Stellungnahme des Marburger Bund-Bundesverbandes

Grünbuch

„Arbeiten 4.0“

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 27. November 2015

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung 1
II. Standortbestimmung des Gesundheitssektors 2
III. Digitalisierung 3
1. Arbeitszeit und individueller Lebensrhythmus 4
2. Gerechte Löhne und soziale Marktwirtschaft 6
3. Spezifische Arbeitsbedingungen im digitalen Wandel 7
4. Beschäftigten- und Patientendatenschutz im Kontext digitaler Ökonomie 8

I. Einleitung

Der Marburger Bund empfindet die mit dem Grünbuch „Arbeiten 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales begonnene Initiative als positiv. Der Bedarf für einen breiten gesellschaftlichen Dialog zur Zukunft der Arbeit, und insbesondere der Arbeitsbedingungen, ist erheblich. Zahlreiche Entwicklungen auf diesem Gebiet stellen sich rückblickend als nachteilig für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und insgesamt für die Erwerbstätigen dar. Als Berufsverband und Gewerkschaft versteht sich der Marburger Bund gleichwohl nicht nur als Akteur innerhalb des faktischen und politischen Rahmens, sondern auch als sozialer Gestalter desselben. Wir begrüßen daher ausdrücklich die Gelegenheit, die Vorstellungen unserer Mitglieder in diesen Dialogprozess mit einzubringen und verknüpfen damit zugleich die Hoffnung – und Erwartung –, an der Ausgestaltung zukünftiger Maximen politischen Handelns im Hinblick auf die Arbeitsbeziehungen zum Wohle der Menschen in Deutschland mitzuwirken.

Der Marburger Bund ist die berufspolitische und gewerkschaftliche Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Wir vertreten über 117.000 Mitglieder, die in Krankenhäusern unterschiedlichster Trägerschaft, im öffentlichen Dienst, in den Trägern der Sozialversicherungen und in der ambulanten Patientenversorgung tätig sind. Dem ärztlichen Ethos folgend, liegt dabei der Focus des Marburger Bundes immer auch auf den Interessen der Patientinnen und Patienten, zu deren Wohl sich unsere Mitglieder zuvörderst verpflichtet sehen.

Bereits seit den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts gestaltet der Marburger Bund als Tarifvertragspartei – seit dem Jahr 2005 bundesweit alleinverantwortlich handelnd – die Arbeits- und Entgeltbedingungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte als einzige tariffähige Ärzteorganisation Deutschlands. Die primäre Ausrichtung unserer Mitglieder auf das Patientenwohl prädestiniert den Marburger Bund gleichsam für die aktive Beteiligung an der Gestaltung des sozial- und gesundheitspolitischen Rahmens zur Erfüllung dieser Zielsetzung. Als Gewerkschaft sehen wir dabei die Schaffung und Gestaltung von verbindlichen Arbeits- und Entgeltbedingungen als wichtige Aufgabe zur Zielerreichung an.

Der Marburger Bund sieht sich als sektoraler Sozialpartner und gewerkschaftlicher Akteur aber auch in der Verantwortung, bestimmte Grundannahmen, die in diesem Grünbuch getroffen wurden, einer kritischen Würdigung zu unterziehen. Es ist die feste Überzeugung des Verbandes und seiner Mitglieder, dass die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zuallererst den Menschen – Beschäftigten wie Patienten – und erst in zweiter Linie der Gestaltung eines prosperierenden Geschäftsfeldes für unternehmerische Interessen zu dienen hat. Wir stellen fest, dass die methodische Gestaltung des Grünbuches und seine Beschäftigung mit zahlreichen Themenkomplexen offenbar einer diametral entgegengesetzten Herangehensweise entsprechen.

So entsteht vielfach der Eindruck, dass bestimmte sozial- und arbeitsmarktpolitische Entwicklungen als Reaktion auf eine (auch) durch technologischen Wandel bedingte Marktrealität erfolgen und auch zukünftig erfolgen sollen. Die veränderten technologischen Rahmenbedingungen, und die sich hieraus ergebenden unternehmerischen Möglichkeiten, werden vielfach als gegeben, unabänderlich und im Ergebnis zumindest begrüßenswert bewertet.

Demgegenüber werden Aspekte des Beschäftigtenschutzes in erster Linie als Reaktion hierauf verstanden. Aus Sicht des Marburger Bundes hat insbesondere – aber nicht nur – im Gesundheitssektor eine Orientierung an anderen Maßstäben zu erfolgen. Ausgangspunkt jeder Betrachtung des Gesundheitssektors sollte seine Leistungsfähigkeit und Verlässlichkeit im Hinblick auf seinen Versorgungsauftrag sein. Weder Renditeerwartungen kommerzieller Anbieter noch Autoritätsvorgaben der Kostenträger sind taugliche Determinanten für ein qualitativ hochwertiges, verlässliches und patientenorientiertes Gesundheitswesen. Bei einer notwendigen konsequenten Orientierung am und auf das Patientenwohl darf – auch und gerade in Anbetracht des technologischen Fortschritts – nicht außer Betracht bleiben, dass menschliche Leistungserbringer in Medizin-, Pflege- und Funktionsdiensten integraler Bestandteil und maßgeblicher Faktor für die Erreichung der genannten Ziele sind. Die Erhaltung der Gesundheit dieser Leistungserbringer – psychisch wie physisch – durch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist daher nicht nur sozialpolitisch wünschenswert, sondern zwingende Notwendigkeit im Hinblick auf die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Der Marburger Bund hält es daher für angebracht, die proaktive, nachhaltige Gestaltung von gesunden Arbeitsbedingungen in den Fokus der Betrachtung zu rücken.

II. Standortbestimmung des Gesundheitssektors

Die Liberalisierung des Gesundheitssektors und die Schaffung eines Marktes für Gesundheitsdienstleistungen haben in den vergangenen Jahren zu enormen Herausforderungen für alle Akteure in diesem Bereich geführt. Ob sich durch die Liberalisierung des Gesundheitswesens tatsächlich ein ökonomischerer Umgang mit den Ressourcen für die Gesundheitsversorgung ergeben hat oder ob und gegebenenfalls in welchem Maße die Qualität der Patientenversorgung von diesen Entwicklungen profitieren konnte, ist Gegenstand zahlreicher Kontroversen und soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

Unstreitig hat die Ökonomisierung des Gesundheitssektors jedoch dazu geführt, dass Beschäftigte vielfach nicht ausschließlich unter dem Primat der bestmöglichen medizinischen Versorgung arbeiten, sondern zunehmend gehalten sind, ökonomische Vorgaben und Effizienzerwägungen bei der Verrichtung ihrer Tätigkeiten zu berücksichtigen. Insbesondere im Bereich der stationären Versorgung erleben Ärztinnen und Ärzte, aber auch Angehörige anderer patientennaher Berufsgruppen, die Folgen einer zumindest in starkem Maße an vermeintlichen wirtschaftlichen Erfordernissen ausgerichteten Finanzierung medizinischer Leis-

tungen. Die Beschäftigten sind dabei nicht nur mit unmittelbar geäußerten Erwartungen der jeweiligen Träger konfrontiert, sondern bekommen mittelbar auch die Folgen einer Verknappung und Limitierung der finanziellen Ressourcen zu spüren; Personaleinsparungen – insbesondere im Bereich der Pflege –, fehlende Zeit für kommunikative Zuwendungen jenseits konkreter Therapieschritte, die zunehmende Ausrichtung von stationären Einrichtungen auch unter dem Gesichtspunkt der Abrechenbarkeit medizinischer Leistungen. Insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt befinden, kann zudem eine signifikante Zunahme an überobligatorischer Leistungserbringung ohne entsprechende Kompensation beobachtet werden. Diese Veränderung der klinischen Arbeitswelt ist nicht ohne Folge für die Beschäftigten. 59 Prozent der Klinikärzte fühlen sich durch ihre Tätigkeit häufig psychisch belastet, gar 72 Prozent eint das Gefühl, durch die Gestaltung ihrer Arbeit in ihrer Gesundheit beeinträchtigt zu sein, über zwei Drittel sehen ihr Privat- beziehungsweise Familienleben durch die berufliche Inanspruchnahme gefährdet.[1]

III. Digitalisierung

Die Digitalisierung der Arbeitswelt ist seit Jahren ein Faktum. Sie erfasst alle Beschäftigungssektoren. Der Anspruch des Gesetzgebers, diese Entwicklung zu begleiten und wo nötig korrigierend einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Rahmen dieser Diskussion sollen und dürfen aber grundlegende Definitionen nicht in Frage gestellt oder gar beseitigt werden. Soweit das Arbeitsministerium hier selbst ein „Neues Normalarbeitsverhältnis“ (S. 22) entwickeln will, müssen die bisherigen auch und gerade von den Sozialpartnern entwickelten und teilweise von den Beschäftigten nach harten Auseinandersetzungen erstrittenen „Rahmenbedingungen“ nicht einer allumfassenden „Flexibilität“ geopfert werden. Das gilt erst recht dann, wenn das Arbeitsministerium ein „Neues Leitbild von Arbeit“ proklamiert.

Das Potential der Digitalisierung kann und darf nicht einseitig positiv gesehen werden. Sie birgt – wie bei allen Umwälzungen/Neuentwicklungen sozialer Systeme – gleichzeitig Chancen und Risiken. Die Risiken müssen objektiv benannt werden können, ohne dass man sich Rückwärtsgewandtheit vorwerfen lassen muss. Schließlich darf die Digitalisierung auch nicht als Einbahnstraße zu Lasten der Beschäftigten gesehen werden. Die Neuentwicklung der Arbeitswelt muss auch dazu genutzt werden, die Beschäftigungsbedingungen konsequent zu verbessern.

Die Chancen und Risiken der Digitalisierung der Arbeitswelt müssen branchenspezifisch betrachtet und verstanden werden. Die nachfolgenden Fragen und Antworten, denen sich der Marburger Bund nähert, sind nicht abschließend, sondern stellen einige Bereiche der krankenhaus- und arztspezifischen Beschäftigungsbedingungen einer digitalisierten Arbeits-

[1] Quelle: MB-Monitor 2015; Arbeitsbelastung im Krankenhaus. Ergebnisse abrufbar unter: http://www.marburger-bund.de/projekte/mitgliederbefragung.

welt in den Fokus. Der Marburger Bund erhebt für sich den Anspruch, dass diese und weitere Fragen im Wege von tarifvertraglichen Vorschriften geregelt werden müssen, um so ein hohes Maß an rechtlicher Verlässlichkeit zu gewährleisten. Unsere Tarifverträge zeigen, dass sie auf die berufs- und branchenspezifische Bedürfnisse eingehen und so ein bereits hohes Maß für die im Krankenhausbereich notwendige Flexibilität rechtssicher gestalten.

1. Arbeitszeit und individueller Lebensrhythmus

Die Arbeitszeit ist mehr als nur ein „Taktgeber im Leben“ (S. 48). Sie ist der zentrale Bezugspunkt und Richtwert für die Organisation des sozialen Lebens der Beschäftigten. Um die eigene Arbeitszeit herum wird die Familie, die Kinderbetreuung oder die eigene Freizeit organisiert. Die Planbarkeit und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitszeit ist für die Ärztinnen und Ärzte von maßgeblicher Bedeutung.

Es ist nicht neu, dass Unternehmen veränderte Zeitbedarfe gegenüber ihren Beschäftigten haben. Die Digitalisierung wirkt hier – wenn überhaupt – als Katalysator. Das BMAS stellt hier richtig fest: „Für viele Beschäftigte bedeutet flexibler zu arbeiten nicht, dass sie mehr Gestaltungsspielraum gewinnen, sondern dass ihre Arbeitszeit und ihre Freizeit weniger planbar wird und sie auch außerhalb geregelter Arbeitszeit erreichbar sein müssen.“ (S. 49). Dort, wo abstrakt-generelle Regelungen eines Gesetzes in der Praxis nicht ausreichend verfangen, ist es zwingend angezeigt, im Rahmen der gesetzlichen Regelungen konkret-individualisierte Regelungen für die spezifische Tätigkeit im Wege eines Tarifvertrages umzusetzen und durch die Sozialpartner wechselseitig zu kontrollieren. Diese gesetzlichen und tarifvertraglichen Schutznormen dürfen keinesfalls bei der Digitalisierung der Arbeitswelt als quasi Kollateralschaden in Frage gestellt werden. Der Marburger Bund teilt ausdrücklich nicht die Auffassung des BMAS, wonach „die gewachsenen Schutzmechanismen des Rechts in vollem Umfang auch für die digitale Arbeit gelten sollten (S. 65). Wir wollen berufsspezifische, bedarfsgerechte tarifliche Regelungen, die die jeweiligen Interessen und Bedürfnisse der Sozial- und Betriebsparteien zu einem nachhaltigen Ausgleich bringen. Tendenzen, die Eckpfeiler des Beschäftigtenschutzes in Frage zu stellen oder in Anbetracht eines als wünschenswert empfundenen technologischen Fortschritts zu relativieren, lehnt der Marburger Bund hingegen ab.

Die Praxis zeigt, dass der Fantasie der Arbeitgeber in der Entwicklung neuer Personaleinsatzpläne kaum Grenzen gesetzt sind. Ziel der neuen Dienstformen ist es, die Beschäftigten nur dann einzusetzen und bezahlen zu müssen, wenn ein konkreter und planbarer Arbeitsanfall besteht. Über diese sogenannten „Standby-Dienste“, „Flexi-Dienste“ etc. wird das klassische Unternehmerrisiko zunehmend auf die Beschäftigten abgewälzt. Beim Marburger Bund verstärkt sich zudem der Eindruck, dass dabei selbst zwingende gesetzliche Vorgaben wie das Arbeitszeitgesetz, arbeitgeberseitig vereinzelt mehr als Handlungsempfehlung, denn als gesetzliche Handlungspflicht empfunden werden. Noch immer arbeiten in Kliniken ange-

stellte Ärztinnen und Ärzte weit außerhalb der zwingenden Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes, obschon die rechtlichen Voraussetzungen für etwaige Verlängerungsmöglichkeiten der jeweiligen Arbeitszeiten nicht vorliegen. Die Folgen sind nicht nur hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit deutlich wahrnehmbar. Sie führen auch zur gesundheitlichen Beeinträchtigung der Beschäftigten, einer zunehmend als perspektivlos empfundenen Tätigkeit im Krankenhaus und wegen des klar geäußerten beruflichen Umorientierungswillens mittelfristig zu einem erheblichen Versorgungsengpass.[2]

Technologie und Digitalisierung können hingegen wertvolle Hilfsmittel bei der objektiven Erfassung, manipulationsfreien Dokumentation sowie Überwachung und Gestaltung von Arbeitszeitregelungen sein. Entsprechende Systeme können bereits heute dazu genutzt werden, in jedweder Einrichtung eine Vielzahl unterschiedlicher Dienstmodelle parallel zu betreiben und Arbeitszeiten objektiv und frei von verfälschender Einflussnahme zu erfassen. Sie tragen somit Flexibilitäts- und Verbindlichkeitserfordernissen eines vollschichtigen Krankenhausbetriebes ebenso Rechnung, wie dem Interesse der Beschäftigten an einem nachhaltigen und regelkonformen Umgang mit ihrer Arbeits- und Lebenszeit. Den Gesetzgeber trifft an dieser Stelle die Verantwortung, den verpflichtenden gesetzlichen Rahmen für einen flächendeckenden ehrlichen Umgang mit der Arbeitszeit der Beschäftigten zu setzen. Tendenziell richtige Dokumentationspflichten, wie etwa aus dem Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns (Mindestlohngesetz - MiLoG), sollten daher in der Erkenntnis der Notwendigkeit eines nachhaltigen Umganges mit Arbeitszeit flächendeckend implementiert werden.

Der Betrieb eines Krankenhauses unterscheidet sich auch im Hinblick auf die konkrete Notwendigkeit, zu jeder Zeit vollumfänglich (im Rahmen des jeweiligen Versorgungsauftrages) die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Zu diesem Zweck muss Personal in ausreichender Anzahl – unabhängig von konkretem Arbeitsanfall – vorgehalten werden, zumindest jedoch verfügbar sein. Dieser Bedarf muss aber mit den Bedürfnissen der Beschäftigten nach planbaren Arbeitszeiten und verbindlicher Freizeit in Übereinstimmung gebracht werden. Besondere Herausforderungen sind im Hinblick auf das Krankenhauspersonal an verschiedenen Stellen auszumachen. So verändert sich sowohl die geschlechtliche Zusammensetzung der Belegschaften zunehmend, wie auch die angestellte ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus in stärkerem Maße als Lebensarbeitsplatz wahrgenommen wird. Vom Arbeitgeber eingeforderte Flexibilität muss mit einem hohen Maß an Verbindlichkeit hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung einhergehen.

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen können sich nicht in der eventuell trägerseitig vorgesehenen Möglichkeit zur Kinderbetreuung erschöpfen. Beschäftigte erwarten – zu Recht – Freiräume von der Arbeit, sei es zur Pflege des Familienlebens oder zur Teilhabe am sozialen Leben. Die Schaffung und Sicherung dieser von Arbeit generell freizuhaltenden Räume

[2] MB-Monitor 2015; a.a.O.

ist nicht etwa nur aus Arbeitnehmersicht wünschenswert, sie ist im Hinblick auf die Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten und damit letztlich für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung unabdingbare Notwendigkeit.

2. Gerechte Löhne und soziale Marktwirtschaft

Das BMAS konstatiert (ab Seite 54) eine rückläufige Tarifbindung und eine schwindende Bindungskraft der Gewerkschaften. Diese Aussage ist in ihrer Pauschalität zumindest für den Gesundheitsbereich unzutreffend. Der hieraus abgeleitete Auftrag, die Tarifautonomie zu stärken, wird aus Sicht des Marburger Bundes durch verschiedene Gesetzgebungsvorhaben nachgerade konterkariert. Als besonders drastisches Beispiel sei an dieser Stelle lediglich auf das Tarifeinheitsgesetz verwiesen. Dieses führt eben gerade nicht zu einer Stärkung von Tarifautonomie, sondern beseitigt bewährte Tarifpartnerschaften und die von den jeweiligen Sozialpartnern autonom als erstrebenswert betrachteten spezifischen Tarifstrukturen. Damit werden notwendige branchen- und berufsspezifische Lösungen, welche innerhalb ihres jeweiligen Geltungs- und Wirkungsbereiches erhebliches Befriedungspotential besitzen, signifikant erschwert. Autonome tarifliche Interessenvertretung erlaubt die Vereinbarung zukunftsfähiger Regelungsmechanismen, die – wie die gegenläufig zum vom BMAS beschriebenen Trend verlaufende mitgliedschaftliche Entwicklung entsprechender Arbeitnehmervertretungen zeigt – maßgeschneiderte und den jeweiligen Bedürfnissen entsprechende Regelungen gestattet. Diese erzeugen einen hohen Grad an Tarifbindung und -qualität sowie beiderseitige Akzeptanz der so gefundenen Arbeitsbedingungen. Durch die Mechanismen des Tarifeinheitsgesetz wird, neben der Produktion erheblicher (Rechts-)Unsicherheit, an die Stelle bewährter, spezifischer und von einer durchgängig hohen Bindungswirkung gekennzeichneter Sozialpartnerschaft ein Regelungsregime gesetzt, welches – auch nach den Feststellungen des BMAS – bereits nicht geeignet war, gesellschaftlichen und sozialen Erosionen adäquat zu begegnen, geschweige denn angesichts der im Grünbuch geschilderten Herausforderungen zu bestehen.

Wegen seiner notwendigen Orientierung an der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und der sich damit grundlegend von Zielsetzungen in anderen Branchen unterscheidenden Ausrichtung, bedürfen aber gerade die Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich einer spezifischen Betrachtung und bedarfsgerechten tariflichen Regelungen.

3. Spezifische Arbeitsbedingungen im digitalen Wandel

Die Beschäftigungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten weichen von je her von den Beschäftigungsbedingungen anderer Arbeitnehmer ab. Das gilt auch und gerade für die Sonderformen der Arbeit wie Rufbereitschaft, Bereitschaftsdienst etc. Hier sind für deren notwendigen Geld- und/oder Freizeitausgleich spezifische Lösungen für Ärztinnen und Ärzte in den Tarifverträgen definiert und fortlaufend angepasst worden.

Ärztinnen und Ärzte sahen sich schon frühzeitiger mit einer Entgrenzung des räumlichen und zeitlichen „Settings“ (S. 65) der Arbeit konfrontiert, als andere Berufsgruppen. Als ein Beispiel sei hierzu die Rufbereitschaft genannt. Diese Dienstform hat durch die Digitalisierung eine andere Belastungsintensität erfahren. Während früher der im Hintergrund tätige Arzt telefonisch konsultiert wurde und nur im Bedarfsfall die Arbeit in der Klinik aufzunehmen hatte, ermöglichen es moderne digitalisierte Medien, ganze Befunde an den sich in der Regel zu Hause Befindenden zu übersenden, mit der Erwartung einer entsprechenden Bearbeitung. Als Reaktion hierauf konnte der Marburger Bund in seinen arztspezifischen Tarifverträgen diese veränderten Realitäten entsprechend abbilden und so den spezifischen Belangen dieser Dienstform Rechnung tragen.

Neben der räumlichen und zeitlichen Entgrenzung beobachtet der Marburger Bund in der Praxis auch eine Entgrenzung von Ausnahme und Regel der Arbeitspflichten für Beschäftigte. Dort, wo nicht transparent und nachvollziehbar (tarifvertraglich) geregelt ist, welche Leistung ein Beschäftigter dem Arbeitgeber schuldet, sind dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet. Es muss klar sein, ob beispielsweise eine E-Mail von einem Beschäftigten auf seinem Weg von der Arbeitsstelle nach Hause beantwortet werden muss oder nicht. Und wenn sie beantwortet werden muss, ist die dafür aufgewendete Zeit selbstverständlich als Arbeitszeit zu bewerten und zu vergüten. Vor diesem Hintergrund ist die vom BMAS aufgeworfene Frage, ob Grundbegriffe des Arbeitsrechts auch in der digitalen Arbeitswelt greifen (S. 67), für den Marburger Bund nicht nachvollziehbar. Gleiches gilt für den offensichtlich nur schwach ausgeprägten Gestaltungswillen des BMAS, wenn es heißt: „Die gewachsenen Schutzmechanismen des Rechts sollten in vollem Umfang auch für die digitale Arbeit gelten.“ (S. 65) Im Gegenteil: Entgrenzungstendenzen machen es umso zwingender, dass es klare und rechtssichere Begrifflichkeiten gibt. Wenn der Gesetzgeber dazu nicht willens oder in der Lage ist, dann muss er diese Kompetenzen auf die Sozialpartner übertragen.

Wenn das BMAS die Frage aufwirft, wie wir in der Arbeitswelt der Zukunft arbeiten werden und daran sein gesetzgeberisches Handeln ausrichten will, stellt sich die Frage der völligen Neu- oder Umgestaltung eines gesetzlichen Rahmens nur dann, wenn die Digitalisierung zu einer wirklichen neuen Beschäftigungs- und Arbeitsstruktur geführt hat oder führen wird. Das ist aus Sicht des Marburger Bundes im Krankenhausbereich nicht erkennbar. Im Zentrum ärztlichen Handelns steht nach wie vor der Mensch. Er soll im Krankenhaus die bestmögliche Diagnose und Therapie seiner Krankheit erhalten. Die Digitalisierung hat die Arbeitsabläufe und Arbeitsmittel verändert. Strukturell und organisatorisch hat der Betrieb eines Kran-

kenhauses keine wesentliche Änderung erfahren, so dass auch nach wie vor das gleiche strukturelle Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten besteht.

Insofern ist der Marburger Bund der festen Überzeugung, dass die bestehenden Instrumente des Ausgleichs der Interessen zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten nicht in Frage gestellt werden dürfen. Die betriebliche Mitbestimmung muss im Krankenhausbereich uneingeschränkt erhalten bleiben.

[Die Unternehmensmitbestimmung] hat die Aufgabe, die mit der Unterordnung der Arbeitnehmer unter fremde Leitungs- und Organisationsgewalt in größeren Unternehmen verbundene Fremdbestimmung durch die institutionelle Beteiligung an den unternehmerischen Entscheidungen zu mildern und die ökonomische Legitimation der Unternehmensleitung durch eine soziale zu ergänzen (BVerfGE 50, 290).

4. Beschäftigten- und Patientendatenschutz im Kontext digitaler Ökonomie

Die Entwicklung der Datenerhebung und Datenverarbeitung ist rasant. Vermeintlich natürliche Begrenzung durch endliche Speicherkapazitäten und Verarbeitungsgeschwindigkeiten existieren faktisch nicht mehr.

Technische Entwicklungen erlauben die Systematisierung, Automatisierung und Standardisierung zahlreicher (Arbeits-)Abläufe, die noch vor wenigen Jahren entweder nicht praktizierbar oder zumindest im Wesentlichen menschlicher Erbringung vorbehalten waren. Folge der Nutzbarmachung können und sollen Effizienz- und Qualitätssteigerungen ebenso wie eine stärkere Konzentration auf höherwertige Tätigkeiten sein. Das Leitbild eines Beschäftigten, der von einfachen Verrichtungen befreit in der Lage ist, ausschließlich hochkomplexe, schöpferische oder zumindest Tätigkeiten, welche dem Kernbereich seiner Profession entsprechen, auszuüben, erscheint auch für ärztliche Beschäftigte und pflegerisches Personal erstrebenswert. Je nach Quellenlage verbringen klinisch tätige Ärzte heute zwischen 20[3] und über 40[4] Prozent ihrer Arbeitszeit mit administrativen beziehungsweise Dokumentationstätigkeiten. Der Einsatz technischer Lösungen für die oben dargestellten Zielsetzungen ist für den Gesundheitssektor also ebenso relevant wie vordergründig erstrebenswert.

Dennoch ist der technische Fortschritt aus verschiedenen Gründen gerade im Bereich der Patientenversorgung stets kritisch zu hinterfragen und der Einsatz technischer Lösungen engagiert zu begleiten. Ein besonderes Augenmerk ist dabei insbesondere auf den Bereich des Beschäftigten- und Patientendatenschutzes zu richten. Der Marburger Bund will nachfol-

[3] Quelle: MB-Monitor 2015, a.a.O.
[4] Quelle: Studie Klinische Dokumentation, Nuance Communications, abrufbar unter: http://engage.nuance.de/himss-klinische-dokumentation?cid=701d0000001AoERAA0&ls=website&rs=whatsnextNuance&offer=KlinischenDokumentationsreport2015&ot=Study

gend keine Pauschalunterstellungen gegenüber den Krankenhausträgern darstellen, sondern für strukturelle Gefahren beim Datenschutz sensibilisieren. Dazu geben die Datenschutz- und Überwachungsskandale der letzten Jahre zumindest einen Anlass.

Die Betreuung und Behandlung von Patienten ist zuvörderst eine menschliche Tätigkeit. Technische Verfahren können dabei einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung menschlicher Tätigkeiten leisten, ersetzen werden sie diese jedoch nicht. Ausgehend von dieser Überlegung ist zwingend Sorge dafür zu tragen, dass auch die Patienten nicht Objekt oder Produkt einer industriellen und an ökonomischen Maßstäben ausgerichteten Gesundheitswirtschaft sein dürfen.

Der Marburger Bund empfindet es daher als hochgradig bedenklich, wenn zunehmend Renditeerwartungen in das Zentrum der Behandlung von Menschen gerückt werden. Der nachhaltige Umgang mit finanziellen Ressourcen kann bei der Behandlung von Menschen zwar eine Leitlinie des Gesundheitssektors, nicht jedoch deren Selbstzweck sein. Insbesondere der Umgang mit und der Schutz von Patientendaten darf nicht unter der Maxime der Optimierung wirtschaftlicher Begehrlichkeiten erfolgen. Das Patientengeheimnis ist eine Grundbedingung für den Heilerfolg: Wer befürchten muss, dass seine im Rahmen einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung dem Arzt bekannt gewordenen personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben werden, wird sich überlegen, ob er diesem Arzt alle für die Behandlung nötigen Informationen offen legt. Dies gilt insbesondere in sensiblen Bereichen, etwa wenn es um Krankheiten im Zusammenhang mit dem Sexualleben, um Diagnosen aus dem Psychiatriebereich oder um Ergebnisse genetischer Analysen geht. In der FAZ vom 16. November 2015 berichtete der Chaos Computer Club (CCC) von offenen Netzwerken mit ungehinderten Zugriffsmöglichkeiten auf Tabellen, Diagnosebildern und unverschlüsselten Geräte- und Patientendaten in einem Krankenhaus. Auch der Zugriff auf die Medikamentendatei war möglich, so dass die so „bestellte“ zusätzliche Schmerztablette am nächsten Tag zur Einnahme für den Patienten vorbereitet war.

Durch die fortschreitende Digitalisierung wird ein Arbeitgeber grundsätzlich in die Lage versetzt, seine Beschäftigten nahezu lückenlos zu überwachen. Ein Beispiel hierfür ist die Auswertungsmöglichkeit von Login-Daten: Wer hat wann, an welchem (Arbeits-)Platz, wie lange eine Patientenakte mit welchem Inhalt bearbeitet? Wer hat Lese- und Schreibberechtigung auf diese Daten? Werden diese Daten in großen Krankenhauskonzernen standortübergreifend ausgetauscht und abgeglichen? Des Weiteren beobachtet der Marburger Bund, dass Dienstkleidung zunehmend mit RFID-Technologie ausgestattet. Dadurch kann man mit vergleichbar geringem Aufwand ein detailliertes Bewegungsprofil der Beschäftigten erstellen.

Neben den Mitbestimmungsrechten können auch hier tarifvertragliche Regelungen den bestehenden gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz flankierend zur Seite gestellt werden.