14



Folgenden stets die weibliche Form gewählt) erforderlich ist. Ferner deckt die vom Landesarbeitsgericht überprüfte Übertragung des Arbeitsbereichs 6 (Operationsbereich der HNO-Kliniken) auf die Klägerin nur den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2006 ab. Anschließend war der Klägerin der Arbeitsbereich „Chirurgische Klinik 1/Traumatologie“ übertragen worden. Ob dieser Arbeitsbereich ein Teilbereich einer Klinik im Tarifsinne ist, hat das Landesarbeitsgericht nicht erörtert. Es fehlen auch hier die erforderlichen Tatsachenfeststellungen für eine abschließende Entscheidung des Revisionsgerichts. Aus anderen Gründen ist die Klage weder insgesamt begründet noch unbegründet.

- I. Die Klage ist zulässig. 15
1. Der uneigentliche Hilfsantrag, den die Klägerin für den Fall des Ob- 16
siegens gestellt hat, ist dahingehend auszulegen, dass die Klägerin die Fest-
stellung begehrt, der Beklagte sei verpflichtet, ihr Vergütung nach der Entgelt-
gruppe Ä 3, Stufe 3, der Entgelttabelle zu § 15 TV-Ärzte/TdL zu zahlen. Aus der
Tatsache, dass die Klägerin den Hilfsantrag nur für den Fall der Begründetheit
des Hauptantrages gestellt hat, ergibt sich ferner, dass die begehrte Fest-
stellung nur denjenigen Zeitraum umfassen soll, der vom - bezifferten -
Zahlungsantrag nicht abgedeckt wurde, also ab dem 1. April 2007. Hinsichtlich
dieses Zeitraums besteht auch ein Feststellungsinteresse der Klägerin. Insofern
handelt es sich um einen nach der ständigen Rechtsprechung des Senates
zulässigen Eingruppierungsfeststellungsantrag.
2. Der Feststellungsantrag ist auch bezüglich der Stufenzuordnung in die 17
Stufe 3 der Entgelttabelle zulässig.
- a) Grundsätzlich sind die Einstufung in die Entgeltgruppe einer Ver- 18
gütungsordnung und die Stufenzuordnung innerhalb der Entgeltgruppe zwei
verschiedene Streitgegenstände (vgl. dazu allg. BAG 17. Oktober 2007 - 4 AZR
1005/06 - BAGE 124, 240, 243 ff.). Wird nicht nur die Eingruppierung, sondern
auch die Stufenzuordnung innerhalb einer Vergütungsgruppe zum Gegenstand
des Eingruppierungsfeststellungsantrags gemacht, bedarf es auch hierfür eines
besonderen Feststellungsinteresses nach § 256 Abs. 1 ZPO.



19

b) Dieses besondere Feststellungsinteresse liegt bei der Klägerin vor. Zwischen den Parteien ist nicht nur die zutreffende Entgeltgruppe streitig, sondern auch die Stufenzuordnung bei einer eventuellen Eingruppierung in die Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL. Das ergibt sich aus dem Hilfsantrag des Beklagten. Dieser ist als solcher zwar unzulässig, weil das in ihm ausgedrückte Rechtsschutzziel in dem Klageabweisungsantrag bereits enthalten ist. Hinsichtlich der Zuordnung zu einer Vergütungsstufe regelt § 16 Abs. 1 TV-Ärzte/TdL, der unstreitig wegen beiderseitiger Verbandsmitgliedschaft für das Arbeitsverhältnis der Parteien gilt:

„§ 16 Stufen der Entgelttabelle

(1) Die Entgeltgruppe Ä 1 umfasst fünf Stufen; die Entgeltgruppen Ä 2 bis Ä 4 umfassen drei Stufen. Die Ärzte erreichen die jeweils nächste Stufe nach den Zeiten ärztlicher (Ä 1), fachärztlicher (Ä 2), oberärztlicher (Ä 3) Tätigkeit beziehungsweise der Tätigkeit als ständiger Vertreter des leitenden Arztes (Chefarztes), die in den Tabellen (Anlagen A und B) angegeben sind“.

20

Die genannten Tabellen regeln, dass die Oberärztinnen der Entgeltgruppe Ä 3 in drei Stufen vergütet werden, die nach Tätigkeitszeiten gestaffelt sind. Dabei bestimmt die erste Stufe die Vergütung „ab dem 1. Jahr“, die zweite Stufe diejenige „ab dem 4. Jahr“ und die dritte Stufe diejenige „ab dem 7. Jahr“. Damit bauen die Stufen aufeinander auf. Wird somit wie vorliegend durch die Klägerin in zulässiger Weise die dritte Stufe einer Entgeltgruppe klageweise geltend gemacht, umfasst dies auch notwendig die Geltendmachung der darunter liegenden Stufe. Dem entspricht der Prüfungsvorgang des Gerichts. Kann die geltend gemachte dritte Stufe nicht zugesprochen werden, hat das Gericht auch ohne gesonderten Antrag zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die zweite Stufe gegeben sind (*ebenso für Aufbaufallgruppen bei der Eingruppierung BAG 6. Juni 2007 - 4 AZR 505/06 - Rn. 20 ff., AP BAT 1975 §§ 22, 23 Nr. 308*). So wie im Klageantrag die niedrigeren Stufen enthalten sind, umfasst auch der Klageabweisungsantrag alle einzelnen Stufen. Eines besonderen Hilfsantrages des Beklagten bedurfte es deshalb nicht; soweit er gleichwohl gestellt wurde, ist er unbeachtlich (*BAG 6. Juni 2007 - 4 AZR*



505/06 - Rn. 15, aaO). Daher ist es ohne Bedeutung, dass der Beklagte die Zurückweisung der Berufung auch bezüglich dieses ausdrücklich gestellten Hilfsantrages in der Revision nicht gesondert angegriffen hat und die Revision deshalb insoweit unzulässig wäre. Der Hilfsantrag des Beklagten macht aber hinreichend deutlich, dass zwischen den Parteien nicht nur die Entgeltgruppe, sondern auch die Stufenzuordnung streitig ist.

II. Ob die Klage auch begründet ist, kann der Senat nicht feststellen. Ihr dürfte jedenfalls nicht nur mit der vom Landesarbeitsgericht gewählten Begründung stattgegeben werden. 21

1. Der Erfolg der Klage setzt voraus, dass die Klägerin ein Tätigkeitsmerkmal der Entgeltgruppe Ä 3 nach § 12 TV-Ärzte/TdL erfüllt. 22

Die maßgeblichen Tarifnormen des TV-Ärzte/TdL lauten: 23

„§ 12

Eingruppierung

Ärzte sind entsprechend ihrer nicht nur vorübergehend und zeitlich mindestens zur Hälfte auszuübenden Tätigkeit wie folgt eingruppiert:

Entgeltgruppe	Bezeichnung
---------------	-------------

Ä 1	Ärztin/Arzt mit entsprechender Tätigkeit
-----	--

Ä 2	Fachärztin/Facharzt mit entsprechender Tätigkeit
-----	--

Ä 3	Oberärztin/Oberarzt
-----	---------------------

Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung vom Arbeitgeber übertragen worden ist.

Oberarzt ist ferner der Facharzt in einer durch den Arbeitgeber übertragenen Spezialfunktion, für die dieser eine erfolgreich abgeschlossene Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung fordert.

Ä 4	Fachärztin/Facharzt, der/dem die ständige Vertretung des leitenden Arztes (Chefarzt) vom Arbeitgeber übertragen worden ist.
-----	---



(Protokollerklärung: Ständiger Vertreter ist nur der Arzt, der den leitenden Arzt in der Gesamtheit seiner Dienstaufgaben vertritt. Das Tätigkeitsmerkmal kann daher innerhalb einer Klinik nur von einer Ärztin/einem Arzt erfüllt werden.)

...

§ 15

Tabellenentgelt

- (1) Die Ärztin/Der Arzt erhält monatlich ein Tabellenentgelt. Die Höhe bestimmt sich nach der Entgeltgruppe, in die sie/er eingruppiert ist, und nach der für sie/ihn geltenden Stufe. ...
- (2) ...
Ärzte, für die die Regelungen des Tarifgebiets Ost Anwendung finden, erhalten Entgelt nach den Anlagen B1 und B2.“

2. Die für die Eingruppierung maßgebende Tätigkeit der Klägerin ist ihre Arbeit in der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie (KAI) der Universität L im Arbeitsbereich 6/Operationsbereich der HNO-Klinik (*bis zum 31. Dezember 2006*) und im Arbeitsbereich 2/Operationsbereich der Chirurgischen Klinik 1 (*ab 1. Januar 2007*). Dies ist die der tariflichen Bewertung im Einleitungssatz zu § 12 TV-Ärzte/TdL zu Grunde zu legende Tätigkeit; die Klägerin hat unbestritten vorgetragen, die Arbeitsbereichsleitung nehme etwa 70 Prozent ihrer Arbeitszeit in Anspruch. 24
3. Das Landesarbeitsgericht ist ohne ausreichende tatsächliche Grundlagen davon ausgegangen, dass die Tätigkeit der Klägerin als Leiterin des Arbeitsbereichs 6 „OP-Bereich der HNO-Klinik“ das Tätigkeitsmerkmal der Entgeltgruppe Ä 3 erste Fallgruppe in § 12 TV-Ärzte/TdL erfüllt. 25
- a) Voraussetzung der angestrebten Eingruppierung wäre zunächst, dass der Klägerin die medizinische Verantwortung für einen Bereich übertragen worden ist, der als Teil- oder Funktionsbereich der Klinik beziehungsweise Abteilung im tariflichen Sinne anzusehen ist. Die Begründung des Landesarbeitsgerichts reicht für eine solche Feststellung nicht aus. 26



aa) Der Begriff des Funktionsbereichs ist dabei von den Tarifvertragsparteien in dem Sinne gebraucht worden, der den schon früher von ihnen als Tarifvertragsparteien vereinbarten Regelungen der Vergütungsordnung zum BAT (*VergGr. Ib Fallgr. 10 iVm. Protokollnotiz Nr. 5*) zu Grunde lag (*Placzek/Griebeling MedR 2008, 599, 600; Anton ZTR 2008, 184, 186; Clemens/Scheuring/Steingen/Wiese TV-L Stand April 2008 Teil IIa TV-Ärzte § 12 Rn. 46 f.*). Danach sind Funktionsbereiche medizinisch definiert, dh. sie sind Untergliederungen eines Fachgebietes der Medizin, die wissenschaftlich anerkannte Spezialgebiete erfassen. Als Beispiele für Funktionsbereiche haben die Tarifvertragsparteien in ihrer Protokollerklärung Nr. 3 des Tarifvertrages zur Änderung und Ergänzung der Anlage 1a zum BAT vom 20. Februar 1972 ua. die Handchirurgie, die Neuroradiologie, die Elektroencephalographie und die Herzkatheterisierung benannt. Um einen solchen Funktionsbereich geht es im Falle der Klägerin als Anästhesistin jedoch nicht. Weder die Parteien noch die Vorinstanzen haben dies in Betracht gezogen.

27

bb) Der Begriff des Teilbereichs einer Klinik oder Abteilung ist dagegen tariflich neu und wird von den Tarifvertragsparteien nicht ausdrücklich näher bestimmt. Das Landesarbeitsgericht ist insoweit zutreffend davon ausgegangen, dass ein Teilbereich schon wegen der von den Tarifvertragsparteien gewählten grammatikalischen Abgrenzung zu den Funktionsbereichen („oder“) ein hiervon unabhängiges eigenständiges Tatbestandsmerkmal ist. Die Auffassung der Revision, die auch von der Arbeitgeberseite des Tarifvertrages vertreten wird (*vgl. zB die Mitteilung der TdL vom 7. August 2007, abgedr. bei Clemens/Scheuring/Steingen/Wiese TdL Teil IIa TV-Ärzte § 12 Rn. 49*), es handele sich um ein Synonym für einen Funktionsbereich, steht im Widerspruch zum Tarifwortlaut.

28

cc) Die Auslegung des Begriffes ergibt unter besonderer Berücksichtigung des Wortlauts und des tariflichen Gesamtzusammenhangs nach den hierfür heranzuziehenden Kriterien (*vgl. dazu nur BAG 26. Januar 2005 - 4 AZR 6/04 - mwN, BAGE 113, 291, 299*), dass ein Teilbereich einer Klinik oder Abteilung im tariflichen Sinne regelmäßig eine organisatorisch abgrenzbare Einheit innerhalb

29



der übergeordneten Einrichtung einer Klinik oder Abteilung ist, der eine bestimmte Aufgabe mit eigener Zielsetzung sowie eigener medizinischer Verantwortungsstruktur zugewiesen ist und die über eine eigene räumliche, personelle und sachlich-technische Ausstattung verfügt.

- (1) Ein Teilbereich ist ein Bereich, der den Teil eines Ganzen umfasst 30
(*Wahrig Deutsches Wörterbuch 2006 S. 1464*). Bezugspunkt des hier gemeinten Teilbereichs ist die Klinik oder die Abteilung. Der Begriff „Teil-“ macht deutlich, dass es sich dabei um eine räumlich oder sonst organisatorisch abgrenzbare, eben abteilbare Einheit innerhalb der Klinik oder der Abteilung handelt. Dabei ist der Teilbereich einer Klinik oder Abteilung unter organisatorischen Gesichtspunkten definiert. Er muss nicht notwendig - wie ein Funktionsbereich - einem speziellen ärztlichen Fachgebiet zugeordnet sein; der Begriff weist wie derjenige der Klinik oder der Abteilung keinen Bezug zur fachlichen Spezialisierung auf, auch wenn ein solcher in der Praxis häufig gegeben sein dürfte.
- (2) Die Anforderung einer gewissen organisatorischen Verselbständigung 31
wird in der Regel einerseits durch eine zumindest auf einen nicht unerheblichen Zeitraum, zumeist jedoch auf unbestimmte Dauer ausgerichtete Ausstattung mit eigenem nichtärztlichem und ärztlichem Personal erfüllt. Die bloße Aufgabenerfüllung mit wechselndem Personal genügt für die erforderliche Abgrenzung nicht. Andererseits müssen der Einheit regelmäßig auch eigene Räume und sonstige Sachmittel zugewiesen worden sein. Diese orientieren sich an dem der organisatorischen Einheit innerhalb der Klinik oder der Abteilung übertragenen Zweck. Erforderlich ist, dass die Einheit in diesem Sinne tatsächlich organisatorisch verselbständigt ist; es genügt dagegen nicht, dass aufgrund der Aufgabenstellung hierzu die Möglichkeit bestünde.
- (3) Aus dem tariflichen Gesamtzusammenhang, insbesondere aus der 32
Verbindung mit dem Begriff der medizinischen Verantwortung im Tätigkeitsmerkmal der ersten Fallgruppe der Entgeltgruppe Ä 3 § 12 TV-Ärzte/TdL, wird deutlich, dass es sich um eine Organisationseinheit handeln muss, der eine eigenständige Verantwortungsstruktur zugewiesen werden kann und zu-



gewiesen worden ist. Nicht zwingend ist dagegen, dass es sich um eine organisatorische Ebene unmittelbar unterhalb derjenigen der Klinik bzw. Abteilung handeln muss. Auch Funktionsbereiche sind nicht notwendig auf dieser „zweiten Hierarchieebene“ angesiedelt. Es ist aber regelmäßig davon auszugehen, dass ein solcher Teilbereich im tariflichen Sinne über eine bestimmte Mindestgröße verfügen muss und nicht auf der untersten organisatorischen Hierarchieebene angesiedelt sein kann, was jedoch durch die Anforderung einer organisatorischen Selbständigkeit und die Anbindung an das Merkmal der „medizinischen Verantwortung“ in der Regel auch ausgeschlossen sein dürfte (ähnlich Wahlers PersV 2008, 204, 206).

- dd) Für die Beantwortung der Frage, ob es sich bei dem „OP-Bereich der HNO-Klinik“, in dem die Klägerin bis zum 31. Dezember 2006 beschäftigt war, um einen Teilbereich einer Klinik im tariflichen Sinne handelt, fehlt es an ausreichenden Feststellungen des Landesarbeitsgerichts. Dabei geht es nicht darum, ob, wie der Wortlaut nahelegen mag, ein Teilbereich der HNO-Klinik vorliegt, sondern darum, ob es sich um einen Teilbereich der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie - KAI - handelt. 33
- (1) Von der erforderlichen räumlichen Verselbständigung des Arbeitsbereichs 6 (*OP-Bereich der HNO-Klinik*) der KAI ist im vorliegenden Fall auszugehen. 34
- (a) Im Regelfall besetzt eine Klinik, die mehrere Teilbereiche aufweist, ein oder mehrere Gebäude, innerhalb derer den jeweiligen Teilbereichen eigenständige Räume zugewiesen sind, in denen ihren jeweiligen medizinischen Zwecken nachgegangen wird. Hiervon kann bei einer Klinik für Anästhesiologie wie der KAI jedoch aus medizinischen Gründen nicht zwingend und in jedem Fall ausgegangen werden. Die Anästhesiologie kooperiert hauptsächlich mit den anderen medizinischen Fachgebieten; sie ist eine Art unverzichtbarer „Zusammenhangs-Disziplin“ zu den jeweils den konkreten Krankheiten oder Funktionsstörungen zugeordneten medizinischen Gebieten, beispielsweise HNO, Augenheilkunde, Orthopädie, Internistischer Bereich. Wegen der großen Bedeutung der und den komplexen Anforderungen an die Anästhesie hat sie 35



sich als eigenständige medizinische Fachrichtung entwickelt. Ohne ihre Beteiligung finden praktisch keine Operationen mehr statt. Wegen der jeweiligen, in der Regel notwendigen Verbindung zu einem anderen Fachgebiet wird die Anästhesie in den jeweiligen Spezialkliniken tätig. Ihr ist eine Querschnittsfunktion zugewiesen, die für die jeweiligen anderen Fachgebiete abrufbar ist.

(b) Schon wegen des Umfangs dieser notwendigen Tätigkeiten, aber auch wegen ihrer qualitativen Anforderungen und ihrer Einbindung in die Ausbildung sowie Wissenschaft und Lehre, ist die Anästhesiologie oft, wie auch im Universitätsklinikum L, zusammen mit der Intensivtherapie als eigene Klinik organisiert. Sie besteht, was die Anästhesie angeht, aus den jeweiligen Einheiten, die den Operationsbereichen der anderen Fachgebiete zugeordnet sind. So weist die Funktionsordnung von 1998 zehn Arbeitsbereiche der KAI aus, von denen sieben jeweils den OP-Bereichen der anderen Kliniken zugeordnet sind, nämlich Chirurgie 2/Urologie (AB 1), Chirurgie 1/Neurochirurgie/Orthopädie (AB 2), Kindermedizin (AB 3), Gynäkologie/Geburtshilfe (AB 4), MKG-Chirurgie/Zahn-/Augenheilkunde (AB 5), HNO (AB 6) und Radiologie/Strahlentherapie/Dermatochirurgie (AB 7). Die weiteren drei Arbeitsbereiche sind Intensivtherapiestation, Ambulanz und Labor. Hieran hat sich durch die von dem Beklagten im Jahre 2007 selbst vorgenommene Einrichtung einer „Struktur der Verantwortungsbereiche/Spezialfunktionen im UKL“ in der Sache wenig geändert. Unter der Bezeichnung der KAI findet sich dort die Auflistung ua. der den einzelnen anderen Disziplinen zugeordneten „Verantwortungsbereiche“, nämlich zum Operativen Zentrum L, Chirurgie 1/Orthopädie/ZNA, Neurochirurgie/Interventionen/Radiologie, Chirurgie 2/Urologie, Transplantation/Kindertransplantation, Kinderklinik, Frauenklinik, Kopfkliniken.

(c) Für die Erfüllung der tariflichen Anforderung einer organisatorischen Selbständigkeit muss es deshalb bei einer Klinik für Anästhesiologie genügen, wenn die Funktionen der den anderen Fachgebieten zugeordneten Teilbereiche der Anästhesiologie in den jeweiligen Operationsbereichen der Fachgebiete einen festen Platz haben. Der spezifische Zweck gerade dieser jeweiligen

36

37



Teilbereiche erschließt sich aus den dort organisierten und der KAI zuzurechnenden medizinischen Dienstleistungen. Die Klägerin hat dazu vortragen, der Arbeitsbereich 6 sei räumlich und fachlich von den anderen Bereichen getrennt, wobei es hier allein auf das Verhältnis zu den anderen Teilbereichen der KAI ankommt. Zu ihm gehörten drei Operationstische, an denen durchschnittlich jährlich mehr als 2.350 Anästhesien durchgeführt würden, was einem Anteil von 9,7 Prozent aller von der KAI durchgeführten Anästhesien sowie mit mehr als 5.000 Anästhesiestunden einem Anteil von 8,5 Prozent der Gesamtanästhesiestunden der KAI entspreche. Bis Januar 2006 sei der Bereich in einem OP-Container untergebracht gewesen. Seitdem liege er auf zwei Etagen unter der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie den OP-Sälen der Augenklinik. Demgegenüber kann die bloße Behauptung des Beklagten in der Revision, „eine besondere organisatorische und personelle Eigenständigkeit der einzelnen Arbeitsbereiche (*gehe*) damit nicht einher“, nicht genügen, um dies ernsthaft in Zweifel zu ziehen.

Substantiiert sind dagegen die von der Klägerin genannten Zahlen bestritten worden; es handele sich lediglich um zwei Operationstische und der Anteil der in der HNO-Klinik durchgeführten Anästhesiestunden belaufe sich auf lediglich 6,7 Prozent. Es muss hier nicht entschieden werden, ob dieser Vortrag geeignet wäre, als Argument gegen die Eigenständigkeit der HNO-Abteilung der KAI angeführt zu werden. Die organisatorisch-räumliche Selbständigkeit als solche kann dadurch jedenfalls nicht in Frage gestellt werden. Da die Frage der Ausfüllung des unbestimmten Rechtsbegriffs des „Teilbereichs einer Klinik“ anhand einer Einzelfallbetrachtung beantwortet werden muss, und die hierfür heranzuziehenden Elemente vom Landesarbeitsgericht noch nicht abschließend festgestellt worden sind, wird das Landesarbeitsgericht ggf. auch diesen streitigen Vortrag zur Frage einer „Mindestgröße“ eines Teilbereichs in die Gesamtabwägung einzubeziehen haben. Die Klägerin hatte für die Richtigkeit ihrer Angaben Beweis angeboten.

38

(2) Die für die Annahme eines Teilbereichs erforderliche Verantwortungsstruktur liegt gleichfalls vor.

39



- (a) Entgegen der Auffassung der Revision handelt es sich bei den „Arbeits-/Verantwortungsbereichen“ der KAI nicht lediglich um „Zuständigkeitsbereiche“. Wie die Revision selbst ausführt, werden die Ärztinnen der KAI jeweils neben den eigentlichen Operateurinnen tätig. Die Aufklärung der Patienten über die mit der Anästhesie verbundenen Gefahren muss gesondert erfolgen. Die Anästhesie wird eigenständig durchgeführt und verantwortet. Die Anästhesistin unterliegt in ihrem Bereich nicht der Weisungshoheit der verantwortlichen Chirurgin, sondern allein derjenigen von ihr übergeordneten Ärztinnen der KAI, bis hin zum Chefarzt. Die Funktionsordnung der KAI hat unmittelbar unterhalb der Klinikenebene Verantwortungsbereiche aufgeteilt, um deren Leitung es auch im vorliegenden Fall geht. Ein solcher Bereich ist jedenfalls in einer Klinik von der Größenordnung der KAI grundsätzlich geeignet, ein Teilbereich im tariflichen Sinne zu sein. 40
- (b) In der Funktionsordnung der KAI bilden die Leiterinnen der Arbeitsbereiche eine eigene Hierarchieebene und sind in eine eigene Aufgaben- und Verantwortungsstruktur eingebettet. Gerade angesichts der räumlichen Ansiedelung der Arbeitsbereiche in „fremden“ Klinikgebäuden ergibt sich die Notwendigkeit der Zuweisung einer Bereichsverantwortung und Vermittlung zur Klinikleitung jeweils für einen dieser Arbeitsbereiche. Diese Verantwortungszuweisung ist mit der Funktionsordnung vorgenommen worden. 41
- (c) Der Beklagte kann sich auch nicht darauf berufen, dass die Funktionsordnung ohne sein Wissen aufgestellt worden sei und er erst im Zusammenhang mit den neuen Eingruppierungen Kenntnis von der durch den ehemaligen Klinikdirektor geschaffenen Organisationsstruktur erhalten habe. Es ist selbstverständlich, dass eine Klinik nicht ohne eine - solche oder ähnliche - organisatorische Verantwortungsstruktur auskommen kann. Wenn der Beklagte nicht selbst eine solche Struktur aufstellt, sondern dies ausdrücklich einem seiner leitenden Angestellten überlässt, muss er sich an der Verbindlichkeit der so geschaffenen Struktur auch festhalten lassen. Im Übrigen hat der Beklagte selbst dargelegt, dass die Funktionsordnung bis zum Inkrafttreten einer neuen Untergliederung („Struktur der Verantwortungsbereiche/Spezialfunktionen im 42



UKL“), die den Mitarbeitern am 11. Mai 2007 bekannt gegeben wurde, aufrecht erhalten blieb, ihre Richtigkeit und Verbindlichkeit damit zumindest für die Vergangenheit auch anerkannt.

(3) Es kann dagegen nicht abschließend beurteilt werden, ob die für die Annahme eines tariflichen Teilbereichs erforderliche personelle Selbständigkeit der HNO-Abteilung der KAI gegeben ist bzw. war.

Für die Annahme eines Teilbereichs im tariflichen Sinne ist Voraussetzung, dass dieser mit eigenem Personal ausgestattet ist und nicht etwa als bloße Aufgabe von wechselndem Personal erfüllt wird. Hierzu fehlt es an Feststellungen des Landesarbeitsgerichts. Weder ist der Bestand des nichtärztlichen Personals noch Zahl und Funktion der in diesem Teilbereich arbeitenden Ärztinnen festgestellt worden. Das ist nicht nur für die Frage der medizinischen Verantwortung der konkret „einzugruppierenden“ Oberärztin (*dazu unten*) von Bedeutung, sondern auch für die Geeignetheit der organisatorischen Einheit selbst, als ein tariflich relevanter Teilbereich einer Klinik gewertet zu werden. Insofern ist die Behauptung der Klägerin, sie übe die Aufsicht über „2 bis 3 Fach- und Assistenzärzte sowie 3 Schwestern“ aus, weder hinreichend substantiiert für die Annahme einer ausreichenden medizinischen Verantwortung (*dazu unten*) noch für die personelle kontinuierliche Ausstattung und damit notwendige Verselbständigung der medizinischen Einheit als Teilbereich im tariflichen Sinn. Weitere Angaben finden sich in den Akten nicht. Da das Landesarbeitsgericht diese Tatsache aus rechtlichen Gründen für nicht erheblich hielt, hat es der Klägerin einen rechtlichen Hinweis nach § 139 Abs. 2 ZPO nicht erteilt. Nun muss es hierüber noch die entsprechenden Tatsachenfeststellungen vornehmen. Der Klägerin ist dabei zur Wahrung des Anspruchs auf rechtliches Gehör Gelegenheit zu geben, ihren bisherigen Vortrag zu substantiieren.

b) Es lässt sich anhand der Feststellungen des Landesarbeitsgerichts auch nicht sagen, ob der Klägerin die medizinische Verantwortung für den (möglichen) Teilbereich übertragen worden ist.



aa) Die Eingruppierung einer Ärztin als Oberärztin iSd. Entgeltgruppe Ä 3 erste Fallgr. TV-Ärzte/TdL setzt ua. voraus, dass der Ärztin die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung übertragen worden ist. Die Tarifvertragsparteien haben dabei von einer ausdrücklichen Bestimmung dessen, was unter medizinischer Verantwortung im tariflichen Sinne zu verstehen ist, abgesehen. Aus dem tariflichen Gesamtzusammenhang ergibt sich jedoch, dass das Tätigkeitsmerkmal nur dann erfüllt werden kann, wenn der Oberärztin ein Aufsichts- und - teilweise eingeschränktes - Weisungsrecht hinsichtlich des medizinischen Personals zugewiesen worden ist. Dabei genügt es nicht, dass in dem Teilbereich Ärztinnen der Entgeltgruppe Ä 1 (*Assistenzärztinnen und Ärztinnen in Weiterbildung*) tätig sind. Ihr muss auch mindestens eine Fachärztin der Entgeltgruppe Ä 2 unterstellt sein. Ferner ist idR erforderlich, dass die Verantwortung für den Bereich ungeteilt bei ihr liegt.

46

(1) Mit der Anforderung, dass sich die übertragene Verantwortung auf den medizinischen Bereich erstrecken muss, haben die Tarifvertragsparteien deutlich gemacht, dass es nicht ausreicht, wenn der Ärztin lediglich die organisatorische oder verwaltungstechnische Verantwortung für den Teil-/Funktionsbereich obliegt (*Clemens/Scheuring/Steingen/Wiese TV-L Stand April 2008 Teil IIa TV-Ärzte/TdL § 12 Rn. 57*). Die Ärztin muss noch als solche tätig sein (*Bruns/Biermann/Weis Anästhesiologie und Intensivmedizin Mai 2007 S. 1, 5*), also mit dem Vorbeugen, dem Erkennen von Ursachen und Auswirkungen von Gesundheitsstörungen sowie ihrer Behandlung beschäftigt sein.

47

(2) Das Tätigkeitsmerkmal der Entgeltgruppe Ä 3 stellt hinsichtlich der übertragenen Verantwortung maßgebend auf deren Reichweite ab. Diese muss sich in personeller Hinsicht auch auf Fachärztinnen und in organisatorischer Hinsicht als Alleinverantwortung auf den gesamten betreffenden Bereich der Klinik oder Abteilung beziehen. Das ergibt sich aus der systematischen Stellung dieser Entgeltgruppe innerhalb der durch die Vergütungsordnung gestalteten Hierarchie der Entgeltgruppen.

48



(a) Die Tätigkeit als Ärztin ist grundsätzlich mit einer spezifischen Verantwortung verbunden, die nicht auf andere Personen übertragen werden kann und darf. Nach § 11 Abs. 1, § 2 Abs. 3 der Muster-Berufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte (*MBO-Ä 1997 idF vom 24. November 2006*) ist jede Ärztin im Rahmen der Berufsausübung verpflichtet, ihre Patienten gewissenhaft mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu versorgen sowie bei der Übernahme und Ausführung der Behandlung die gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst gewissenhaft auszuführen (*Teil C Nr. 2 der Grundsätze ärztlicher Berufsausübung*). Aus der Freiheit ärztlichen Handelns und der damit verbundenen selbständigen Verantwortung einer jeden Ärztin ergibt sich auch eine Begrenzung der Weisungsbefugnis, die sich selbst für eine Chefärztin in einer Klinik darauf beschränkt, den ihr unterstellten Ärztinnen bestimmte Tätigkeiten und Einzelaufgaben zur selbständigen Erledigung verbindlich zu übertragen (*MünchArbR/Richardi 3. Aufl. § 339 Rn. 20*).

49

(b) Aus der Struktur der Regelung in § 12 TV-Ärzte/TdL folgt, dass die den Oberärztinnen im Tarifsinne obliegende „medizinische“ Verantwortung über die allgemeine „ärztliche“ Verantwortung einer Assistenzärztin und einer Fachärztin deutlich hinausgeht. Dabei wird an die tatsächliche krankenhauserne Organisations- und Verantwortungsstruktur angeknüpft. Kliniken sind arbeitsteilig organisiert und weisen zahlreiche spezialisierte und fragmentierte Diagnose-, Behandlungs- und Pflegeabläufe mit einer abgestuften Verantwortungsstruktur der handelnden Personen auf (*vgl. Genzel in Laufs Handbuch des Arztrechts 3. Aufl. S. 281; Deutsch NJW 2000, 1745, 1746*). Dem entspricht die tarifliche Einordnung der medizinischen Verantwortung von Oberärztinnen, die in § 12 TV-Ärzte/TdL innerhalb der Struktur der Entgeltgruppen nach „unten“ und nach „oben“ in ein von den Tarifvertragsparteien als angemessen angesehenes Verhältnis gesetzt wird.

50

(aa) Aus der Unterordnung unter die leitende Ärztin und ihre ständige Vertreterin, die in die Entgeltgruppe Ä 4 eingruppiert ist, ergibt sich, dass die von einer Oberärztin wahrzunehmende Verantwortung keine Allein- oder Letzt-

51



verantwortung sein kann. Auch hier entspricht die tarifliche Regelung der krankenhausinternen Organisations- und Verantwortungsstruktur. Die medizinische Letztverantwortung liegt idR bei der leitenden Ärztin (*Chefärztin*) und ihrer ständigen Vertreterin, deren Weisungen die Oberärztin bei ihrer Tätigkeit regelmäßig unterliegt (*Wahlers PersV 2008, 204, 206; Bruns ArztRecht 2007, 60, 65*). Wie sich aus der Systematik von § 12 TV-Ärzte/TdL ergibt, kann dieser Umstand einer Eingruppierung als Oberärztin nicht entgegenstehen. Oberärztinnen haben insofern eine demgegenüber beschränkte ärztliche Führungsverantwortung und weitgehend selbständige Handlungsverantwortung (*Genzel in Laufs/Uhlenbruck Handbuch des Arztrechts 3. Aufl. § 90 Rn. 32*).

(bb) Auf der anderen Seite muss sich die Reichweite der Verantwortung aus derjenigen, die den Ärztinnen der unteren Entgeltgruppen Ä 1 und Ä 2 TV-Ärzte/TdL übertragen worden ist, deutlich herausheben. Der Oberärztin muss neben dem nichtärztlichen auch ärztliches Personal unterstellt sein. Nicht ausreichend ist dabei die Führungs- und Weisungsbefugnis gegenüber Assistenzärztinnen und Ärztinnen in der Weiterbildung. Die einer Oberärztin übertragene Verantwortung muss sich nach den Tätigkeitsmerkmalen der Entgeltgruppen Ä 2 und Ä 3 auch von der einer Fachärztin qualitativ unterscheiden. Bezugspunkt dieser gesteigerten Verantwortung ist die mit der Übertragung verbundene organisatorische Kompetenz, die sich in einer gesteigerten Aufsichts- und Weisungsbefugnis niederschlägt. Eine in die Entgeltgruppe Ä 2 eingruppierte Fachärztin übt ihre Aufsichts- und Weisungsbefugnis gegenüber den in ihrem Bereich tätigen Assistenzärztinnen und Ärztinnen in der Weiterbildung aus. Eine Steigerung des quantitativen und qualitativen Maßes dieser Verantwortung ist nur dann gegeben, wenn sich die Verantwortung der Oberärztin nicht nur auf die Assistenzärztinnen, sondern auch auf mindestens eine Fachärztin bezieht (*Wahlers PersV 2008, 204, 206*). Diese tarifliche Wertigkeit der Stellung und Tätigkeit einer Oberärztin findet in dem nicht unerheblichen Vergütungsabstand der Entgeltgruppe Ä 3 zu der Entgeltgruppe Ä 2 TV-Ärzte/TdL ihren Ausdruck. Die Tarifvertragsparteien haben für den ersten Tarifzeitraum mit der monatlichen Differenz von 1.100,00 Euro im Tarifgebiet Ost und 1.200,00 Euro im Tarifgebiet West deutlich gemacht, dass es sich bei

52

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



dem für die Eingruppierung zentralen Merkmal der übertragenen medizinischen Verantwortung um eine gewichtige Höherbewertung der Verantwortung der Oberärztin nach Entgeltgruppe Ä 3 gegenüber der Verantwortung der Fachärztin nach Entgeltgruppe Ä 2 handelt.

(c) Die Verantwortung für den jeweiligen Teil-/Funktionsbereich muss darüber hinaus aber auch ungeteilt bestehen. Sie betrifft nicht lediglich einzelne zu erfüllende Aufgaben oder Aufgabenbereiche. Vielmehr geht es um eine auf einen arbeitsteilig organisierten Bereich bezogene Leitungs- und Verantwortungsstruktur. Die medizinische Verantwortung für einen Teilbereich im Tarifsinne kann daher nicht bei mehreren Ärztinnen liegen, ohne dass es hier auf eine Unterscheidung von Teil- oder Funktionsbereichen der Klinik oder der Abteilung ankommt. Das ergibt sich aus dem von den Tarifvertragsparteien gewählten bestimmten Artikel „die“, mit dem eine einheitliche Verantwortung bezeichnet ist, die innerhalb des zugewiesenen Bereichs einheitlich und allein wahrzunehmen ist. Eine geteilte medizinische Verantwortung innerhalb der organisatorischen Einheit ist regelmäßig nicht ausreichend für eine Eingruppierung nach der Entgeltgruppe Ä 3 erste Fallgr. TV-Ärzte/TdL. Etwas anderes mag in Betracht kommen, wenn es um eine echte Arbeitsplatzteilung (*Jobsharing*) geht. Eine solche liegt jedoch nicht vor, wenn in einer organisatorischen Einheit mehrere Titularoberärztinnen tätig sind, die nur teil- oder zeitweise, etwa bei den Hintergrunddiensten, jeweils allein verantwortlich sind.

53

Aus der Protokollerklärung der Tarifvertragsparteien zur Entgeltgruppe Ä 4, wonach dieses Tätigkeitsmerkmal einer ständigen Vertreterin der Chefärztin innerhalb einer Klinik nur von einer Ärztin erfüllt werden kann, ist nicht zu folgern, eine entsprechende Bestimmung für die Oberärztin nach der Entgeltgruppe Ä 3 habe in Bezug auf den Teilbereich einer Klinik oder Abteilung damit ausgeschlossen werden sollen. In der Protokollerklärung zur Entgeltgruppe Ä 4 wird der dort verwendete Begriff der ständigen Vertretung erläutert und sodann aus dieser Erläuterung gefolgert, dass nur jeweils eine Ärztin für eine Klinik ständige Vertreterin sein könne. Das schließt nicht aus, dass eine sinngemäß

54



ähnliche Folgerung für die Oberärztinnen nach Entgeltgruppe Ä 3 für den Teilbereich einer Klinik oder Abteilung im Wege der Tarifauslegung aus dem Wortlaut der dort von den Tarifvertragsparteien bestimmten Entgeltgruppenbezeichnung entnommen wird. Die sich aus der konkreten Formulierung des Tätigkeitsmerkmals der Entgeltgruppe Ä 4 ergebende Unklarheit, der die Tarifvertragsparteien mit der Protokollerklärung abhelfen wollten, ist in der Entgeltgruppenbezeichnung Ä 3 nach dem oben Dargelegten nicht gegeben.

bb) Für die Annahme der Erfüllung dieses Tatbestandsmerkmals des ersten Tätigkeitsmerkmals der Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL hat das Landesarbeitsgericht keine hinreichenden Feststellungen getroffen. Die Klägerin beruft sich insoweit allgemein auf die Aufsichts- und Weisungsfunktion der Leiterin eines Arbeitsbereichs, wie sie sich aus der Funktionsordnung der KAI ergibt. Das reicht jedoch nicht aus, da von „der“ medizinischen Verantwortung nur gesprochen werden kann, wenn der Oberärztin mindestens eine Fachärztin unterstellt worden ist. Der Beklagte rügt insoweit zu Recht, dass der klägerische Vortrag unsubstantiiert ist. Die Klägerin hätte die Zahl und Funktion der ihr unterstellten Ärztinnen und Ärzte im Einzelnen darstellen müssen, um das Gericht in die Lage zu versetzen, die Erfüllung der Anforderungen des tariflichen Tätigkeitsmerkmals überprüfen zu können. Mit dem Vortrag, ihr seien zwei bis drei Fach- und Assistenzärzte unterstellt, ist die Klägerin ihren Darlegungsverpflichtungen nicht nachgekommen. Soweit sie in der Revisionserwiderung nunmehr die Namen von zwei Fachärztinnen genannt hat, die ihr im Arbeitsbereich 6 unterstellt gewesen seien, kann dieser Vortrag in der Revisionsinstanz nicht berücksichtigt werden.

55

Das Landesarbeitsgericht ist aus seiner Sicht davon ausgegangen, dass es hierauf nicht ankomme. Es hat sich jedenfalls in den Urteilsgründen zu dem genannten Kriterium nicht geäußert und gleichwohl die begehrte Feststellung ausgesprochen. Wäre das Landesarbeitsgericht von der hier dargelegten Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der „medizinischen Verantwortung“ ausgegangen, hätte es der Klägerin einen rechtlichen Hinweis erteilen müssen. Dies gebietet der Anspruch auf Gewährung rechtlichen Ge-

56



hört, insbesondere im Hinblick auf neue tarifliche Tätigkeitsmerkmale, die gemessen an der komplexen Wirklichkeit einen außerordentlich hohen Abstraktionsgrad aufweisen und dementsprechend einer intensiven Auslegung unterzogen werden müssen. Dies wird das Landesarbeitsgericht nachzuholen haben.

4. Ferner hat das Landesarbeitsgericht nicht berücksichtigt, dass ein Teil des Anspruchszeitraums für den Zahlungsanspruch und der Feststellungsanspruch insgesamt auf einen Zeitraum bezogen ist, in dem die Klägerin die vom Landesarbeitsgericht überprüfte Tätigkeit einer Leiterin des OP-Bereichs der HNO-Klinik nicht mehr ausgeübt hat.

57

Der Klägerin ist zum 1. Januar 2007 die Leitung des zu diesem Zeitpunkt noch nach der Funktionsordnung von 1998 bestimmten Arbeitsbereichs 2 („OP-Säle B 7 - 13 im OZL - Klinik für Chirurgie 1; Klinik für Neurochirurgie; Klinik für Orthopädie“) übertragen worden. Dabei unterstand nach der Funktionsordnung von 1998 jede dieser Kliniken einer gesonderten Leitung. Mit der Erfüllung der Anforderungen des Tätigkeitsmerkmals einer Oberärztin durch diese Tätigkeit hat sich das Landesarbeitsgericht nicht befasset. Dies war auch nicht etwa deshalb überflüssig, weil sich etwa aus der vorherigen Tätigkeit Gewissheit über die tarifliche Gleichwertigkeit der neuen Tätigkeit ergeben könnte. Die beiden eng miteinander verbundenen Anforderungen der medizinischen Verantwortung und des Teilbereichs einer Klinik sind anhand der konkreten Ausgestaltung der maßgebenden organisatorischen Einheit zu überprüfen. Hier können sich auch noch Abweichungen von der Bewertung des (früheren) einheitlichen Arbeitsbereichs 6 ergeben, weil der Arbeitsbereich 2 eine Zusammenfassung der Operationsbereiche dreier Kliniken ist, diese Operationsbereiche aber innerhalb des Arbeitsbereichs 2 jeweils mit einer eigenen Leitung ausgestattet werden, die nach der Funktionsordnung von Oberärztinnen wahrgenommen werden. Hier hat das Landesarbeitsgericht die erforderlichen Feststellungen zu treffen und das Ergebnis zu werten. Von Bedeutung kann in diesem Zusammenhang auch der zum 31. Dezember 2006 festgestellte Inhalt der arbeitsvertraglichen Verpflichtung der Klägerin sein (dazu unten unter 6 b).

58



5. Damit fehlt es auch für eine abschließende Stufenzuordnung der Klägerin an den notwendigen Feststellungen. Voraussetzung für die von ihr begehrte Zuordnung in die Stufe 3 der Entgeltgruppe Ä 3 wäre nicht nur die Feststellung, dass sie zu Beginn des Anspruchszeitraums (*hier: 1. Juli 2006*) eine tarifliche Oberärztinnentätigkeit verrichtete, sondern dass dies auch schon in den sechs Jahren davor der Fall war. Denn nach § 5 des Tarifvertrages zur Überleitung der Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken vom 30. Oktober 2006 (*TVÜ-Ärzte/TdL*) werden die bei der für die Stufenzuordnung maßgebenden Tätigkeitszeiten bei demselben Arbeitgeber auch für Zeiträume angerechnet, die vor Inkrafttreten des TV-Ärzte/TdL lagen, wenn in ihnen die entsprechenden Tätigkeitsmerkmale erfüllt worden wären.

59

Hierzu wird das Landesarbeitsgericht ebenfalls ergänzende Feststellungen treffen müssen, die mindestens die oben dargelegten zusätzlichen Tatsachen zum OP-Bereich der HNO-Klinik und Zahl und Funktion der der Klägerin dort unterstellten ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen umfassen. Eine Erfüllung der tariflichen Anforderungen müsste sich dann bis zum 1. Juli 2000 zurückverfolgen lassen.

60

6. Eine Zurückverweisung an das Landesarbeitsgericht ist auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Klage etwa aus anderen, vom Senat selbst zu entscheidenden Gründen entscheidungsreif wäre.

61

a) Die Klage ist nicht aus einem anderen Grund begründet. Als ein solcher käme allenfalls die Erfüllung des Tätigkeitsmerkmals der zweiten Fallgruppe der Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL in Betracht. Die Klägerin müsste dann in einer durch den Arbeitgeber übertragenen Spezialfunktion tätig sein, für die dieser eine erfolgreich abgeschlossene Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung gefordert hätte. Hierfür fehlt es an jeglichem Anhaltspunkt. Auch die Vorinstanzen und die Parteien ziehen dieses Tätigkeitsmerkmal nicht in Betracht.

62

b) Die Klage ist aber auch nicht aus anderen, vom Senat zu entscheidenden Gründen unbegründet. Dies käme vor allem in Betracht, wenn die

63



jeweilige Übertragung der Tätigkeiten, mit denen die medizinische Verantwortung für einen Teilbereich der Klinik auf die Ärztin erfolgt ist, nicht als vom Arbeitgeber selbst vorgenommen anzusehen wäre. Das ist aber nicht der Fall. Die möglicherweise tariflich bedeutsamen Zuweisungen von Funktionen und Tätigkeiten an die Klägerin muss sich der Beklagte zurechnen lassen.

aa) Nach dem Tätigkeitsmerkmal der ersten Fallgruppe der Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL muss die Übertragung der medizinischen Verantwortung durch den Arbeitgeber erfolgt sein. Diese Anforderung ist eine Klarstellung der Tarifvertragsparteien über die zivilrechtliche Zurechenbarkeit der entsprechenden Aufgabenzuweisung, die in der Vergangenheit wegen fehlender vergütungsrechtlicher Folgen häufig allein der Leiterin der Klinik im Rahmen ihrer Personalhoheit überlassen worden ist. Die Tarifvertragsparteien haben damit - jedenfalls für entsprechende Übertragungen einer medizinischen Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich einer Klinik oder Abteilung in der Vergangenheit - jedoch keine, von allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen abweichende besondere Anforderung an die Wirksamkeit von Willenserklärungen oder rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen aufgestellt.

64

(1) Die Tarifvertragsparteien haben durch die Anforderung, die Übertragung der medizinischen Verantwortung als Voraussetzung für die Eingruppierung als Oberärztin müsse durch den Arbeitgeber erfolgt sein, deutlich gemacht, dass diese Übertragung nicht im Wege einer bloßen Organisationsänderung oder gar einer isolierten Verleihung des Status einer Oberärztin durch die Klinikleitung ohne Übertragung einer dementsprechenden Aufgabe erfolgen konnte. Damit wollten sie erklärtermaßen darauf reagieren, dass in der Vergangenheit häufig innerhalb der Organisation des Klinikbereiches ohne Kenntnis oder Zustimmung des Klinikträgers der Titel einer Oberärztin verliehen worden ist, ohne dass dies irgendwelche vergütungsrechtlichen Folgen hatte. Nach der Rechtslage unter der Geltung des BAT war an die Übertragung des Titels oder Status einer Oberärztin keine Umgruppierung gebunden. Deshalb ist diese Praxis häufig von den Arbeitgebern auch geduldet worden. Allein an eine solche Verleihung des Status einer Oberärztin soll die nunmehr neu geregelte

65



Vergütungspflicht jedoch nicht gebunden sein. Diese Absicht der Tarifvertragsparteien des TV-Ärzte/TdL erschließt sich hinreichend deutlich aus der Niederschriftserklärung zu § 4 des Tarifvertrages zur Überleitung der Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken vom 30. Oktober 2006 (TVÜ-Ärzte/TdL):

„Die Tarifvertragsparteien gehen davon aus, dass Ärzte, die am 31. Oktober 2006 die Bezeichnung ‚Oberärztin/Oberarzt‘ führen, ohne die Voraussetzungen für eine Eingruppierung als Oberärztin beziehungsweise Oberarzt nach § 12 TV-Ärzte/TdL zu erfüllen, die Berechtigung zur Führung ihrer bisherigen Bezeichnung nicht verlieren. Eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe Ä 3 ist hiermit nicht verbunden. Die Tarifvertragsparteien werden im Frühjahr auf Verlangen des Marburger Bundes gemeinsam die ordnungsgemäße Überleitung in den TV-Ärzte/TdL prüfen. Die missbräuchliche Entziehung der Tätigkeit mit dem ausschließlichen Ziel, eine höhere Eingruppierung beziehungsweise eine Besitzstandszulage zu verhindern, ist nicht zulässig“ (ähnlich die Tarifvertragsparteien des TV-Ärzte/VKA zu dessen § 6 Abs. 2; vgl. dazu auch die detaillierten Darstellungen des „Wildwuchses“ bei Bruns, *Arztrecht* 2007, 60, 61, 67).

(2) Damit richtet sich nach § 12 TV-Ärzte/TdL die Eingruppierung bei den Ärztinnen allein nach der auszuübenden Tätigkeit. Maßgebend ist daher grundsätzlich nicht die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit, sondern das, was nach dem Arbeitsvertrag die geschuldete Arbeit ist (BAG 12. März 2008 - 4 AZR 67/07 - ZTR 2008, 604). Die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit kann allerdings für die Auslegung des Arbeitsvertrages, insbesondere hinsichtlich der genauen Bestimmung der vertraglich geschuldeten Tätigkeit vor allem dann von Bedeutung sein, wenn der schriftliche Arbeitsvertrag hierzu keine oder wenig Angaben enthält. Entscheidend ist letztlich jedoch die - wie auch immer bestimmte - vertraglich vereinbarte und geschuldete Tätigkeit. Auch in den vom Bundesarbeitsgericht bereits entschiedenen Fällen über die tarifliche Anforderung einer „ausdrücklichen“ Zuweisung oder Unterstellung einer bestimmten Anzahl von Mitarbeitern ist regelmäßig darauf abgestellt worden, dass der Arbeitsvertrag in diesen Fällen durch bloß organisatorische Maßnahmen oder verwaltungsinterne Anweisungen nicht geändert werden kann, sondern dafür eine darauf gerichtete Willenserklärung des Arbeitgebers erforderlich ist (vgl. zB für die Ein-

66



gruppierung eines Oberarztes nach dem BAT BAG 25. Oktober 1995 - 4 AZR 479/94 - AP BAT 1975 §§ 22, 23 Nr. 207; ebenso für einen Verwaltungsangestellten der VergGr. IIa BAT-O BAG 12. März 2008 - 4 AZR 67/07 - ZTR 2008, 604).

(3) Maßgeblich ist der auf diese Weise ermittelte Inhalt des Arbeitsverhältnisses bei Inkrafttreten des TV-Ärzte/TdL bezogen auf die Tätigkeitsmerkmale des § 12 TV-Ärzte/TdL. Die zu diesem Zeitpunkt bestehenden vertraglichen Verpflichtungen konnten durch den TV-Ärzte/TdL inhaltlich nicht dadurch abgeändert werden, dass nach allgemeinen zivilrechtlichen Kriterien vereinbarte Arbeits- und Beschäftigungsverpflichtungen aus dem Arbeitsvertrag gleichsam rückwirkend einer Art Formvorschrift unterzogen wurden und bei deren Nichtwahrung eine nachträgliche Unwirksamkeit als Rechtsfolge bestimmt wurde. Die Bedeutung des Erfordernisses der Übertragung „durch den Arbeitgeber“ nähert sich damit der deklaratorischen Funktion an, ähnlich wie dasjenige der ausdrücklichen Unterstellung einer bestimmten Anzahl von Mitarbeitern, wie die soeben zitierte Rechtsprechung belegt. Auch hier ist lediglich ein allgemeines Zurechnungsprinzip im Bereich des Rechts der Willenserklärungen noch einmal ausdrücklich betont worden.

67

(4) Daraus folgt, dass der Titel oder der Status einer Oberärztin, soweit er vor dem Inkrafttreten des TV-Ärzte/TdL verliehen worden ist, für sich genommen keine tarifliche Bedeutung hat. Eine Oberärztin kann sich daher auf den ihr verliehenen Status oder Titel im Eingruppierungsprozess nicht berufen. Ebenso ohne Bedeutung ist jedoch auch das Fehlen eines solchen Status oder Titels. Entscheidend ist allein die Übertragung der medizinischen Verantwortung für den tariflich näher bezeichneten Teil- oder Funktionsbereich.

68

(5) Ob eine vor dem Inkrafttreten der maßgebenden tariflichen Regelungen der Ärztin von der Klinikleitung übertragene medizinische Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich der Klinik oder Abteilung dem Arbeitgeber zuzurechnen ist, ist eine Frage des Einzelfalls. Der Inhalt des Arbeitsverhältnisses, insbesondere der Umfang der Arbeitsverpflichtung, die Grenzen des Direktionsrechtes und die Notwendigkeit einer Vertragsänderung auf der einen

69



Seite und die konkrete Organisation der Klinik durch den Arbeitgeber, insbesondere die Erkennbarkeit oder Bekanntmachung eventueller Beschränkungen der Personalhoheit der Klinikleitung auf der anderen Seite können nur anhand der konkreten Umstände beurteilt werden. Hierbei können folgende Faktoren von Bedeutung sein:

(a) Wenn die vor dem Inkrafttreten der maßgebenden tariflichen Regelungen erfolgte - dauerhafte - Übertragung der medizinischen Verantwortung durch die Zuweisung einer neuen Tätigkeit nach damaliger Rechtslage nicht mit einer Änderung des Arbeitsvertrages verbunden war, weil sie sich im Rahmen des Direktionsrechtes des Arbeitgebers hielt, ist sie wirksam erfolgt. Die Klinikleitung muss allgemein als befugt angesehen werden, für den Arbeitgeber das Direktionsrecht gegenüber dem Arbeitnehmer, also auch der Ärztin, wirksam auszuüben. Nach den herkömmlichen Eingruppierungsregelungen sind solche Zuweisungen neuer Tätigkeiten nur innerhalb einer Vergütungsgruppe möglich, wie sie seinerzeit in der Anlage 1a zum BAT geregelt waren. Maßstab für die Reichweite des Direktionsrechtes des Arbeitgebers, der in der Ausübung regelmäßig als durch die Klinikleitung wirksam vertreten angesehen werden muss, ist danach die vor dem Inkrafttreten des TV-Ärzte/TdL bestehende Tariflage. Nach dieser Rechtslage - und nicht nach der durch den TV-Ärzte/TdL geschaffenen - bemisst sich die Wirksamkeit der Verantwortungsübertragung durch die Klinikleitung. Die Ärztin, die aufgrund einer solchen Ausübung des Direktionsrechts am 1. Juli 2006 die medizinische Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich der Klinik oder Abteilung ausübte, war hierzu arbeitsvertraglich verpflichtet. Damit handelte es sich um die von ihr auszuübende Tätigkeit, die für die Eingruppierung in die Entgeltgruppen nach dem TV-Ärzte/TdL maßgeblich ist. Dass sich aufgrund des neuen Vergütungssystems dadurch für sie möglicherweise eine höhere Vergütung ergab und das Direktionsrecht des Arbeitgebers durch die Schaffung der neuen Tätigkeitsmerkmale eventuell eingeschränkt wurde, weil die nunmehr zutreffende Entgeltgruppe des neuen Vergütungssystems enger gefasst war als diejenige der früheren Vergütungsordnung, ist eine bloße Folge des neuen Tarifvertrages und

70

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



ändert nichts an der von der Klägerin arbeitsvertraglich auszuübenden und dementsprechend tariflich zu bewertenden Tätigkeit.

(b) Falls die vor dem 1. Juli 2006 erfolgte Übertragung der medizinischen Verantwortung durch die Zuweisung einer neuen Tätigkeit nicht im Rahmen des Direktionsrechtes nach den damaligen Kriterien möglich war, kann sie nur dann als zu diesem Zeitpunkt auszuübende Tätigkeit angesehen werden, wenn durch die Übertragung der Arbeitsvertrag entsprechend geändert worden ist.

71

(aa) Eine Zurechenbarkeit der entsprechenden Anordnung der Klinikleitung mit Wirkung für den Arbeitgeber wäre danach dann gegeben, wenn die Klinikleitung zu einer solchen Vertragsänderung ausdrücklich bevollmächtigt war. Behauptet der Arbeitnehmer im Eingruppierungsprozess eine solche Bevollmächtigung, ist er nach allgemeinen Grundsätzen hierfür darlegungs- und beweispflichtig.

72

(bb) Hatte die Klinikleitung keine entsprechende ausdrückliche Vollmacht, könnte die möglicherweise in der Zuweisung oder der Vereinbarung der neuen Tätigkeit liegende konkludente Vertragsänderung dem Arbeitgeber nach den Grundsätzen der Duldungs- und vor allem der Anscheinsvollmacht, nach der dem Vertretenen die mangelnde Sorgfalt und Nachlässigkeit in seinen eigenen Angelegenheiten angelastet werden kann, gleichwohl zuzurechnen sein. Die Kliniken sind arbeitsvertragsrechtlich keine Freiräume. Wenn Arbeitgeber, die die Kliniken nach Gutdünken organisieren können (so BAG 25. Februar 1987 - 4 AZR 217/86 - AP BAT § 24 Nr. 14), bestimmte leitende Mitarbeiter aus der objektivierbaren und berechtigten Sicht der Arbeitnehmer mit der Vertretungsmacht des Arbeitgebers ausstatten, so müssen sie sich das vertragsrechtlich zurechnen lassen. So hat der Zweite Senat des Bundesarbeitsgerichts zur Frage der Unterrichtung der Arbeitnehmer über eine Bevollmächtigung nach § 174 Satz 2 BGB entschieden, dass hierfür ausreicht, dass ein (leitender) Mitarbeiter in eine Stellung berufen wird, mit der zB das Kündigungsrecht regelmäßig verbunden ist (BAG 22. Januar 1998 - 2 AZR 267/97 - AP BGB § 174 Nr. 11 = EzA BGB § 174 Nr. 13).

73



Dem entspricht, dass eine Ärztin dann, wenn ihr von der Klinikleitung eine bestimmte Aufgabe übertragen wird, im Regelfall davon ausgehen darf und muss, dass die Klinikleitung hierzu vom Arbeitgeber befugt ist. Andernfalls würde ihr zugemutet, jeweils zu prüfen, ob es eine vom Arbeitgeber erlassene Zuständigkeitsvorschrift gibt und ob diese durch seinen Klinikleiter eingehalten worden ist. Die Ernennung zur Oberärztin allein war zwar vor der Geltung des TV-Ärzte/TdL tariflich ohne Bedeutung. Die Ärztin hätte dann jedoch jeweils prüfen und zutreffend beurteilen müssen, wie die ihr zugewiesene Tätigkeit nach den seinerzeitigen Kriterien der Anlage 1 zum BAT tariflich zu bewerten war, insbesondere ob es sich um eine Tätigkeit außerhalb der für sie maßgebenden vertraglichen Verpflichtung gehandelt hat, um zu entscheiden, ob sie zu dieser Tätigkeit möglicherweise nicht verpflichtet oder sogar nicht berechtigt war. War die auf diese Weise übertragene Tätigkeit tariflich höherwertig, kann der Arbeitgeber sich in der Regel jetzt nicht darauf berufen, dass die von ihm selbst geschaffene und jederzeit veränderbare Organisationsstruktur der Klinikleitung zwar umfassende Organisations- und weitgehende Personalbefugnisse zuweist, die arbeitsvertraglichen Folgen von deren Ausübung jedoch allein von der Verwaltung selbst gestaltet werden sollen. Der Senat hat am 28. Oktober 1970 darauf erkannt, überschreite der Leiter einer Beschäftigungsbehörde den durch Ministerialerlass gezogenen Rahmen seiner Zuständigkeit, indem er dem Arbeitnehmer einen tariflich höherwertigen Arbeitsplatz zuweise, so könne dem einzelnen Arbeitnehmer grundsätzlich nicht zugemutet werden, bei der Beurteilung der Wirksamkeit der Maßnahme klüger zu sein als der ihm vorgesetzte Leiter der Beschäftigungsbehörde; der Arbeitnehmer müsse sich grundsätzlich darauf verlassen, dass die Tätigkeit, die ihm - erforderlichenfalls mit seinem Einverständnis - vom Behördenleiter zugewiesen werde, die von ihm auszuübende Tätigkeit sei und tarifgerecht vergütet werden müsse (*BAG 28. Oktober 1970 - 4 AZR 481/69 - BAGE 23, 15, 16*). Dies gilt grundsätzlich auch für die Übertragung der medizinischen Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich einer Klinik oder Abteilung durch die Klinikleitung bzw. die Chefarztin.

(cc) Von besonderer Bedeutung kann in diesem Zusammenhang ferner sein, wie der Arbeitgeber nach dem 1. Juli 2006 auf die Organisations- und

74

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

75



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 30 -

Verantwortungsstruktur reagiert hat, die zu diesem Zeitpunkt bestand. Selbst wenn nach den oben dargestellten Grundsätzen die Übertragung einer medizinischen Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich einer Klinik oder Abteilung dem Arbeitgeber nicht zuzurechnen wäre, könnte er sich hierauf nicht berufen, wenn er die bisherige Zuordnung von Aufgaben trotz einer durch die Überleitung in das neue Tarifsysteem veranlassten Überprüfung - nach der Revisionsbegründung des Beklagten stand am 16. Juni 2006 bereits der endgültige Wortlaut des TV-Ärzte/TdL fest - unbeanstandet lässt. Das gilt auch, wenn er die Tätigkeit als solche weiter ausüben lässt, weil er der Auffassung ist, sie erfülle nicht das Tätigkeitsmerkmal der Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ärzte/TdL.

bb) Nach alledem ist die jeweils im Streit stehende Tätigkeit der Klägerin vom Arbeitgeber übertragen worden. 76

(1) Die Klägerin leitete unstreitig vom 17. Juni 1999 bis zum 31. Dezember 2006 den Arbeitsbereich 6 „OP-Bereiche der Klinik für HNO-Krankheiten“. Diese Tätigkeit ist ihr von dem damaligen Klinikdirektor Prof. Dr. O übertragen worden. Der Beklagte hat die daraufhin von der Klägerin erbrachte Arbeitsleistung zumindest mittelbar zur Kenntnis genommen, was bei einem derartigen Zeitraum möglicherweise schon ausreichen könnte. Immerhin muss ein Arbeitgeber, der eine Klinik für Anästhesiologie betreibt, davon ausgehen, dass diese in Arbeitsbereiche aufgeteilt ist, dass diese Arbeitsbereiche jeweils verantwortlich von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet werden und dass diese entsprechend zu vergüten sind. Wenn der Beklagte die Schaffung der dafür erforderlichen Organisationsstruktur seinem Chefarzt überlässt und sie über mindestens acht Jahre nicht zur Kenntnis nimmt, kann er sich im Nachhinein nicht darauf berufen, die konkrete Organisationsstruktur sei ihm nicht bekannt und er sei zur tariflichen Bewertung der auf ihrer Grundlage besetzten Leitungsfunktionen nicht verpflichtet, ohne zumindest vorzutragen, von welcher tatsächlichen Organisations- und entsprechender Personalstruktur aus welchen Gründen er selbst ausgegangen ist. Der Beklagte hat darüber hinaus nach einer Überprüfung der tariflichen Wertigkeit der Tätigkeit auch unter Maßgabe der neuen Tarifverträge im Jahre 2006 keine Beanstandungen hinsichtlich der 77



Leitung des Arbeitsbereiches der Anästhesie bei den HNO-Kliniken oder deren Besetzung mit der Klägerin erhoben. Damit hat er hinreichend zu erkennen gegeben, dass er diese Tätigkeit als vertragsgemäße entgegennimmt.

(2) Das gilt erst recht für die der Klägerin erst am 1. Januar 2007 übertragene Leitung des Arbeitsbereichs 2. Zwar ist auch diese Zuweisung vom Klinikdirektor ausgegangen. Dieser selbst hatte der Klägerin in einem Gespräch am 13. März 2007 mitgeteilt, sie sei nicht für eine Eingruppierung als Oberärztin vorgesehen, solle jedoch den Arbeitsbereich weiterhin leiten. Auch diese Erklärung muss sich der Beklagte zurechnen lassen. Er hat bereits vor dem Arbeitsgericht mit Schriftsatz vom 7. Juni 2007 diese Übertragung bestätigt, ebenso wie zuletzt in der Revisionsbegründung; streitig ist insoweit nur die tarifliche Bewertung der Tätigkeit, die die Klägerin nach Aktenlage nach wie vor ausübt. Sollte der Beklagte diese im Ergebnis tariflich falsch bewertet haben, führt dies nicht dazu, dass die Klägerin diese Tätigkeit tatsächlich gegen seinen Willen oder ohne sein Wissen ausübt.

78

(3) Unbeachtlich ist in diesem Zusammenhang die Erstellung eines neuen Organisations- und Funktionsplanes durch den Beklagten, den Mitarbeitern bekanntgegeben am 11. Mai 2007. Der Beklagte hat die Tätigkeit der Klägerin seit dem 1. Januar 2007 keinem Bereich dieser neuen Organisationsstruktur zugeordnet, so dass sie als Maßstab für eine mögliche Änderung der Verantwortungsübertragung nicht in Betracht gezogen werden kann, zumal sich der Beklagte hierauf auch nicht beruft.

79

Bepler

Winter

Creutzfeldt

Valentien

Redeker



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)

