JUS-Letter
März 2011 | Jahrgang 11 | Ausgabe 1

BDAktuell

In dieser Ausgabe:

Eingruppierung von anästhesiologischen Oberärzten nach TV-Ärzte/TdL 237

Chefarztvergütung: Keine Überleitung in den TV-Ärzte/VKA 239

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN

- Justitiare -
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg, Deutschland
Telefon: 0911 9337817
0911 9337827
Telefax: 0911 3938195
E-Mail: Justitiare@bda-ev.de
Internet: www.bda.de

Eingruppierung von anästhesiologischen Oberärzten nach TV-Ärzte/TdL

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat in mehreren Entscheidungen am 09.12.2009 die Eingruppierungsvoraussetzungen für Oberärzte nach den TV-Ärzte/VKA bzw. TV-Ärzte/TdL konkretisiert[1]. Eine Entscheidung betraf die Eingruppierung von Oberärzten in der Anästhesie im Bereich des TV-Ärzte/TdL (Urteil vom 9.12.2009, Az. 4 AZR 568/08).

Sachverhalt

In einer Uni-Klinik erließ der Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie (KAI) mit Wirkung zum 01.01. 1999 eine „Funktionsordnung". Diese gliedert die Aufgaben der Klinik in zehn Arbeitsbereiche, die jeweils unter der verantwortlichen Leitung eines Facharztes stehen. Die ärztliche Hierarchie ist dabei wie folgt wiedergegeben:

> *„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; ....*
>
> *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...."*

Im Juli 2004 bestellte der medizinische Vorstand des Universitätsklinikums und der Klinikdirektor der KAI die Klägerin formell zur Oberärztin der KAI. In der Ernennungsurkunde der Klägerin heißt es u.a.: „Die Pflichten und Rechte der Funktion ergeben sich aus der Klinikordnung der KAI". Der Klägerin wurde zunächst die Leitung für den OP-Bereich der HNO-Klinik, später die Leitung der chirurgischen Klinik/Traumatologie übertragen; beide operativen Kliniken waren in der Funktionsordnung als Arbeitsbereiche aufgeführt.

Nach Inkrafttreten des TV-Ärzte/TdL zum 1.11.2006 verweigerte die Uniklinik der Klägerin die Vergütung nach Entgeltgruppe Ä 3. Auf die Revision des Krankenhausträgers wurde das Urteil des Sächsischen Landesarbeitsgerichtes (LAG), das eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe Ä 3 bejahte, aufgehoben

1 s. Pressemitteilung Nr. 114/09 vom 9.12.2009 = www.bundesarbeitsgericht.de = BDAktuell Jusletter März 2010, nähere Informationen zu diversen Urteilen der Arbeits-/Landesarbeitsgerichte: BDAktuell Jusletter September 2008

und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LAG zurückverwiesen.

§ 12 TV-Ärzte/TdL
„Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung vom Arbeitgeber übertragen worden ist. …"

Der BAG-Entscheidung liegen folgende Erwägungen zugrunde.

Medizinische Verantwortung

Die Tarifvertragsparteien haben von einer ausdrücklichen Bestimmung dessen, was unter medizinischer Verantwortung im tariflichen Sinne zu verstehen ist, abgesehen.

Nach Ansicht des BAG muss sich die medizinische Verantwortung in personeller Hinsicht auch auf Fachärzte beziehen und in organisatorischer Hinsicht als Alleinverantwortung auf den gesamten betreffenden Bereich der Klinik oder Abteilung ausgestaltet sein.

Personeller Aspekt

Bei dem Merkmal der medizinischen Verantwortung handelt es sich um eine gewichtige Höherbewertung der Verantwortung des Oberarztes gegenüber der Verantwortung des Facharztes. Das ergibt sich nach Auffassung des BAG aus der systematischen Stellung dieser Entgeltgruppe Ä 3 innerhalb der durch die Vergütungsordnung gestalteten Hierarchien der Entgeltgruppen:

> *„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."*

Organisatorischer Aspekt

Das BAG fordert die Alleinverantwortung für den Teil-/Funktionsbereich, stellt aber klar, dass die medizinische Verantwortung nicht mit der Letztverantwortung gleichzusetzen ist, die weiterhin dem Chefarzt obliegt.

Notwendig ist die medizinische Verantwortung; eine rein organisatorische oder verwaltungstechnische Verantwortung ist nicht ausreichend, wobei medizinische Verantwortung nicht teilbar ist, wie das BAG deutlich hervorhebt:

> *„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. … Eine geteilte medizinische Verantwortung innerhalb der organisatorischen Einheit ist regelmäßig nicht ausreichend für eine Eingruppierung nach der Entgeltgruppe Ä 3 … 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."*

Medizinische Verantwortung

- Aufsichts- und – teilweise eingeschränktes – Weisungsrecht gegenüber medizinischem Personal
- dem Oberarzt muss mindestens ein Facharzt (Ä 2) unterstellt sein
- ungeteilte Alleinverantwortung für Teil-/Funktionsbereich (Letztentverantwortung bleibt beim Chefarzt)

NICHT AUSREICHEND ist hingegen

- nur organisatorische oder verwaltungstechnische Verantwortung
- nur teil- oder zeitweise Verantwortung (z.B. während Hintergrunddienste)
- die Unterstellung von nur nichtärztlichem Personal.

Teilbereich

Der Begriff des Teilbereichs ist tariflich neu und wird von den Tarifvertragsparteien nicht ausdrücklich näher bestimmt. Der Teilbereich ist kein Synonym für einen Funktionsbereich, sondern ein hiervon unabhängiges eigenständiges Tatbestandsmerkmal.

Die Auslegung des Begriffes ergibt nach Ansicht des BAG, dass

> *„ein Teilbereich einer Klinik oder Abteilung im tariflichen Sinne regelmäßig eine organisatorisch abgrenzbare Einheit innerhalb 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."*

Der Teilbereich einer Klinik/Abteilung ist unter organisatorischen Gesichtspunkten definiert und

> *„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."*

Organisatorisch abgrenzbare Einheit

Die organisatorische Verselbständigung wird nach Ansicht des BAG

> *"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. Erforderlich ist, dass die Einheit in diesem Sinne tatsächlich organisatorisch verselbständigt ist; es genügt dagegen nicht, dass aufgrund der Aufgabenstellung hierzu die Möglichkeit bestünde."*

Besonderheit: Anästhesie

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. Das BAG erkennt, dass

> *„bei einer Klinik für Anästhesiologie … jedoch aus medizinischen Gründen nicht zwingend und in jedem Fall (davon) ausgegangen werden (kann). Die Anästhesiologie kooperiert hauptsächlich mit den anderen medizinischen Fachgebieten; …. 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."*

Deshalb läßt es das BAG für die organisatorische Selbständigkeit 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 Teilbereiche erschließt sich aus den dort organisierten und der KAI zuzurechnenden medizinischen Dienstleistungen."*

Im Streitfall ging das BAG von einem Teilbereich aus, da die HNO-Abteilung nach Angaben der Klägerin organisatorisch-räumlich selbständig war.

Teil- oder Funktionsbereich

Funktionsbereich:

Medizinisch definiert, d.h. sie sind Untergliederungen eines Fachgebietes der Medizin, die wissenschaftlich anerkannte Spezialgebiete erfassen (z.B. Handchirurgie, die Neuroradiologie, die Elektroencephalographie und die Herzkatheterisierung) → s. Vergütungsordnung BAT

Teilbereich:

Eine organisatorisch abgrenzbare Einheit innerhalb der übergeordneten Einrichtung einer Klinik oder Abteilung, 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.

→ organisatorische Selbständigkeit bei einer Klinik für Anästhesiologie ist gegeben, „wenn die Funktionen der den anderen Fachgebieten zugeordneten Teilbereiche der Anästhesiologie in den jeweiligen Operationsbereichen der Fachgebiete einen festen Platz haben."

„vom Arbeitgeber übertragen"

Die medizinische Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich muss dem Oberarzt von dem Arbeitgeber übertragen worden sein. Die Tarifvertragsparteien haben nach Auffassung des BAG deutlich gemacht, dass „diese Übertragung nicht im Wege einer bloßen Organisationsänderung oder gar einer isolierten Verleihung des Status einer Oberärztin durch die Klinikleitung/den Chefarzt ohne Übertragung einer dementsprechenden Aufgabe erfolgen konnte." Die Eingruppierung richtet sich allein nach der – laut Arbeitsvertrag – auszuübenden Tätigkeit.

Wurde vor Inkrafttreten des Tarifvertrages dem Arzt von der Klinikleitung/dem Chefarzt die medizinische Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich übertragen, so muss sich der Arbeitgeber dies unter Umständen nach den Grundsätzen der Duldungs- und Anscheinsvollmacht zurechnen lassen. Das BAG führt aus:

> *„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.*

Keine Überleitung in den TV-Ärzte/VKA

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Den jahrelangen Streit, ob ein Chefarzt von der Vergütungsgruppe I BAT in die Entgeltgruppe IV TV-Ärzte/VKA überzuleiten ist, hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) zu Ungunsten der Chefärzte entschieden. Anders als fast alle Arbeitsgerichte / Landesarbeitsgerichte[2] verneint das BAG einen Überleitungsanspruch in den TV-Ärzte/VKA und hält eine Vergütung nach Entgeltgruppe 15 Ü TVöD für gerechtfertigt[3].

Bezugnahmeklausel → Vertragsauslegung

In dem vom BDA unterstützten Prozess[4] erhielt der Chefarzt eine Vergütung gemäß Vergütungsgruppe I BAT „in der jeweils geltenden Fassung". Des Weiteren

2 Nähere Infos: s. BDAktuell Jusletter vom März 2008, Dezember 2008, Juni 2009 = www.bda.de/03_2jusletter.htm

3 BAG, Urteile vom 09.06.2010, Az. 5 AZR 122/09 u. 5 AZR 637/09 u. 5 AZR 498/09 u. 5 AZR 696/09 u. 5 AZR 384/09 = www.bda.de/urteile/db/

4 BAG, Urteil vom 09.6.2010, Az. 5 AZR 122/09

existierte die vertragliche Vereinbarung: „Wird der BAT oder der maßgebende Vergütungstarifvertrag im Bereich der VKA durch einen anderen Tarifvertrag ersetzt, so tritt an die Stelle der Vergütungsgruppe I BAT die entsprechende Vergütungsgruppe des neuen Tarifvertrages unter Berücksichtigung etwaiger Überleitungsbestimmungen". Aufgrund dieser sog. „kleinen dynamischen Bezugnahmeklausel" geht das BAG davon aus, dass die Vertragspartner eine Dynamisierung des Gehaltes vereinbart haben. Folglich ist das Chefarztgehalt zumindest nicht auf den letzten Stand des BAT „einzufrieren". Welcher Tarifvertrag soll dann aber gelten? Sowohl der TVöD als auch der TV-Ärzte/VKA haben den BAT ersetzt. Die Tarifpluralität, die bei Vertragsabschluss nicht vorhersehbar war, ist durch sog. „ergänzende Vertragsauslegung" zu lösen.

TVöD statt BAT

Es ist zu fragen, nach welchem Tarif die Parteien ihre Vergütung gerichtet hätten, wenn sie bei Vertragsabschluss bedacht hätten, dass der BAT durch mehrere Tarifverträge ersetzt werden könnte. Maßstab sind dabei die „redlichen Vertragsparteien", was das Bundesarbeitsgericht zu folgender Interpretation veranlasst:

> *„Als redliche Vertragsparteien...hätten die Parteien dasjenige ersetzende Tarifwerk gewählt, das überhaupt eine Vergütungsgruppe enthält, die die im Arbeitsvertrag benannte „Vergütungsgruppe I des BAT" ersetzt oder ihr am nächsten kommt. Eine „Überleitung" bzw. „Ersetzung" der Vergütungsgruppe I der Vergütungsordnung zum BAT erfolgte nur durch die Entgeltgruppe 15 TVöD".*

Eine Überleitung in den TV-Ärzte/VKA oder zumindest in den TVöD-Besonderer Teil Krankenhäuser (TVöD-BT-K) verneint das BAG:

> *„Dagegen enthält der TV-Ärzte/VKA überhaupt keine der Vergütungsgruppe I der Vergütungsordnung zum BAT entsprechende Entgeltgruppe und hat zudem ein gegenüber dem früheren BAT vollständig neues Eingruppierungssystem für die von ihm erfassten Ärztinnen und Ärzte (also nicht für Chefärzte) geschaffen, §§ 16 ff. TV-Ärzte/VKA. Einer derartigen diskontinuierlichen Ersetzung ihrer Vergütungsabrede hätten redliche Vertragsparteien nicht den Vorzug gegenüber der mit einer Vergütung entsprechend Entgeltgruppe 15 Ü TVöD kontinuierlichen Entwicklung gegeben... . Es wäre keine angemessene Lösung, im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung die Vergütungsvereinbarung und die Vergütung der Parteien auf ein „neues System" umzustellen, wenn ein die Kontinuität der bisherigen Vergütungsabrede wahrendes Vergütungssystem zur Verfügung steht."*

Kein Anspruch auf „Abstandsgebot"

Auch wenn diese Vertragsauslegung dazu führt, dass der Chefarzt weniger verdient als sein leitender Oberarzt, ist dies nach Auffassung des BAG irrelevant:

> *„Eine Vergütung entsprechend dem TV-Ärzte/VKA hätten die Parteien nach Treu und Glauben als redliche Vertragsparteien auch nicht deshalb vereinbaren müssen, weil Chefärzte stets mehr verdienen müssten, als ihr in Entgeltgruppe IV TV-Ärzte/VKA eingruppierter ständige Vertreter.*
>
> *Einen allgemeinen Grundsatz, ein Vorgesetzter sei stets höher zu vergüten als seine ihm unterstellten Mitarbeiter, gibt es im Arbeitsrecht ebenso wenig wie ein „Abstandsgebot"... Überdies erzielt ein Chefarzt aufgrund der Einräumung des Liquidationsrechtes als variablen weiteren Vergütungsbestandteil neben der Festvergütung in der Regel ein höheres Einkommen als die ihm unterstellten Ärzte."*

Praktische Konsequenzen

Der Chefarzt ist somit der einzige Arzt im Krankenhaus, dessen Vergütung sich nicht nach den für Ärzte geltenden Tarifverträgen richtet. Die Argumentation des BAG vermag nicht zu überzeugen- und wurde im juristischen Schriftum schon vielfach kritisiert. Gleichwohl sind die höchstrichterlichen Entscheidungen bindend.

Die rechtskräftigen Urteile der Arbeitsgerichte/Landesarbeitsgerichte haben weiterhin Gültigkeit und werden nicht durch die Auffassung des BAG „gekippt".

Gleiches gilt für Chefärzte, die in die Vergütungsgruppe IV TV-Ärzte/VKA übergeleitet worden sind oder sich mit ihren Arbeitgebern einvernehmlich geeinigt haben, es sei denn, die Überleitung/Einigung erfolgte unter Vorbehalt; hier ist der Wortlaut der einzelvertraglichen Vereinbarung entscheidend.

Sonderfall: BAT-KF und AVR-Caritas?

Sowohl in den BAT-KF als auch in den AVR-Caritas sind zwischenzeitlich ärztespezifische Vergütungsregelungen eingefügt worden (TV-Ärzte-KF als Anl. 6 BAT-KF bzw. Anl. 30 AVR-Caritas). Diese Regelungen haben den BAT-KF bzw. die AVR nicht ersetzt, sondern ergänzt. Demzufolge wird man obige Ausführungen des BAG auf diese Fallkonstellation nicht übertragen können. So hat das Landesarbeitsgericht Hamm in dem Urteil vom 22.01.2009 einen Überleitungsanspruch des Chefarztes in die Entgeltgruppe Ä4 des TV-Ärzte-KF bejaht (-nicht rechtskräftig-, Az. 16 Sa 1079/08). Mit einer Entscheidung des BAG ist dieses Jahr zu rechnen; diese Entscheidung könnte auf die AVR-Caritas analog angewendet werden.

Chefärzte, deren Vergütung sich nach den BAT-KF bzw. AVR-Caritas richtet, sollten ihre Ansprüche schriftlich gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen, um etwaige tarifliche Ausschlussfristen zu wahren[5].

Surftipp: BDAktuell JUS-Letter

Alle bisher erschienenen BDAktuell JUS-Letter sind auf der BDA-Homepage abrufbar. In einem alphabethischen Stichwortverzeichnis (Themenindex) kann gezielt nach einzelnen Themen in allen Jahrgängen gesucht werden.

Einfach mal reinklicken: www.bda.de/03_2jusletter.htm

5 Nähere Infos zur Ausschluss- und Verjährungsfrist: BDAktuell Jusletter Juni 2009 = Anästh Intensivmed 6/2009, S. 409 f.