

Dittmar, Nele; Glassner, Vera

Article

Varieties of Capitalism im Krankensektor? Gewerkschaftsstrategien in Deutschland und Großbritannien

Industrielle Beziehungen

Provided in Cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Suggested Citation: Dittmar, Nele; Glassner, Vera (2017) : Varieties of Capitalism im Krankensektor? Gewerkschaftsstrategien in Deutschland und Großbritannien, Industrielle Beziehungen, ISSN 1862-0035, Verlag Barbara Budrich, Leverkusen, Vol. 24, Iss. 4, pp. 393-410, <https://doi.org/10.3224/indbez.v24i4.02>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/214850>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

*Nele Dittmar, Vera Glassner**

Varieties of Capitalism im Krankenhaussektor? Gewerkschaftsstrategien in Deutschland und Großbritannien**

Zusammenfassung

Dieser Artikel untersucht Gewerkschaftsstrategien im Krankenhaussektor in Deutschland und Großbritannien. Die Gesundheitssysteme der beiden Länder stehen vor ähnlichen Herausforderungen, z.B. demografischer Wandel, Privatisierung von Krankenhäusern und öffentlicher Spardruck. Die Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor unterscheiden sich jedoch zwischen beiden Ländern und weichen außerdem von den jeweiligen Systemen der nationalen Arbeitsbeziehungen ab. Im (erodierenden) korporatistischen System Deutschlands mit einem hohen Grad an tarifpolitischer Koordinierung weist der Krankenhaussektor ein im weltweiten Vergleich hohes Niveau an Privatisierung auf, womit eine Fragmentierung der Arbeitsbeziehungen einhergeht. Im Gegensatz dazu sind im pluralistischen System Großbritanniens die nationalen Arbeitsbeziehungen stark dezentralisiert, während der Krankenhaussektor durch einen hohen Zentralisierungsgrad der Entgeltfindung geprägt ist. Die empirischen Befunde für den Krankenhaussektor verweisen auf relativ intakte Handlungslogiken der Koordinierung und Kooperation in Großbritannien, während gleichzeitig Organisationsstrategien zum selbstverständlichen Handlungsrepertoire der Gewerkschaften gehören. In Deutschland sind neue Handlungsformen entstanden, die Organisation und Tarifpolitik integrieren („bedingungsgebundene Tarifarbeit“).

Schlagwörter: Gewerkschaftsstrategien, Machtressourcen, Krankenhaussektor, Arbeitsbeziehungen

Varieties of capitalism in the hospital sector? Union strategies in Germany and the United Kingdom

Abstract

This article explores union strategies in the hospital sector in Germany and the United Kingdom (UK). We contend that in both countries health systems face similar challenges, e.g. demographic challenges, privatisation and austerity. However, not only do each country's industrial relations in the

* Nele Dittmar, wissenschaftliche Projektmitarbeiterin, Institut für Soziologie, Universität Linz, Altenberger Straße 69, AT-4040 Linz. E-Mail: nele.dittmar@jku.at
Dr. Vera Glassner, wissenschaftliche Projektmitarbeiterin, Institut für Soziologie, Universität Linz, Altenberger Straße 69, AT-4040 Linz. E-Mail: vera.glassner@jku.at

** Artikel eingegangen: 08.06.2016, revidierte Fassung akzeptiert nach doppelt-blindem Begutachtungsverfahren: 08.04.2017

hospital sector differ comparatively but they are unlike their respective national systems of industrial relations, too. Within the corporatist (though eroding) system in Germany, marked by a high degree of collective bargaining coordination, the hospital sector displays a level of privatisation which is high compared internationally and goes hand in hand with a fragmentation of employment relations. In contrast whilst the pluralist system of British industrial relations is decentralized, the hospital sector is characterized by a high degree of centralized wage determination. The empirical findings for the hospital sector indicate a relatively intact logic of coordination and cooperation in the UK, while at the same time organizing strategies remain part of a standard repertoire of trade union action. In Germany, new forms of action have been developed that integrate both the organizing of members and collective bargaining (“conditional collective bargaining”).

Keywords: Union strategies, power resources, hospital sector, industrial relations (JEL: I11, J51, J45, J53, O57)

1. Einleitung und theoretischer Rahmen

Unter den Vorzeichen von „New Public Management“ und verstärkt durch die Austeritätspolitik im Gefolge der jüngsten Fiskal- und Schuldenkrise kam es in den zurückliegenden Jahrzehnten zu weitreichenden Veränderungen in den öffentlichen Sektoren vieler OECD-Staaten (Tepe, Gottschall & Kittel, 2010). Liberalisierungs- und Privatisierungsprozesse wurden zunehmend auch in den Kernbereichen öffentlicher Dienstleistungen vorangetrieben, so zum Beispiel im Krankenhaussektor (Huffschmid, 2008, S. 21). Dies blieb nicht ohne Auswirkungen auf die industriellen Beziehungen und die Strategien der arbeitspolitischen Akteure. Einige Autoren identifizieren einen gemeinsamen Entwicklungstrend der (westeuropäischen) Systeme der Arbeitsbeziehungen in „a neoliberal direction“ (Baccaro & Howell, 2011, S. 521). Liberalisierungsprozesse verlaufen allerdings nicht gleichförmig und ungebrochen, sondern vermittelt über Institutionen und Praktiken der arbeitspolitischen Akteure auf multiplen Ebenen. Dies möchten wir hier am Beispiel der gewerkschaftlichen Strategien in den Krankenhaussektoren Deutschlands und Großbritanniens näher betrachten. Während die Krankenhaussektoren in beiden Ländern ähnlichen, aber unterschiedlich akzentuierten Liberalisierungsstrategien ausgesetzt waren, unterscheiden sich die sektoralen industriellen Beziehungen zwischen den Ländern stark und weichen von den jeweils auf nationaler Ebene dominierenden Praktiken der Arbeitsbeziehungen ab. Die industriellen Beziehungen in Großbritannien können in weiten Teilen als voluntaristisch und dezentralisiert beschrieben werden. Es besteht eine starke Abhängigkeit der Gewerkschaften von Mitgliederwerbung und -mobilisierung. Gleichzeitig können die Gewerkschaften im britischen Krankenhaussektor jedoch auf zentralisierte Strukturen und etablierte Praktiken kollektiver Entgeltfindung zurückgreifen. Im Vergleich dazu weist Deutschland ein uneinheitliches Muster auf, das von weitgehend intakten Tarifverhandlungspraktiken im Industriebereich zu dezentralisierten und fragmentierten industriellen Beziehungen in den privaten Dienstleistungsbereichen reicht (Hassel, 2014). Dieser Artikel adressiert die Frage, wie sich diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen auf gewerkschaftliche Strategien auswirken.

Vergleichende politökonomische Ansätze (insbesondere die Varieties-of-Capitalism-Perspektive, s. Hall & Soskice, 2001) führen Variationen in Gewerkschaftsstrategien überwiegend auf den Einfluss der institutionellen Konstellationen auf nationalstaatlicher Ebene

zurück oder begreifen sie – kritisch betrachtet – gar als bloßen „appendix of national institutions“ (Hürtgen, 2014, S. 212). Wir gehen davon aus, dass gewerkschaftliches Verhalten weder zur Gänze durch Institutionen auf der Makroebene nationaler politischer Ökonomien determiniert wird, noch davon, dass Gewerkschaften als „unternehmerische“ Akteure ihr Schicksal voluntaristisch gestalten können. Stattdessen nehmen wir aus einer multiskalaren Perspektive die Wechselwirkungen zwischen den Strategien der Gewerkschaften einerseits und strukturellen Faktoren und Institutionen, die sich nicht ausschließlich auf der Ebene von Nationalstaaten, sondern auf unterschiedlichen Ebenen (oder „scales“) manifestieren, andererseits in den Blick (z.B. Hürtgen, 2014; Pernicka, Glassner & Dittmar, 2016).

Den Akteuren der industriellen Beziehungen stehen auf den verschiedenen Ebenen (z.B. nationale, regionale oder lokale Ebene sowie Unternehmens- und Sektorebene) Machtressourcen zur Verfügung, die ihre Strategien und Praktiken prägen, von ihnen unter bestimmten Bedingungen aber auch selbst (mit) aufgebaut werden können (Dörre & Schmalz, 2013). Auf Seiten der Beschäftigten werden zwei grundlegende Machtformen unterschieden: strukturelle und assoziative Macht. Strukturelle Macht bezeichnet die Macht, die Beschäftigte aus ihrer Stellung im ökonomischen System (z.B. aufgrund der Arbeitsmarktlage oder dem Innehaben einer strategisch wichtigen Position im Produktionsprozess) erlangen. Demgegenüber besteht assoziative bzw. organisationale Macht aus „the various forms of power that result from the formation of collective organisation of workers“ (insbesondere Gewerkschaften und politische Parteien) (Wright, 2000, S. 962). Eine dritte Form von Macht ist institutionelle Macht, die auf regulativen, normativen und kulturell-kognitiven Institutionen basiert (Pernicka & Glassner, 2014). Unter regulativen Institutionen können beispielsweise gesetzliche Regelungen zur Mitbestimmung verstanden werden (Dörre & Schmalz, 2013), während normative und kulturell-kognitive Institutionen geteilte Verständnisse und Deutungsmuster umfassen (Scott, 2008).

Im Folgenden werden die strukturellen Bedingungen und Entwicklungen in den Krankenhaussektoren Deutschlands und Großbritanniens (Abschnitt 2) sowie die industriellen Beziehungen im Krankenhaussektor und auf nationaler Ebene in den Untersuchungsländern unter Berücksichtigung der gewerkschaftlichen Machtressourcen (Abschnitt 3) dargestellt. In Abschnitt 4 präsentieren wir empirische Befunde zu Strategien der Gewerkschaften im Krankenhaussektor. Im letzten Abschnitt werden die Ergebnisse diskutiert und Schlussfolgerungen formuliert. Die empirische Basis des Artikels bilden Interviews mit Gewerkschaftsvertretern und -vertreterinnen in Großbritannien und Deutschland¹ sowie Dokumente der Sozialpartner und staatlicher Stellen.

1 Zwischen Mai 2013 und Januar 2015 wurden insgesamt 17 Vertreterinnen und Vertreter deutscher und britischer Gewerkschaften in problemzentrierten Interviews befragt. Ein Interview fand mit zwei Personen gleichzeitig statt (die Interviewnummern im Text beziehen sich auf die befragten Personen). In Deutschland wurden sieben Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der ver.di-Bundesverwaltung geführt, eines im ver.di-Landesbezirk Nordrhein-Westfalen. In Großbritannien wurden jeweils drei Interviews mit (in einem Fall ehemaligen) Vertreterinnen und Vertretern der Gewerkschaften Unite, Unison und dem Royal College of Nursing auf der nationalen Ebene geführt.

2. Die Krankensektoren in Deutschland und Großbritannien

Es ist ein Charakteristikum des deutschen Gesundheitssystems, dass es zu einem großen Teil durch Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, die durch einkommensbezogene Beiträge von Beschäftigten und Arbeitgebern generiert werden (sog. „Bismarck-System“) (Busse & Riesberg, 2005, S. 70). Da diese Beiträge Teil der Arbeitskosten sind, wurden sie zunehmend als hinderlich für die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft angesehen. Seit Beginn der 1990er Jahre wurden verschiedene Reformen mit dem Ziel der Kostendämpfung durchgeführt (Gerlinger, 2014), auch bezüglich der Finanzierung von Krankenhäusern. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde schrittweise aufgegeben, mittlerweile werden den Krankenhäusern die Kosten auf der Basis von Fallpauschalen (*diagnosis related groups* –DRG) erstattet. Ein solches System impliziert, dass Krankenhäuser Gewinne und Verluste erwirtschaften können (Busse & Riesberg, 2005; Gerlinger, 2014). Nach Einschätzung von Gewerkschaftsvertretern und -vertreterinnen hat mittlerweile die betriebswirtschaftliche Logik im Krankenhausmanagement gegenüber professionsbezogenen Logiken an Gewicht gewonnen (Interviews 01, 03).

Die historisch vielfältige Trägerstruktur aus öffentlichen (überwiegend kommunalen), freigemeinnützigen (Kirchen und Wohlfahrtsverbände) und privaten Trägern hat sich seit Anfang der 1990er Jahre stark verändert. Der Anteil privater Krankenhäuser hat sich bis 2013 etwa verdoppelt (von ca. 15% auf fast 35%); seit 2009 gibt es in Deutschland mehr private als öffentliche Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt, 2014). Im europäischen Vergleich nimmt Deutschland die Spitzenposition in Bezug auf das Ausmaß materieller Privatisierung, d.h. den Verkauf von Krankenhäusern an private Investoren und Investorinnen, ein. Neben der materiellen Privatisierung kam es auch zu formaler (Organisations- und Managementreformen, Änderung der Rechtsform) und funktionaler (Public-Private-Partnerships, Outsourcing) Privatisierung (Schulden & Böhlke, 2009).

Mit 5,2 Millionen Beschäftigten ist der Gesundheitssektor einer der wichtigsten Bereiche der deutschen Wirtschaft (1,2 Millionen Beschäftigte arbeiten in Krankenhäusern), in dem die Beschäftigung weiter wächst (Statistisches Bundesamt, 2014). Zugleich schätzen Gewerkschaftsvertreter und -vertreterinnen, dass eine personelle Unterausstattung in Krankenhäusern im Umfang von etwa 160.000 Vollzeitstellen besteht. Wegen ungünstiger Arbeitsbedingungen und Bezahlung beobachten sie ebenso einen Mangel an Fachkräften, insbesondere in ländlichen Regionen (Interviews 02, 03, 05).

Reformen der Krankenhausfinanzierung, Privatisierung von Krankenhäusern und die Verbreitung von betriebswirtschaftlichen Managementmethoden sind Indikatoren der Durchsetzung einer Markt- und Wettbewerbslogik im deutschen Krankensektor. Diese hatte negative Auswirkungen sowohl auf strukturelle als auch auf (normativ) institutionelle Machtressourcen der Beschäftigten und Gewerkschaften, da professionsbezogene und sozialpolitische Erwägungen an Gewicht verloren haben. Allerdings erhöht der zunehmende Fachkräftemangel die strukturelle Macht qualifizierter Beschäftigter. Und während Privatisierung und Ausgliederungen die organisationale Macht der Gewerkschaften oft schwächen, können prekäre Arbeitsbedingungen auch für erfolgreiche Mobilisierung und Organisation genutzt werden.

Im Gegensatz zum deutschen versicherungsfinanzierten System wird das britische Gesundheitssystem (*National Health Service* – NHS) aus Steuermitteln finanziert. Es basiert auf Konzepten des Sozialreformers William Beveridge (sog. „Beveridge-System“) und wurde nach dem zweiten Weltkrieg implementiert, um unabhängig von ihrem Beschäftigungsstatus für alle Bürgerinnen und Bürger den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Dieser universelle Zugang wird von der Bevölkerung nach wie vor hochgeschätzt (z.B. Park, Curtice, Thomson, Jarvis & Bromley, 2003).

Der NHS hat mehr als 1,6 Millionen Beschäftigte. Krankenpflegekräfte sind dabei die größte Berufsgruppe (NHS, 2015). Trotz steigender Beschäftigtenzahlen beobachten die Gewerkschaften einen Mangel an Personal. Dieser Umstand wird teilweise durch die hohe Zahl von Leiharbeitskräften und „bank nurses“ verdeckt (mit drastisch steigenden Kosten für den NHS) (RCN, 2015).

Im Gegensatz zu Deutschland, wo das private Segment des Krankenhaussektors wichtig und im Wachstum begriffen ist, lag der Anteil privater Krankenhäuser an der Zahl der Akutbetten in Großbritannien 2007 bei unter 10 Prozent (Boyle, 2011, S. 174). Während es in Deutschland verbreitet zu materieller Privatisierung kam, sind im britischen Krankenhaussektor formale und funktionale Privatisierung vorherrschend (wobei teils kaum zwischen den unterschiedlichen Formen unterschieden werden kann). Ein oft genutztes Instrument ist die „private finance initiative“. Dabei baut üblicherweise ein privater Investor oder eine Investorin ein Krankenhaus und führt es später in Bezug auf die Instandhaltung sowie nicht-klinische Dienste. Dafür wird er oder sie vom jeweiligen NHS Trust bezahlt (Pond, 2006, S. 12).

Für die strategische Führung des NHS ist das Gesundheitsministerium zuständig. Allerdings erhielten die einzelnen NHS Krankenhäuser mit der Zeit mehr finanzielle und betriebswirtschaftliche Autonomie. Sie wurden in „NHS Trusts“ (später dann „Foundation Trusts“) umgewandelt und zueinander (und zu privaten Unternehmen) in Konkurrenz gesetzt (Pond, 2006). Derzeit steht der NHS unter großem Druck, Kosten einzusparen, da die britische Regierung unter Cameron einen strikten Austeritätskurs verfolgt (vgl. auch Krachler & Greer, 2015).

Trotz unterschiedlich verlaufender Restrukturierungsprozesse wurde im britischen Krankenhaussektor wie in Deutschland zunehmend eine Markt- und Wettbewerbslogik durchgesetzt, wobei in Großbritannien ein stärker staatlich regulierter Quasi-Markt etabliert wurde. Aufgrund der ausgeprägteren berufsverbandlichen Organisation in Großbritannien (s. u.) treffen Managementlogiken außerdem auf eine stärkere Beharrung von Logiken der professionellen Selbststeuerung als in Deutschland (vgl. auch Kirkpatrick & Hoque, 2005, S. 105). Die Auswirkungen auf die strukturelle Macht der Beschäftigten sind ambivalent, da der Fachkräfte- bzw. Personalmangel ihre Position auch stärken könnte. Eine normativ-institutionelle Ressource für Gewerkschaften und Beschäftigte stellt der noch immer hohe Wert dar, den die britische Bevölkerung dem universellen Versorgungsanspruch des NHS beimisst.

3. Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor und das „nationale Modell“ industrieller Beziehungen

3.1 Deutschland

Bis in die frühen 1990er Jahre waren die industriellen Beziehungen in Deutschland hoch koordiniert und integraler Bestandteil des deutschen Modells des Kapitalismus (Streeck, 1997; Hall & Soskice, 2001). Vor dem Hintergrund steigenden internationalen Wettbewerbs und der Vertiefung des europäischen Binnenmarktes, einer Ausweitung des Dienstleistungssektors und von Arbeitsmarktreformen veränderten sich jedoch die Praktiken der industriellen Beziehungen. Handlungsstrategien, die sich an einer Wettbewerbslogik orientieren (z.B. Standortsicherung durch Lohnzurückhaltung), wurden legitimatorisch aufgewertet. Gleichzeitig verloren die Gewerkschaften an assoziativer Macht. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad sank von über 30 Prozent 1992 auf unter 18 Prozent 2013 (Visser, 2015). Die Fragmentierung und Desorganisierung der industriellen Beziehungen zeigt sich auch im Rückgang der Tarifbindungsrate. Während 2003 etwa 70 Prozent der Beschäftigten in Westdeutschland von einem Tarifvertrag erfasst waren (54% in Ostdeutschland), waren es 2016 noch 59 Prozent (48% in Ostdeutschland) (WSI Tarifarchiv, 2017). Unternehmensstrategien der Tariffucht sowie Öffnungsklauseln, die eine vorübergehende Abweichung nach unten vom Standard des Flächentarifvertrags erlauben, verbreiteten sich (Seifert & Massa-Wirth, 2005). Einige Autoren und Autorinnen stellen einen Trend zu einer Dualisierung der Arbeitsbeziehungen in Deutschland fest: im Kern der industriellen Produktion bleiben die industriellen Beziehungen weitgehend intakt, in privaten Dienstleistungsbereichen hingegen sind die Arbeitsbeziehungen fragmentiert und die Tarifbindung niedrig (Pallier & Thelen, 2010). Obwohl auf nationalstaatlicher Ebene verankerte (regulative) Institutionen (z.B. Betriebsverfassungsgesetz, Tarifautonomie) weiterbestehen, ergibt der Blick auf die Ebene einzelner Sektoren ein uneinheitliches Bild der Praktiken industrieller Beziehungen. Prozesse der Fragmentierung und Erosion von Tarifverträgen und der Abkehr von kooperativen industriellen Beziehungen lassen sich auch im Krankenhaussektor beobachten.

Die wichtigste Gewerkschaft im deutschen Krankenhaussektor ist die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di mit etwa 2,04 Millionen Mitgliedern (DGB, 2016). Ihre Mitgliederzahlen im Gesundheitsbereich sind in den letzten Jahren leicht gestiegen (ver.di, 2015). Der gewerkschaftliche Organisationsgrad in den öffentlichen Krankenhäusern wird auf etwa 23 Prozent geschätzt (Grimshaw, Jaehrling, van der Meer, Méhaut & Shimron, 2007, S. 600). Die Organisationsgrade variieren stark zwischen einzelnen Krankenhäusern; sie sind in privaten tendenziell niedriger als in öffentlichen und am niedrigsten in den freigemeinnützigen Häusern (Interview 01). Neben ver.di organisieren noch Gewerkschaften, die dem Christlichen Gewerkschaftsbund oder dem dbb Beamtenbund und Tarifunion angehören, Beschäftigte im Gesundheitsbereich. Es gibt außerdem Organisationen, die kirchliche Beschäftigte repräsentieren. Ärzte und Ärztinnen sind vornehmlich in der Berufsgewerkschaft Marburger Bund (MB) organisiert. Lange Zeit bestand zwischen dem MB und ver.di bzw. ihren Gründungsorganisationen eine Tarifverhandlungsgemeinschaft. Diese beendete der MB jedoch 2005 und verhandelt seitdem eigenständig. Dies ließ die Mitglieder-

zahlen stark ansteigen; der MB organisierte 2009 etwa 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern (Beese & Vogel, 2009). Ver.di empfindet die exklusive Politik des MB als problematisch; anlassbezogen kooperieren die beiden Gewerkschaften allerdings auch weiterhin (Interview 03). Auf Seiten der Arbeitgeber verhandeln die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) und die Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) Tarifverträge für die öffentlichen Krankenhäuser. Private Krankenhäuser sind vornehmlich im Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) organisiert. Darüber hinaus gibt es Organisationen, die konfessionelle Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens repräsentieren (Beese & Vogel, 2009; Kraemer, 2011).

Während die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes in der Vergangenheit den Standard auch für private und freigemeinnützige Krankenhäuser setzten, ist diese Vorbildwirkung mittlerweile aufgrund der verstärkten Konkurrenz durch die Veränderungen der Finanzierungsregelungen (s. Abschnitt 2) weitgehend verloren gegangen. Auch im öffentlichen Sektor selbst kam es zu Veränderungen. Während bis 2003 Bund, Länder und Kommunen gemeinsam verhandelten, zerfiel die Verhandlungsgemeinschaft im Verlauf der Verhandlungen zum neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst. Nun bestehen zwei Tarifverträge: der TVöD (Bund und Kommunen) und der TV-L (Länder) (Keller, 2010). In den kirchlich getragenen Krankenhäusern findet das kollektive Arbeitsrecht keine Anwendung, was den sehr niedrigen gewerkschaftlichen Organisationsgrad in diesem Bereich erklärt und die (Wieder-)Herstellung einheitlicher Standards bei den Arbeitsbedingungen im Sektor erschwert. Einige der Wohlfahrtsverbände schließen (regionale) Tarifverträge mit ver.di ab. Im Bereich der privat-gewerblichen Krankenhäuser hat der BDPK 1993 den mit Vorgängergewerkschaften ver.di geschlossenen Branchentarifvertrag gekündigt. Seitdem besteht kein sektoraler Entgelttarifvertrag mehr im Bereich der privaten Krankenhäuser. In einigen der großen privaten Krankenhauskonzerne hat ver.di Konzern- bzw. Haustarifverträge verhandelt. Nur teilweise konnten dabei Standards gesetzt werden, die mit denen des öffentlichen Sektors vergleichbar sind und damit dem von ver.di angestrebten Branchenniveau entsprechen (Gröschl-Bahr & Stumpfögger, 2008, S. 175). Im gesamten Krankenhaussektor wird die Tarifbindungsrate für den Bereich der Krankenpflege auf etwa 80 Prozent geschätzt, für die nicht-medizinischen Servicebereiche jedoch erheblich niedriger (Interview 01).

Die sinkende Bindungswirkung der Tarifverträge des öffentlichen Sektors und Unternehmensstrategien der Kostensenkung, des Outsourcing und der Tariffucht sowie die Intensivierung von Tarifkonflikten deuten darauf hin, dass vormals etablierte normative und regulative Institutionen ihren Einfluss auf die Praktiken der Akteure verloren haben. Gewerkschaften haben auf diese Entwicklungen unter anderem mit dem Versuch reagiert, ihre Organisationsmacht wieder zu erhöhen (z.B. Kocsis, Sterkel & Wiedemuth, 2013). Gleichzeitig wird versucht, regulative Institutionen wie Tarifverträge auf einer anderen als der sektoralen Ebene zu etablieren (z.B. Krankenhäuser).

3.2 Großbritannien

In Großbritannien sind die Arbeitsbeziehungen zum großen Teil voluntaristisch und pluralistisch. Tarifverhandlungen finden meist auf Unternehmens- oder Standortebene statt. Individuelle Verhandlungen zwischen Beschäftigten und Arbeitgebern sind weit verbreitet. In

großen Teilen des öffentlichen Sektors sind allerdings überbetriebliche Tarifverhandlungen vorherrschend. Die Tarifbindung ist mit 61 Prozent im öffentlichen Sektor deutlich höher als in der Privatwirtschaft (15%). Nachdem Ende der 1970er Jahre der gewerkschaftliche Organisationsgrad mit fast 70 Prozent seinen Höchststand erreicht hatte, sank er in der Folge stetig ab (über 38,6% 1989 auf 24,7% 2014) (BIS, 2015). Aufgrund fehlender regulativer (z.B. Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifverträgen) aber auch normativer (Anerkennung von Gewerkschaften durch das Unternehmen) Institutionen, besteht in weiten Teilen der britischen Wirtschaft ein deutlich stärkerer Zusammenhang zwischen Tarifbindungsrate und gewerkschaftlichem Organisationsgrad als in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sind mitgliederbezogene Strategien von großer Bedeutung für die britischen Gewerkschaften.

Im Krankenhausesektor unterscheiden sich die Institutionen und Praktiken der industriellen Beziehungen deutlich vom nationalen Modell der Arbeitsbeziehungen. Die überbetriebliche Bestimmung von Entgelt und Arbeitsbedingungen ist fest im NHS etabliert. Das Entgelt für NHS-Beschäftigte wird in sogenannten *Pay Review Bodies* (PRB) festgesetzt. Diese Gremien sind mit unabhängigen Experten und Expertinnen besetzt, die die Regierung bei der Entgeltfestlegung beraten. Während somit keine tatsächlichen Entgeltverhandlungen im NHS stattfinden, basieren die Empfehlungen des PRB – neben eigenen Recherchen – auf Stellungnahmen von Gewerkschaften, Arbeitgebern und Regierung und können als eine Art des „arm’s length collective bargaining“ (Bach & Kolins Givan, 2011, S. 2358) bezeichnet werden. Über Entgelterhöhungen entscheidet abschließend die Regierung. Der PRB für Krankenpflegekräfte, Hebammen und andere Gesundheitsberufe wurde 1983 von der Regierung etabliert. Bis 2007 wurde sein Zuständigkeitsbereich auf alle Beschäftigten des NHS ausgedehnt, mit Ausnahme der (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte sowie hochrangiger Manager und Managerinnen, für die jeweils eigene PRB bestehen (Galletto & Marginson, 2011). Durch die Kombination von staatlicher Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen (im Unterschied zum sozialversicherungsfinanzierten System und der historisch gewachsenen Dreiteilung der Trägerlandschaft in Deutschland) ist der „NHS susceptible to high levels of centralized control“ (Bach & Kessler, 2012, S. 19). Gleichzeitig stellen Bach und Kessler eine historisch entwickelte und bis zu den 1980er Jahren anhaltende Selbstverpflichtung der britischen Regierung, als „model employer“ zu fungieren, fest, was die Unterstützung von gewerkschaftlicher Organisation im öffentlichen Dienst sowie die Errichtung von Konsultations- und Tarifverhandlungsgremien umfasste (Bach & Kessler, 2012, S. 11). Neben ihrer Einbeziehung in den Pay Review-Prozess sind die Gewerkschaften (und die NHS Employers) in verschiedenen tripartistischen Beratungsgremien repräsentiert, in denen branchenbezogene Fragen diskutiert werden. Im sogenannten NHS Staff Council werden die nicht-entgeltbezogenen Arbeitsbedingungen zwischen Vertreterinnen und Vertretern von Beschäftigten, Arbeitgebern und des Gesundheitsministeriums verhandelt. Zu den wichtigsten Aufgaben des Staff Councils gehört die Weiterentwicklung der *Agenda for Change* (AfC). Mit der AfC wurden 2004 die verschiedenen im NHS angewandten Entgeltordnungen in eine einheitliche Entgeltordnung integriert (Galletto & Marginson, 2011). Die Tarifbindungsrate im NHS (bezogen auf den nationalen Tarifvertrag, der die Arbeitsbedingungen, nicht jedoch die vom PRB empfohlenen Entgelterhöhung regelt) liegt bei fast 100 Prozent (Prosser, 2011), während sie für Beschäftigte in privaten Krankenhäusern deutlich niedriger ist. In privaten Krankenhäusern werden Entgelt und Ar-

beitsbedingungen entweder einzelvertraglich oder zwischen den im Betrieb anerkannten Gewerkschaften und Unternehmen vereinbart. Im Gegensatz zu Deutschland, wo der TVöD als Orientierungsrahmen für private und freigemeinnützige Einrichtungen an Bedeutung verloren hat, orientieren sich private und ausgelagerte Betriebe häufig an den im NHS geltenden Standards.

Die im britischen Gesundheitssektor wichtigsten Beschäftigtenorganisationen sind drei allgemeine Gewerkschaften (Unison, Unite und GMB) und zwei Berufsgewerkschaften (das Royal College of Nursing – RCN, und die British Medical Association – BMA). Unter den allgemeinen Gewerkschaften organisiert Unison mit etwa 450.000 die größte Zahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen. Unite hat etwa 100.000 Mitglieder im Gesundheitssektor, ebenso wie GMB (Prosser, 2011). Das RCN ist eine Berufsgewerkschaft für Krankenpflegekräfte und hatte 2014 420.000 Mitglieder, etwa 320.000 davon im NHS (Glassner, Pernicka & Dittmar, 2015). Die organisationale Stärke des RCN ist herausragend: über 80 Prozent des qualifizierten Krankenpflegepersonals im NHS sind dort Mitglieder. Die Mitgliedschaft im RCN ist besonders attraktiv, da das RCN – ebenso wie die BMA – nicht nur an Tarifverhandlungen teilnimmt und Lobbying betreibt, sondern außerdem Dienstleistungen in Bezug auf Aus- und Weiterbildung sowie den Zugang zu beruflichen Netzwerken anbietet. Die BMA organisiert (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte im öffentlichen und privaten Sektor und hat etwa 170.000 Mitglieder (BMA, 2016) und einen Organisationsgrad von über 60 Prozent (Glassner, Pernicka & Dittmar, 2015). Auf Seiten der Arbeitgeber sind die NHS-Krankenhäuser in der Organisation „NHS Employers“ organisiert. Manager und Managerinnen sind in der Organisation „Managers in Partnership“ repräsentiert. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad im öffentlichen Teil des Gesundheitssektors ist im Vergleich zur Gesamtwirtschaft hoch und wird auf 48 Prozent (Bach & Kolins Givan, 2011) bis 58 Prozent (Pond, 2006) geschätzt. Für den Bereich privater Krankenhäuser liegen keine Angaben zum gewerkschaftlichen Organisationsgrad vor.

Neben ihrer organisationalen Stärke sind die Gewerkschaften im NHS durch ihre Integration in das zentralisierte System der Entgeltfindung auch mit beträchtlicher institutioneller Macht ausgestattet. Obwohl argumentiert werden kann, dass mit der Etablierung des PRB für Krankenpflegekräfte intendiert war, die Streikmacht der Gewerkschaften zu brechen, hat sich das System langfristig als wichtige Machtressource für die Gewerkschaften erwiesen. Durch ihre Aufnahme in Empfehlungen des PRB können gewerkschaftliche Forderungen Legitimation erhalten. Zumindest in den ersten Jahren seines Bestehens wurden durch den PRB (für Pflegekräfte) Entgelterhöhungen empfohlen, die deutlich über jenen in den anderen Sektoren der britischen Wirtschaft lagen und die Existenz des PRB trug dazu bei, national einheitliche Entgelt- und Arbeitsbedingungen zu erhalten (Bach & Winchester, 1994). Auch die jüngsten Strukturreformen des NHS, die von der liberal-konservativen Regierung mit dem Ziel durchgeführt wurden, die öffentlichen Ausgaben zu reduzieren und den Wettbewerb im NHS zu verstärken, hatten bisher keine Auswirkungen auf das nationale Entgeltfindungssystem (Interview 15). Allerdings folgte die Regierung in der Folge der europäischen Finanzkrise den Empfehlungen des PRB für Entgelterhöhungen im NHS nicht mehr und setzte im öffentlichen Sektor Nulllohnrunden durch. Die zurückliegende Entgelt-runde war konfliktreicher als in den vergangenen Jahren; die Gewerkschaften organisierten wiederholt Streiks und Proteste.

4. Gewerkschaftsstrategien im Krankensektor in Deutschland und Großbritannien

Wir haben argumentiert, dass gewerkschaftliche Strategien nicht allein durch institutionelle Rahmenbedingungen auf Makroebene, ebenso wenig jedoch nur durch Akteurshandeln bestimmt werden. Vielmehr gehen wir von Wechselwirkungen zwischen sozioökonomischen Strukturen, Institutionen und mit unterschiedlichen Machtressourcen ausgestatteten Akteuren auf verschiedenen Ebenen aus. Die Erosion struktureller, institutioneller und assoziativer gewerkschaftlicher Machtressourcen im Krankensektor, eingebettet in ähnliche, jedoch nicht einheitliche Trends auf nationaler Ebene, hat die Strategien der Gewerkschaft ver.di verändert. Während der Einfluss deutscher Gewerkschaften in der Vergangenheit stark auf institutioneller Macht basierte und ihre eigene Organisationsmacht demgegenüber in den Hintergrund trat (Rehder, 2014, S. 252), hat ver.di im Krankensektor verschiedene Ansätze entwickelt, mit denen insbesondere die organisationale Macht als Voraussetzung für erfolgreiche Tarifverhandlungen gestärkt werden soll.

Beispielsweise hat ver.di in den 2000er Jahren begonnen, Organizing-Strategien US-amerikanischer Gewerkschaften zu adaptieren (z. B. Dribbusch, 2008). Auch im Krankensektor hat ver.di zwei Organizing-Projekte durchgeführt. Aufgrund verschiedener Probleme brachten diese einerseits nur begrenzte und teilweise wenig nachhaltige Erfolge, andererseits konnten institutionelle Ressourcen, wie die Betriebsräte, gestärkt werden (Nachtwey & Thiel, 2014). Grundsätzlich besteht ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen Organizing-Ansätzen, die auf Prinzipien wie basisdemokratischer Beteiligung und Formierung von Gegenmacht gegenüber Unternehmen basieren (Rehder, 2014), und zentralen Elementen deutscher Gewerkschaftsidentität und -kultur, wie den Prinzipien kollektiver Repräsentation und der Sozialpartnerschaft (Prott, 2013, S. 253).

Ein weiteres neues Konzept der Gewerkschaft ver.di, das „zwischen“ traditioneller Gewerkschaftsarbeit und Organizing-Ansätzen verortet werden könnte, ist die bedingungsgebundene Tarifarbeit (bgT). Es wurde von ver.di als Reaktion auf die fragmentierte Tariflandschaft im Krankensektor entwickelt. „Bedingungsgebunden“ bedeutet, dass eine gewisse organisationale Stärke als notwendige Bedingung für gewerkschaftliches Handeln in einem Betrieb vorausgesetzt wird. Ist die Organisationsmacht zu gering, müssen zunächst Mitglieder geworben werden, bevor Tarifverhandlungen aufgenommen werden (Interview 04). Gewerkschaftsmitglieder werden aktiv daran beteiligt, Forderungen aufzustellen, und die Ergebnisse von Tarifverhandlungen werden zur Abstimmung gestellt. Obwohl die bgT von manchen innerhalb der Gewerkschaft als ein Weg gesehen wird, das deutsche Modell industrieller Beziehungen mit mehr Mitgliederbeteiligung zu verbinden (Interview 05), treten in der Praxis diesbezüglich zuweilen Konflikte mit bestehenden Gremien auf (Interview 04).

Unter Anwendung des Konzepts der bgT war ver.di in der Lage, in einigen Krankenhäusern und Servicebetrieben sehr hohe Organisationsgrade zu erreichen (Interview 01). Ver.di verfolgt dabei die Strategie, für die bgT eher größere Krankenhäuser zu wählen, die in ihrer Region gewisse Standards setzen und so den Markt beeinflussen. Langfristig zielt ver.di darauf ab, ein einheitliches Tarifniveau orientiert an dem des öffentlichen Sektors im Krankenhausbereich wiederherzustellen (Interview 07).

Sowohl Organizing als auch bgT werden von ver.di weiter angewandt und fortentwickelt. Elemente beider Konzepte sollen im Kontext des Organisationsentwicklungsprogramms „Perspektive 2015“, das auf mehr Mitgliederorientierung abzielt, weiter in ver.di verankert werden. Insbesondere die bgT zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich gut in die „ganz normale praktische Arbeit“ integrieren lässt (Interview 05).

Eine weitere Strategie, die ver.di im Krankenhaussektor verfolgt, bezieht sich auf kirchliche Einrichtungen. Ver.di fordert die Abschaffung des kirchlichen Arbeitsrechts und strebt an, auch mit den Kirchen Tarifverträge abzuschließen. Eine Verfassungsbeschwerde gegen die Einschränkung des Streikrechts in kirchlichen Häusern scheiterte zwar 2015, dennoch läuft weiterhin eine Kampagne ver.di („Streikrecht ist Grundrecht“). Außerdem gelang es ver.di, einige regionale Tarifverträge im Bereich der Diakonie abzuschließen, dort scheinen aufgrund der vielen Aktivitäten ver.di auch die Mitgliederzahlen zu steigen (Interview 03), womit die Gewerkschaft ihre organisationale Stärke in Bereichen erhöhen kann, die bisher größtenteils unorganisiert waren.

Obwohl ver.di einen stärkeren Fokus auf die Mitgliedergewinnung legt, ist keine radikale Abkehr von der „Einflusslogik“ in Richtung „Mitgliedschaftslogik“ festzustellen. Lobbying-Strategien und Prinzipien der Sozialpartnerschaft werden nicht aufgegeben. Lobbying ist besonders wichtig im Gesundheitssektor, da dieser stark von staatlicher Regulierung, z.B. gesetzlichen Regelungen zur Refinanzierung von Leistungen, geprägt ist. Allerdings können eher „traditionelle“ Ansätze der gewerkschaftlichen Politik mit neuen Elementen, z.B. stärkerer Mitgliederorientierung, kombiniert werden. In die Planung und Durchführung der Kampagne „Der Druck muss raus“, die ver.di seit fast zehn Jahren im Krankenhaussektor führt, werden ehrenamtliche Gewerkschafter und Gewerkschafterinnen über einen Kampagnenrat einbezogen (Interview 08). Die Kampagne greift teilweise auf Organizing-Ansätze zurück (Nachtwey & Thiel, 2014, S. 269).

Die britischen Gewerkschaften waren schon früher von Veränderungen ihrer Machtressourcen betroffen als jene in Deutschland. Einschneidend waren die Reformen der Thatcher-Regierung seit dem Ende der 1970er Jahre. Die Gewerkschaften reagierten auf den Zusammenbruch institutioneller Arrangements (z.B. Abschaffung des „Closed-shop“-Prinzips, Einschränkung des Streikrechts) und ihre verringerten politischen Einflussmöglichkeiten mit einer Stärkung ihrer Präsenz auf Unternehmensebene (Heery, Kelly & Waddington, 2003, S. 83). Im britischen System der eingliedrigen („single channel“) Beschäftigtenvertretung ist die organisationale Stärke der Gewerkschaften eng an ihre Tarifverhandlungsmacht gekoppelt. Vor dem Hintergrund sinkender Organisationsgrade und der Dezentralisierung der Tarifverhandlungen hat sich Organizing seit den 1980er Jahren zu einem „highly formalized and specialized set of activities“ britischer Gewerkschaften entwickelt (Kelly & Frege, 2004, S. 184).

Um dem Mitgliederschwund zu begegnen, verfolgen die britischen Gewerkschaften verschiedene Strategien (Heery et al., 2003). Erstens versuchen sie, durch den Abschluss von „Partnerschaftsabkommen“ eine Grundlage für die Anerkennung durch das Unternehmen zu schaffen. Diese Abkommen spielen allerdings nur eine geringe Rolle. Von größerer Bedeutung sind zweitens Organisierungsstrategien und drittens die Bereitstellung von Beratungsleistungen für Mitglieder. Wesentlich weiter verbreitet als der ressourcenintensive „Servicing“-Ansatz ist dabei der Organizing-Ansatz (Heery, Simms, Simpson, Delbridge & Salmon, 2000).

Seit den 1990er Jahren orientieren sich die britischen Gewerkschaften zunehmend am US-Organizing Modell. Der Trades Union Congress (TUC) hat formale Strukturen eingerichtet (z.B. Organizing Academy 1998, Partnership Institute 2001), um Organisierungskampagnen zu forcieren, die von professionellen Funktionärinnen und Funktionären durchgeführt werden (Heery et al., 2003, S. 82). Obwohl die britischen Organizer und Organizerinnen konstatieren, viel von ihren Kolleginnen und Kollegen aus den USA gelernt zu haben, haben sie das US-Modell an den britischen Kontext angepasst (Heery et al., 2000, S. 42). Die stark verankerte Tradition der betrieblichen Gewerkschaftsorganisation hat sich als förderlich für die Durchsetzung mitgliederorientierter Strategien erwiesen (Heery et al., 2000, S. 81). Trotzdem ist der Organizing-Ansatz bei Funktionärinnen und Funktionären sowie Mitgliedern nicht gänzlich unumstritten. Zudem erschweren die vergleichsweise dezentralen Strukturen britischer Gewerkschaften sowie zunehmende Gewerkschaftskonkurrenz die Durchführung breiter Organisierungskampagnen.

Die Revitalisierungsbemühungen der Gewerkschaften konnten den allgemeinen langfristigen Trend des Mitgliederrückgangs nicht abwenden. Die Mitgliederzahlen der allgemeinen Gewerkschaften im Bereich des Pflegepersonals sind jedoch, auch aufgrund der gewerkschaftlichen Organisierungsbemühungen, in den letzten Jahren stabil geblieben oder leicht angestiegen (Interviews 10, 11). Als am schwierigsten und mit dem größten Ressourcenaufwand zu organisieren, gelten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in kleineren Kliniken oder in kommunal betriebenen Einrichtungen sowie in ausgelagerten, ehemals öffentlichen Einrichtungen beschäftigt sind (Interviews 10, 16). Die Berufsgewerkschaft RCN verzeichnet kontinuierlich steigende Mitgliederzahlen. Die Mitgliederstrategien des RCN fokussieren vor allem auf die Bereitstellung beruflicher Beratungsleistungen, während Organisierungsstrategien kaum von Bedeutung sind (Interview 12).

Die im Gesundheitssektor bedeutsamsten allgemeinen Gewerkschaften verfolgen keine systematisch zwischen den Branchen variierenden Organisierungsansätze. Sie setzen unterschiedliche mitgliederbezogene Ansätze ein, wie beispielsweise „community organizing“ und „relational organizing“ in verschiedenen räumlichen Kontexten sowie für bestimmte berufliche und ethnische Gruppen (Interviews 10, 16).

Im Gegensatz zur Privatwirtschaft stehen den Gewerkschaften in Teilen des öffentlichen Sektors, wie auch dem NHS, tripartistische Institutionen zur Verfügung. Diese institutionellen Ressourcen erlauben es den Gewerkschaften im Gesundheitssektor, neben mitgliederorientierten Revitalisierungsstrategien auch überbetriebliche tarifpolitische Strategien zu verfolgen. In dem mehrjährigen Verhandlungsprozess zur AfC wurde die Entgeltordnung für die Beschäftigten im NHS vereinheitlicht und „equal pay“-Grundsätze verankert (Interview 15). Insgesamt hat die AfC verteilungspolitische Vorteile für die Beschäftigtenseite gebracht (Galletto & Marginson, 2011, S. 11).

In Gremien wie dem NHS Staff Council erfolgt eine enge Abstimmung der tarif- und branchenpolitischen Interessen der Gewerkschaften (Interviews 13, 15). Im von korporatistischen Strukturen geprägten Gesundheitssektor ist das Verhältnis zwischen den Beschäftigtenorganisationen traditionell kooperativ. In den letzten Jahren haben die Gewerkschaften gemeinsam gegen staatliche Einsparungsmaßnahmen im NHS protestiert und ihre Zusammenarbeit verstärkt (Interviews 10, 14). Gegen die jüngsten Sparmaßnahmen im NHS, die einseitig von der Regierung gegen die Empfehlungen des PRB durchgesetzte Nulllohnrun-

den bzw. strikte Lohnzurückhaltung beinhalteten, riefen die Gewerkschaften zu Demonstrationen auf. Im Herbst 2014 fanden mehrere stundenweise koordinierte Streiks und „Dienst nach Vorschrift“-Aktionen der Gewerkschaften statt (Interview 14). Das RCN nahm zwar nicht an den Arbeitskampfmaßnahmen, dafür aber an Demonstrationen gegen den Sparkurs der Regierung teil. Eine andere, ansonsten ebenso streik-averse Berufsgewerkschaft, das Royal College of Midwives, nahm erstmalig aktiv an nationalen Arbeitskampfmaßnahmen teil (Interviews 11, 16). Dies und die Beteiligung von Pflegekräften aus den großen Gewerkschaften an den Streikaktionen ist aus Sicht einer Gewerkschaftsvertreterin ein Zeichen für die besonders große Verärgerung der Beschäftigten über die ausbleibenden Lohn-erhöhungen (Interview 11), da Krankenpflegekräfte normalerweise aufgrund ihrer starken Orientierung auf das Patientenwohl als wenig streikfreudig gelten (Interview 09).

In Deutschland wie in Großbritannien prägen Institutionen und Ressourcen auf verschiedenen Ebenen die gewerkschaftlichen Strategien. Mit zunehmender Fragmentierung der Tariflandschaft und verstärktem Wettbewerb zwischen Trägern im deutschen Krankenhaussektor schwinden institutionelle Machtressourcen der Gewerkschaften, was eine stärkere Orientierung auf die Erhöhung ihrer Organisationsmacht nötig scheinen ließ. „Organisieren am Konflikt“ (Kocsis, Sterkel & Wiedemuth, 2013) gewinnt an Gewicht in der koordinierten Marktwirtschaft Deutschlands. Im liberalen Modell Großbritanniens ist die Organisationsmacht für die Gewerkschaften traditionell von großer Bedeutung, während im NHS gleichzeitig eine Logik der Kooperation im Bereich der Entgeltfindung und der Aus- handlung der Arbeitsbedingungen wirkt. Mit ihren Sparmaßnahmen stellte die britische Regierung diese Logik allerdings partiell in Frage. In dem darauffolgenden Konflikt mobilisierten die Gewerkschaften ihre Mitglieder in Streiks und Demonstrationen.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Ein Großteil der Forschung zu industriellen Beziehungen und gewerkschaftlicher Revitalisierung fokussiert auf nationale Faktoren, die gewerkschaftliche Strategien beeinflussen, während andere Ebenen in der Analyse häufig weniger berücksichtigt werden. Es wird erwartet, dass die Reaktionen der Gewerkschaften auf interne und externe Herausforderungen historisch durch nationale Entwicklungspfade geprägt worden sind (Baccaro, Hamann & Turner, 2003; Frege & Kelly, 2013).

Zweifellos bleiben Unterschiede zwischen nationalen „Modellen“ industrieller Beziehungen bestehen, gleichzeitig haben jedoch nationale Institutionen und Praktiken der Arbeitsbeziehungen ihren prägenden Einfluss auf gewerkschaftliches Verhalten teilweise verloren. Mit einem Vergleich von Stabilität und Wandel gewerkschaftlicher Strategien in den Krankenhaussektoren Deutschlands und Großbritanniens wollten wir demonstrieren, dass gewerkschaftliches Handeln nicht mit einem Fokus auf eine einzige Ebene verstanden und nicht als bloßes Ergebnis institutioneller Konstellationen auf nationalstaatlicher Ebene begriffen werden kann. Während die Gewerkschaften im britischen Krankenhaussektor etablierten Praktiken der Mitgliederrekrutierung und des Organizing folgen, obwohl sie in diesem Bereich über ein vergleichsweise hohes Maß an institutioneller Macht verfügen, sind die deutschen Gewerkschaften von fest verankerten Praktiken abgewichen und haben neue

Methoden entwickelt, die Tarifpolitik und Organisierung integrieren. Aus einer dynamischen multiskalaren Perspektive sind die Sichtweisen, Einstellungen und das strategische Verhalten der Akteure gleichzeitig auf verschiedenen, aber miteinander verknüpften Ebenen institutionell eingebettet. Unter den jeweils spezifischen Machtverhältnissen können die Akteure selbst Institutionen aufbauen, verändern und zerstören.

Im britischen Fall gelang es der Regierung nicht, ihre Ziele durch Reformen der Organisationsstrukturen und Entgeltfindung im NHS vollständig durchzusetzen. Die angestrebte Dezentralisierung der Entgeltbestimmung im NHS scheiterte bereits in den 1990er Jahren unter anderem, weil das lokale Management nicht in der Lage (etwa aufgrund fehlender Ressourcen und Kompetenzen) oder willens war, Tarifverhandlungen auf Krankenhausebene zu führen. Die gleichzeitigen Sparvorgaben der Regierung und die Tatsache, dass in NHS Trusts übergeleitete Beschäftigte ihre „national contracts“ behielten, begrenzten die lokalen Spielräume für die Entgeltfindung stark (Bach & Winchester, 1994; Hamilton, 2000, S. 285). Trotz der Option, den nationalen Rahmen der AfC zu verlassen, hat dies bisher erst ein Foundation Trust getan (Galletto & Marginson, 2011, S. 14). Weiterhin konnten politisch hoch profilierte Berufsgruppen wie Krankenpflegekräfte sowie Ärzte und Ärztinnen mit ihrem Widerstand erreichen, dass die auf Vermarktlichung zielenden Maßnahmen der Regierung nur in modifizierter Form umgesetzt wurden (Bach & Kolins Givan 2011, S. 2359). Der Einfluss der Regierung auf die Entgeltbestimmung im NHS ist gegenüber den organisierten Interessen von Beschäftigten und Arbeitgebern zwar ungleich höher, da Entgelterhöhungen letztlich durch Regierungsentscheidung erfolgen. Die Regulierung der Arbeitsbedingungen erfolgt jedoch in tripartistischen Gremien, die eine Grundlage für kooperative Beziehungen zwischen den NHS Employers und den Gewerkschaften einerseits, sowie innerhalb der Beschäftigtenorganisationen andererseits geschaffen haben. Im Zeitverlauf konnten sich so Logiken der Koordinierung der Tarifpolitik und der Kooperation im Gesundheitssektor herausbilden. Solche institutionellen Ressourcen können Gewerkschaften auch dann noch Macht verleihen, wenn ihre assoziativen Ressourcen schwinden. Dies steht in einem diametralen Gegensatz zu den Praktiken der industriellen Beziehungen in der Privatwirtschaft, wo Löhne und Arbeitsbedingungen größtenteils durch dezentralisierte Verhandlungen oder individuelle Verträge bestimmt werden.

Assoziative Machtressourcen und gewerkschaftliche Strategien, die auf die Erhöhung der Organisationsmacht abzielen, sind in den disorganisierten und dezentralisierten Arbeitsbeziehungen Großbritanniens von großer Bedeutung. Wie die empirischen Befunde gezeigt haben, gilt das auch im Krankenhaussektor, in dem Organisierungskampagnen ebenso verbreitet sind wie in anderen Branchen. Die Gewerkschaftsstrategien lassen sich deshalb nicht alleine durch (regulative) institutionelle Machtressourcen auf der Sektorebene erklären. Ebenso wichtig sind normative Orientierungen, Denk- und Einstellungsmuster, die gleichzeitig auf mehreren Ebenen wirksam sind und (mitgliederorientierte) Praktiken branchenübergreifend prägen. Eine Analyse der Machtbeziehungen im Institutionengefüge des NHS macht außerdem deutlich, dass die Gewerkschaften zwar – im Vergleich zu anderen Branchen – über erhebliche institutionelle Ressourcen verfügen, in der Entgeltpolitik die Macht der Regierung aber überaus hoch ist. Die Beziehungen zwischen Akteuren der Beschäftigtenseite und dem Staat sind fragil und häufig konfliktär, insbesondere wenn der öffentliche Sektor Gegenstand austeritätsgetriebener Reformen wird. Gewerkschaften sind

daher auf ihre Organisationsmacht und ihre Fähigkeit, die Mitglieder gegen kostensenkende Reformen zu mobilisieren, angewiesen.

Im deutschen Fall lassen sich eine Fragmentierung der industriellen Beziehungen und ein Rückgang der Tarifbindung im Krankenhaussektor beobachten. Die weitreichenden Privatisierungsprozesse im Krankenhaussektor – ein Indikator für die zunehmende Dominanz der Marktlogik – und die damit einhergehende Erosion sektorweiter Tarifverhandlungen haben die Gewerkschaften (insbesondere ver.di) gezwungen, sich auf eine andere Handlungsebene zu konzentrieren: die Unternehmens- anstelle der Sektorebene. Die Umorientierung des gewerkschaftlichen Handelns beförderte die Entwicklung neuer Strategien, um die Macht der Gewerkschaft zu stärken oder wiederherzustellen. Neben Organizing-Kampagnen, die vom amerikanischen Modell inspiriert waren, hat ver.di im Krankenhaussektor die bereits erwähnte bedingungsgebundene Tarifarbeit entwickelt. Diese wurde in verschiedenen Krankenhäusern erfolgreich angewandt und Elemente davon werden außerdem auf den Bereich des Flächentarifvertrags übertragen. Hierbei besteht allerdings aus gewerkschaftlicher Perspektive die Herausforderung, diejenigen Flächentarifverträge und Tarifverhandlungsarrangements, die noch immer intakt sind, und damit eine Quelle institutioneller Macht für die Gewerkschaften darstellen, nicht durch einen exklusiven Fokus auf organisationale Macht zu gefährden (vgl. auch Rehder, 2014, S. 256). Während die Gewerkschaften in Deutschland zu schwach waren, einheitliche tarifliche Standards im Krankenhaussektor durchzusetzen, sind sie teilweise in der Lage, die industriellen Beziehungen auf Unternehmensebene mitzugestalten und neue Machtressourcen zu erschließen. Diese Strategien auf Unternehmensebene zielen außerdem langfristig darauf ab, sektorweit gültige Tarifstandards zu (re-)etablieren. Die Entwicklung der bedingungsgebundenen Tarifarbeit ist ein Beispiel dafür, wie einerseits Machtbeziehungen auf verschiedenen Ebenen Handlungsstrategien beeinflussen, und wie andererseits Akteure selbst institutionelle Ressourcen aufbauen können.

Literatur

- Baccaro, L. & Howell, C. (2011). A Common Neoliberal Trajectory: The Transformation of Industrial Relations in Advanced Capitalism. *Politics & Society*, 39 (4), 521–563.
doi:10.1177/0032329211420082
- Baccaro, L., Hamann, K. & Turner, L. (2003). The politics of labour movement revitalization: the need for a revitalized perspective. *European Journal of Industrial Relations*, 9 (1), 119–133.
doi:10.1177/0959680103009001455
- Bach, S. & Kessler, I. (2012). *The Modernisation of the Public Services and Employee Relations. Targeted Change*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bach, S. & Kolins Givan, R. (2011). Varieties of new public management? The reform of public service employment relations in the UK and USA. *The International Journal of Human Resource Management*, 22 (11), 2349–2366. doi:10.1080/09585192.2011.584399
- Bach, S. & Winchester, D. (1994). Opting Out of Pay Devolution? The Prospects for Local Pay Bargaining in UK Public Services. *British Journal of Industrial Relations*, 32 (2), 263–282.
doi:10.1111/j.1467-8543.1994.tb01044.x
- Beese, B. & Vogel, S. (2009). Representativeness of the European social partner organisations: Hospitals – Germany. EurWORK. European Observatory of Working Life. Abgerufen am 17.05.2016 von <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn0802017s/de0802019q.htm>

- BIS (2015). Trade Union Membership 2014: Statistical Bulletin, Department for Business, Innovation and Skills. Abgerufen am 17.05.2016 von https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/431564/Trade_Union_Membership_Statistics_2014.pdf
- BMA (2016). About the BMA. Abgerufen am 17.05.2016 von <http://www.bma.org.uk/about-the-bma>
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England). Health System Review. Health Systems in Transition, 13 (1), 1–486.
- Busse, R. & Riesberg, A. (2005). Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- DGB (2016). DGB-Mitgliederzahlen ab 2010. Abgerufen am 12.05.2016 von <http://www.dgb.de/uber-uns/dgb-heute/mitgliederzahlen/2010>
- Dörre, K. & Schmalz, S. (2013). Einleitung. Comeback der Gewerkschaften? Eine machtssoziologische Forschungsperspektive. In S. Schmalz & K. Dörre (Hrsg.), Comeback der Gewerkschaften? Machtressourcen, innovative Praktiken, internationale Perspektiven (S. 13–38). Frankfurt/M.: Campus.
- Dribbusch, H. (2008). Organizing in der Fläche: Die ver.di/SEIU-Kampagne im Hamburger Bewahrungsgewerbe. WSI-Mitteilungen, 61 (1), 18–24.
- Frege, C. & Kelly, J. (Hrsg.). (2013). Comparative employment relations in the global economy. Abingdon: Routledge.
- Galetto, M. & Marginson, P. (2011). Industrial relations and changing governance in the hospitals sector in the United Kingdom in the 2000s. GUSTO Project WP 6 Paper.
- Gerlinger, T. (2014). Gesundheitsreform in Deutschland. Hintergrund und jüngere Entwicklungen. In A. Manzei & R. Schmiede (Hrsg.), 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Gesundheit und Gesellschaft (S. 35–69). Wiesbaden: Springer VS.
- Glassner, V., Pernicka, S., & Dittmar, N. (2015). Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 306. Abgerufen am 17.05.2016 von <http://www.boeckler.de/5248.htm?produkt=HBS-006246&chunk=1&jahr=2015>
- Grimshaw, D., Jaehrling, K., van der Meer, M., Méhaut, P. & Shimron, N. (2007). Convergent and divergent country trends in coordinated wage setting and collective bargaining in the public hospitals sector. *Industrial Relations Journal*, 38 (6), 591–613. doi:10.1111/j.1468-2338.2007.00465.x
- Gröschl-Bahr, G. & Stumpfögger, N. (2008). Krankenhäuser. In T. Brandt, T. Schulten, T., G. Sterkel & J. Wiedemuth (Hrsg.), Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik (S. 165–180). Hamburg: VSA-Verlag.
- Hall, P. & Soskice, D. (2001). Varieties of Capitalism. The Institutional Foundations of Comparative Advantage. Oxford: Oxford University Press.
- Hamilton, P. (2000). Attaining agreement: a rhetorical analysis of an NHS negotiation. *International Journal of Public Sector Management*, 13 (3), 285–300. doi:10.1108/09513550010346161
- Hassel, A. (2014). The Paradox of Liberalization – Understanding Dualism and the Recovery of the German Political Economy. *British Journal of Industrial Relations*, 52 (1), 57–81. doi:10.1111/j.1467-8543.2012.00913.x
- Heery, E., Kelly, J. & Waddington, J. (2003). Union revitalization in Britain. *European Journal of Industrial Relations*, 9 (1), 79–97.
- Heery, E., Simms, M., Simpson, D., Delbridge, R. & Salmon, J. (2000). Organizing unionism comes to the UK. *Employee Relations*, 22 (1), 38–53. doi:10.1108/EUM000000005307
- Huffschmid, J. (2008). Die Bedeutung der EU für die Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen. In T. Brandt, T. Schulten, G. Sterkel & J. Wiedemuth (Hrsg.), Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik (S. 165–180). Hamburg: VSA-Verlag.

- Hürtgen, S. (2014). Labour as a transnational actor, and labour's national diversity as a systematic frame of contemporary competitive transnationality. *Capital & Class*, 38 (1), 211–223. doi:10.1177/0309816813514212
- Keller, B. (2010). *Arbeitspolitik im öffentlichen Dienst. Ein Überblick über Arbeitsmärkte und Arbeitsbeziehungen*. Berlin: edition sigma.
- Kelly, J. & Frege, C. (2004). Conclusions: Varieties of Unionism. In C.M. Frege & J. Kelly (Hrsg.), *Varieties of Unionism. Strategies for Union Revitalization in a Globalizing Economy* (S. 181–195). Oxford: Oxford University Press.
- Kirkpatrick, I. & Hoque, K. (2005). The decentralisation of employment relations in the British public sector. *Industrial Relations Journal*, 36 (2), 100–120. doi:10.1111/j.1468-2338.2005.00348.x
- Kocsis, A., Sterkel, G. & Wiedemuth, J. (Hrsg.). (2013). *Organisieren am Konflikt. Tarifauseinandersetzungen und Mitgliederentwicklung im Dienstleistungssektor*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Krachler, N. & Greer, I. (2015). When does marketisation lead to privatisation? Profit-making in English health services after the 2012 Health and Social Care Act. *Social Science & Medicine*, 124 (2015), 215–223. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.045
- Kraemer, B. (2011). *Germany: Industrial Relations in the Health Care Sector*. EurWORK. European Observatory of Working Life. Abgerufen am 17.05.2016 von <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1008022s/de1008029q.htm>
- Nachtwey, O. & Thiel, M. (2014). Chancen und Probleme pfadabhängiger Revitalisierung. *Gewerkschaftliches Organizing im Krankenhauswesen. Industrielle Beziehungen*, 21 (3), 257–276.
- NHS (2015). *The NHS in England. About the National Health Service (NHS)*. Abgerufen am 17.05.2016 von <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
- Palier, B. & Thelen, K. (2010). Institutionalizing Dualism: Complementarities and Change in France and Germany. *Politics & Society*, 38 (1), 119–148. doi:10.1177/0032329209357888
- Park, A., Curtice, J., Thomson, K., Jarvis, L. & Bromley, C. (Hrsg.). (2003). *British Social Attitudes*. London: SAGE Publications.
- Pernicka, S. & Glassner, V. (2014). Transnational trade union strategies towards European wage policy: A neoinstitutional framework. *European Journal of Industrial Relations*, 20 (4), 317–334. doi:10.1177/0959680113518232
- Pernicka, S., Glassner, V. & Dittmar, N. (2016). Varieties of trade union membership policies from a multi-scalar perspective. Evidence from the German and British hospital sectors. *Comparative Labor Law and Policy*, 38 (1), 101–128.
- Pond, R. (2006). *Liberalisation, privatisation and regulation in the UK healthcare sector/hospitals. Country report on liberalisation and privatisation processes and forms of regulation*. Abgerufen am 17.05.2016 von http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Health_UK_November2006.pdf
- Prosser, T. (2011). *UK: Industrial Relations in the Health Care Sector*. EurWORK. European Observatory of Working Life. Abgerufen am 17.05.2016 von <http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/national-contributions/united-kingdom/uk-industrial-relations-in-the-health-care-sector>
- Prott, J. (2013). Organizing als riskante gewerkschaftliche Erneuerungsstrategie. In A. Kocsis, G. Sterkel & J. Wiedemuth (Hrsg.), *Organisieren am Konflikt. Tarifauseinandersetzungen und Mitgliederentwicklung im Dienstleistungssektor* (S. 235–254). Hamburg: VSA-Verlag.
- RCN (2015). *Runaway agency spending*. Abgerufen am 17.05.2016 von https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/608684/FF-report-Agency-spending_final_2.pdf

- Rehder, B. (2014). Vom Korporatismus zur Kampagne? Organizing als Strategie der gewerkschaftlichen Erneuerung. In W. Schroeder (Hrsg.), *Handbuch Gewerkschaften in Deutschland* (S. 241–264). Wiesbaden: Springer VS.
- Schulten, T. & Böhlke, N. (2009). Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkung auf Beschäftigte und Patienten. In N. Böhlke, T. Gerlinger, K. Mosebach, R. Schmucker & T. Schulten (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (S. 97–123). Hamburg: VSA-Verlag.
- Scott, R. (2008). *Institutions and Organisations: Ideas and Interests* (3. Aufl.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Seifert, H. & Massa-Wirth, H. (2005). Pacts for employment and competitiveness in Germany. *Industrial Relations Journal*, 36 (3), 217–240. doi:10.1111/j.1468-2338.2005.00355.x
- Statistisches Bundesamt (2014). *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2013*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Streeck, W. (1997). German Capitalism: Does it Exist? Can it Survive? In C. Crouch & W. Streeck (Hrsg.), *Political Economy of Modern Capitalism: Mapping Convergence and Diversity* (33–54). London: Sage Publications.
- Tepe, M., Gottschall, K. & Kittel, B. (2010). A Structural Fit between States and Markets? Public Administration Regulation and Market Economy Models in the OECD. *TransState Working Papers* 120. Bremen.
- Ver.di. (2015). Mehr von uns ist besser für alle. Geschäftsbericht Fachbereich 3. 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2014. Berlin: ver.di.
- Visser, J. (2015). ICTWSS Database, Version 5.0, 2015. Abgerufen am 17.05.2016 von <http://www.uva-aiaa.net/en/ictwss>
- Wright, E. O. (2000). Working-Class Power, Capitalist-Class Interests, and Class Compromise. *American Journal of Sociology*, 105 (4), 957–1002. doi:10.1086/210397
- WSI Tarifarchiv (2017). Tarifbindung. Abgerufen 14.03.2017 von https://www.boeckler.de/wsi-tarifarchiv_2257.htm