

STUDY

Nummer 306, Dezember 2015

Arbeitsbeziehungen im Krankensektor

Vera Glassner, Susanne Pernicka, Nele Dittmar

Glassner, Pernicka, Dittmar • Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor

Dieser Band erscheint als 306. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe »edition Hans-Böckler-Stiftung« in elektronischer Form fort.

Vera Glassner, Susanne Pernicka, Nele Dittmar

Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor

Hans **Böckler**
Stiftung 

Mitbestimmung · Forschung · Stipendien

© 2015 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

Satz: transcript, Bielefeld
ISBN: 978-3-86593-207-5

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne schriftliche Zustimmung der Hans-Böckler-Stiftung unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Inhalt

- 1 Einleitung** | 7
- 2 Strukturelle Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor** | 13
 - 2.1 Deutschland | 13
 - 2.1.1 Typisierung des deutschen Gesundheitssystems – das Bismarck'sche Modell | 13
 - 2.1.2 Krankenhausfinanzierung in Deutschland | 15
 - 2.1.3 Liberalisierung und Privatisierung im Krankenhaussektor | 18
 - 2.2 Großbritannien als kontrastierender Vergleichsfall | 26
 - 2.2.1 Überblick über das britische Gesundheitssystem – das Beveridge-Modell | 26
 - 2.2.2 Aktuelle Reformen des NHS | 29
- 3 Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor** | 33
 - 3.1 Deutschland | 33
 - 3.1.1 Kollektive Akteure der Arbeitsbeziehungen | 35
 - 3.1.2 Desorganisation und Fragmentierung der Arbeitsbeziehungen | 41
 - 3.1.3 Veränderungen des Tarifsystems im öffentlichen Sektor | 42
 - 3.1.4 Die Tariflandschaft im Krankenhaussektor | 44
 - 3.2 Großbritannien | 51
 - 3.2.1 Kollektive Akteure der Arbeitsbeziehungen | 51
 - 3.2.2 Das Tarifsystem im NHS | 56
 - 3.2.3 Reformen des Tarifsystems des NHS | 59
- 4 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen** | 65
 - 4.1 Deutschland | 65
 - 4.2 Großbritannien | 70

5 Transnationale Arbeitsmobilität im Krankenhaussektor | 75

5.1 Migration im Gesundheitswesen Deutschlands | 75

5.2 Migration im Gesundheitswesen Großbritanniens | 78

6 Kritische Diagnose und Fazit

Gegentrends zur Ökonomisierung des Krankenhaussektors | 81

6.1 Dynamiken und Grenzen der Privatisierung
in Deutschland und Großbritannien | 81

6.2 Gegenbewegungen gegen eine Ökonomisierung des Krankenhaussektors | 82

6.3 Gewerkschaftliche Reaktionen
am Beispiel der bedingungsgebundenen Tarifarbeit | 85

Literatur | 89

Interviewübersicht | 99

Autorinnen | 101

1 Einleitung

Dieser Band behandelt die Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor in Deutschland und – kontrastierend hierzu – in Großbritannien¹. Im Zentrum stehen aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen für arbeitspolitische Gestaltungsakteure (Gewerkschaften, Arbeitgeber, Berufsverbände und staatliche Akteure) im Krankenhaussektor und deren strategische Handlungspotenziale.

Die Gesundheitssysteme beider Länder, Deutschlands und Großbritanniens, stehen vor ähnlichen Herausforderungen, wie dem demografischen Wandel, der Privatisierung und Liberalisierung von Gesundheitsdienstleistungen und dem öffentlichen Spardruck. Der deutsche weist gegenüber dem britischen Krankenhaussektor aber grundlegende Unterschiede hinsichtlich der institutionellen Rahmenbedingungen und der kollektiven Arbeitsbeziehungen, das heißt des Verhältnisses zwischen den Arbeitgebern und Arbeitnehmern² und ihren Interessenvertretungen, auf. Darüber hinaus weichen die Strukturen im Krankenhaussektor in Deutschland und Großbritannien in bemerkenswerter Weise von den jeweiligen Systemen der nationalen Arbeitsbeziehungen ab.

Im (erodierenden) korporatistischen System Deutschlands mit einem traditionell hohen Ausmaß an Koordinierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern weist der Krankenhaussektor ein weltweit einmaliges Niveau an Privatisierungsprozessen auf. Darüber hinaus lässt sich eine dreifache Fragmentierung in den Arbeitsbeziehungen beobachten, und zwar (1) zwischen den

1 | Dieser Band stützt sich auf empirische Befunde, die im Rahmen der DFG-Forscherguppe »Europäische Vergesellschaftungsprozesse. Horizontale Europäisierung zwischen nationalstaatlicher und globaler Vergesellschaftung« (FOR 1539) im Teilprojekt »Arbeitsbeziehungen in Europa« entstanden sind. Wir danken Mag. Stefan Wagner für Recherchearbeiten im Krankenhaussektor.

2 | Für den gesamten Band verwenden wir abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise und meinen damit jeweils beide Geschlechter.

verschiedenen Krankenhausträgern (öffentlich, freigemeinnützig, privat), (2) zwischen den Kernbelegschaften in den Krankenhäusern und in den ausgegliederten Bereichen (wie etwa Reinigungsdienste) und (3) zwischen verschiedenen Berufsgruppen (Ärzten, Pflegepersonal etc.) (s. dazu Schulden/Böhlke 2009). Im Gegensatz dazu sind im pluralistischen System Großbritanniens die nationalen Arbeitsbeziehungen (seit der Amtsperiode der Thatcher-Regierung) stark dezentralisiert, während der Krankenhaussektor durch einen hohen Koordinierungs- und Zentralisierungsgrad der Arbeitsbeziehungen geprägt ist. Privatisierungen und Ausgliederungen im britischen Krankenhaussektor verlaufen anders und sind vor dem Hintergrund umfassender Liberalisierungs- und Privatisierungsprozesse in Großbritannien seit den 1980er Jahren überraschenderweise erheblich geringer ausgeprägt als im deutschen Krankenhaussektor.

Während der deutsche Krankenhaussektor von einem außergewöhnlich hohen Anteil von Krankenhäusern in privater Trägerschaft gekennzeichnet ist und Tarifverhandlungen in diesem Segment weitgehend dezentral stattfinden, verlaufen die Lohnkoordinierungen im britischen NHS (*National Health Service*) auf zentraler Ebene. Auch die Prozesse der Desorganisierung der Arbeitnehmerseite unterscheiden sich. Im deutschen Krankenhaussektor ist es einerseits zu managementgetriebenen Abspaltungsprozessen durch Auslagerungen von einfachen Dienstleistungen in krankenhauseigene Servicegesellschaften gekommen, andererseits hat die Berufsgruppe der Ärzte im Marburger Bund selbst zu einer Partikularisierung und Entsolidarisierung der Arbeitnehmerschaft beigetragen. Im britischen Krankenhaussektor hingegen ist es den Arbeitnehmerorganisationen zumindest teilweise gelungen, verschiedene Arbeitnehmergruppen (Pflegepersonal, Hilfskräfte in Küchen, Reinigung etc.) in tarifliche Strukturen (wieder-)einzubetten. Lohnverhandlungen werden für alle im NHS beschäftigten Arbeitnehmerinnen (mit Ausnahme der Ärzte und Zahnärzte) geführt und Arbeitsstandards zum Teil gemeinsam für Ärzte und Pflegepersonal verhandelt. In [Tabelle 1](#) werden die zentralen Unterschiede zwischen den deutschen und den britischen Arbeitsbeziehungen auf nationaler Ebene und im Krankenhaussektor zusammengefasst.

Tabelle 1: Institutionen des Krankenhausesektors in Deutschland und in Großbritannien

	Deutschland	Großbritannien
nationale Arbeitsbeziehungen	(erodierender) Korporatismus	Pluralisierung und Fragmentierung
Arbeitsbeziehungen im Krankenhausesektor	Pluralisierung und Fragmentierung erodierende Tariflandschaft geringe institutionelle Macht der Gewerkschaften	Korporatismus intaktes System der Lohnkoordinierung hohe institutionelle Macht der Gewerkschaften
Strukturen im Krankenhausesektor	heterogene Struktur	relativ homogene Struktur
Prozesse der Desorganisierung und Fragmentierung der Belegschaften	managementgetriebene Abspaltungen: Auslagerungen von einfachen Dienstleistungen arbeitnehmergetriebene Abspaltungen: Partikularisierung und Entsolidarisierung der Ärzteschaft von anderen Berufsgruppen	Auslagerungen, aber (zumindest teilweise) Wiedereinbettung in tarifliche Strukturen teilweise gemeinsame Verhandlungen der Arbeitsbedingungen (nicht Löhne) von Ärztinnen und Pflegepersonal

Eine der vielleicht zentralsten Ursachen für diese im Gesamtkontext der beiden Systeme überraschenden Ausprägungen der Arbeitsbeziehungen im Krankenhausesektor ist in den historisch-kulturell geprägten Organisationsprinzipien wohlfahrtsstaatlicher Gesundheitsleistungen zu finden. Das Bismarck'sche Modell der deutschen Sozialversicherung wird durch einkommensabhängige Beiträge der Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen finanziert und wurde in den 1880er Jahren durch eine Politik des Staates verankert (Lamping/Tamm 1994, S. 113). Die im Regierungsprogramm des Reichskanzlers Bismarck vorgesehene Versicherungsgesetzgebung folgte einem regierungs- und staatspolitischen Nutzen (Verringerung des Arbeiterelends). Sie war daher gerade nicht Ausdruck von gesellschaftlichen Bewegungen, sondern zielte darauf ab, soziale Aufstände und politische Gegenbewegungen abzumildern und die bestehende preußische Gesellschaftsordnung durch Verwaltungsakte zu stabilisieren (ebd., S. 118). Allerdings war dieses restriktive Stabilisierungs- und Integrationskonzept durch öffentlich-rechtlich überformte Kassen in den Anfängen nur mäßig erfolgreich. Nicht nur beschränkten sich die Institutionen zumeist selektiv auf Arbeiter, an denen der Staat und die Industrie ein spezielles Interesse hatten,

sodass weiterhin die sicherungsbedürftigsten Arbeiterschichten ohne Schutz blieben. Sie wiesen auch in organisatorischer Hinsicht eklatante Mängel auf, es existierten etwa unterschiedlichste Kassenformen nebeneinander (lokale, nationale, berufsgenossenschaftliche oder gemischte Zwangs- und freie Kassen), die sich in gravierendem Ausmaß hinsichtlich der Leistungen unterschieden (ebd., S. 119). Die historischen Hintergründe des auf Gedanken des englischen Sozialpolitikers William Beveridge zurückgehenden britischen Sozial- und Gesundheitswesens nach dem Zweiten Weltkrieg können diametraler kaum sein. Mit der Gründung des NHS und einer umfassenden Sozialversicherung, die rein aus Steuermitteln finanziert wird, sollten alle gesellschaftlichen Gruppen, Beschäftigte, Selbstständige, Erwerbsarbeitslose, Hausfrauen etc., gegen Risiken abgesichert werden. Dass man schließlich völlig vom Versicherungsprinzip abwich, wird auf die Kriegsumstände zurückgeführt, die zu einer beispiellosen Solidarität in Großbritannien geführt hätten (ebd., S. 129). Ereignisse wie diese prägen sich in das kollektive Gedächtnis (Halbwachs 1985) ein und tragen zu einem besseren Verständnis bei, warum der Staat als zentraler Akteur im britischen Krankenhaussektor – und abweichend von anderen gesellschaftlichen Bereichen – eine so bedeutsame und legitime Rolle im gesellschaftlichen Wertesystem der Briten einnimmt. Privatisierungs- und Dezentralisierungsprozesse verlaufen im Unterschied zu Deutschland daher nur inkrementell und in engen Grenzen. Die Tatsache, dass der deutsche Krankenhaussektor den im europäischen Vergleich höchsten Anteil privatisierter Krankenhäuser aufweist, ist demgegenüber nicht nur auf den höheren Stellenwert der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zur sozialen Absicherung im konservativen Wohlfahrtsstaat Deutschland (Esping-Andersen 1990) und auf eine traditionell dezentrale Steuerung des Gesundheitssystems durch Selbstverwaltungsakteure zurückzuführen. Mit der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 und der damit einhergehenden Abkehr vom Staatssozialismus erhielten vielmehr kapitalistische Marktprinzipien besondere symbolische Anerkennung. Die erste Privatisierungswelle im Krankenhaussektor setzte auch bereits wenig später in den frühen 1990er Jahren ein (Schulten 2006, S. 1). Eine weitere Privatisierungswelle, die ganz Deutschland umfasste, folgte in den 2000er Jahren.

Vor diesem Hintergrund werden in dem vorliegenden Band aktuelle Entwicklungen im deutschen und britischen Krankenhaussektor daher als Ergebnisse von längerfristigen Prozessen betrachtet. In ähnlicher Weise, wie sich die Ergebnisse historisch unterschiedlicher Ausgangsbedingungen manifestieren, sind auch die Gestaltungspotenziale und Gegenbewegungen zur umfassenden

Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen und zur Dezentralisierung der Arbeitsbeziehungen in den beiden Ländern verschieden ausgeprägt. Diese Überlegungen spiegeln sich auch im Aufbau des Bandes wider. Im zweiten Kapitel werden die strukturellen Bedingungen im Krankenhaussektor in Deutschland anhand einer Darstellung der Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems, der Krankenhausfinanzierung, der Privatisierungs- und Liberalisierungsprozesse sowie deren Auswirkungen auf die Trägerstrukturen ausführlich beschrieben. Es folgt eine kürzere kontrastierende Analyse des britischen Gesundheitssektors. Das dritte Kapitel behandelt die Arbeitsbeziehungen mit besonderer Berücksichtigung der kollektiven Akteure (Gewerkschaften, Berufsverbände, Arbeitgeberverbände) und der Tariflandschaft und -politik in den gewählten Ländern. Das vierte und fünfte Kapitel stellen die Beschäftigungsentwicklung und Arbeitsbedingungen sowie die Formen transnationaler Arbeitsmobilität als weitere Aspekte der strukturellen Veränderungen im Krankenhaussektor der beiden Länder dar. Neben dieser Identifizierung von aktuellen Entwicklungstrends im deutschen und britischen Krankenhaussektor schließt der Band im sechsten Kapitel mit einer kritischen Diagnose von Gestaltungspotenzialen und Gegenbewegungen zur umfassenden Privatisierung und Liberalisierung im Krankenhaussektor.

2 Strukturelle Rahmenbedingungen im Krankensektor

2.1 Deutschland

2.1.1 Typisierung des deutschen Gesundheitssystems – das Bismarck'sche Modell

Der deutsche Gesundheitssektor ist mit etwa 5,2 Millionen Beschäftigten (Ende 2012) eine der bedeutsamsten Branchen in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2014a). Gegenüber 2011 kam es zu einem Beschäftigungswachstum von 1,9 Prozent. Etwa jeder achte Beschäftigte in Deutschland war 2012 im Gesundheitswesen tätig. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP betrug im gleichen Jahr 11,3 Prozent (Statistisches Bundesamt 2014b).

Wie in der Einleitung beschrieben, ist ein noch heute grundlegendes Charakteristikum des deutschen Gesundheitssystems das Bismarck'sche Modell der Sozialversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist für Arbeitnehmer, deren Einkommen eine bestimmte Grenze nicht übersteigt, verpflichtend. Seit 1993 können (fast) alle Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen, »geöffnete« Krankenkassen sind verpflichtet, jede Eintrittswillige aufzunehmen (Busse/Riesberg 2005, S. 74). Etwa 89 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind durch die GKV versichert. Die Zahl der Krankenkassen in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verringert. Während es Anfang der 1990er Jahre noch über 1000 gesetzliche Krankenkassen gab, waren es 2014 nur noch 132. Insbesondere das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 löste viele Fusionen zwischen Krankenkassen aus und beschleunigte so den Konzentrationsprozess (GKV-Spitzenverband 2015a). Daneben existieren private Krankenversicherungen, in denen etwa 11 Prozent der Bevölkerung versichert sind und die nur Beamten, Selbstständigen und besser verdienenden Arbeitnehmern offenstehen (Gerlinger 2014, S. 36). Die in der Höhe einkommensabhängigen Beiträge zu gesetzlichen Krankenversicherungen bilden den Großteil der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens (Busse/Riesberg 2005, S. 70). Der Anteil

der GKV an den Gesundheitsausgaben lag 2012 bei 57,4 Prozent (Statistisches Bundesamt 2014b).

Finanziert werden die gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland durch bruttolohnbezogene Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge. Lange Zeit konnten die Krankenkassen die Höhe der Versicherungsbeiträge selbst bestimmen (Busse/Riesberg 2005, S. 42), sie mussten jedoch von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt werden (ebd., S. 72). Nachdem die freiwillige Wahl der Krankenkasse vom Gesetzgeber ermöglicht worden war, war die Beitragshöhe ein zentraler Faktor im Wettbewerb zwischen den Kassen (Gerlinger 2014, S. 39). Um unerwünschten Folgen wie der Selektion bestimmter Typen von Versicherten vorzubeugen, wurde jedoch ein Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen mit eingeführt. Im Zuge der Einrichtung eines »Gesundheitsfonds« wurde ab dem 1. Januar 2009 ein von der Bundesregierung festgelegter einheitlicher Beitragssatz für alle Kassen eingeführt, die Krankenkassen können jedoch (begrenzt) Zusatzbeiträge erheben (GKV-Spitzenverband 2015b). In den Gesundheitsfonds fließt auch ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss ein. Gerlinger sieht ein »Kernmerkmal des Bismarck'schen Krankenversicherungsmodells allmählich an Bedeutung« verlieren, da sich ein schrittweiser Anstieg steuerfinanzierter Zuschüsse gegenüber den Beiträgen aus Arbeitseinkommen in die GKV abzeichne (Gerlinger 2014, S. 65). Bis Juni 2005 herrschte in der GKV Beitragsparität zwischen Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen. Seitdem kam es zu einer Verschiebung in Richtung eines höheren Anteils des Arbeitnehmerbeitrags, da die Arbeitgeberanteile an den Beitragssätzen als Teil der Lohnkosten als »Gegenstand der internationalen Wettbewerbsfähigkeit betrachtet« wurden und werden (Busse/Riesberg 2005, S. 30).

Bereits in der ersten Hälfte der 1990er Jahre wurde ein Paradigmenwechsel in der deutschen Gesundheitspolitik eingeleitet, im Zuge dessen das Ziel der Absicherung des Risikos »Krankheit« hinter die Ziele der Wettbewerbsorientierung und der Anpassung an wahrgenommene Erfordernisse der Globalisierung zurücktrat (Gerlinger 2014, S. 35). Anfang der 1990er Jahre wurden grundlegende Strukturreformen im Hinblick auf dieses Ziel in Angriff genommen, da der Reformdruck aufgrund konjunkturell bedingter Mindereinnahmen der Kassen, steigender Ausgaben und der bevorstehenden Realisierung des EU-Binnenmarktes stark zugenommen hatte (ebd., S. 38). In der Folge wurden durch mehrere Reformen, u. a. mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 als Teil der »Agenda 2010« der Schröder-Regierung, weitere Anläufe unternommen, die Beitragssätze im GKV-System zu senken. Dieses Gesetz ist im Kontext einer

schlechten wirtschaftlichen Entwicklung sowie der EU-Kritik an den steigenden Sozialversicherungsbeiträgen in Deutschland, die als Gefahr für die wirtschaftliche Entwicklung und die Einhaltung der Maastricht-Kriterien angesehen wurden, zu sehen (Busse/Riesberg 2005, S. 238). Deutschland hat ein im EU- und internationalen Vergleich hohes Gesundheitsausgabenniveau, ohne dass die Leistungsfähigkeit (Grad der Zielerreichung bezogen auf die eingesetzten Mittel) des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich besonders hoch ist (ebd., S. 245 f.).¹ Eine Studie des Beratungsunternehmens KPMG auf Basis von OECD-Daten von 2013 kommt zu dem Ergebnis, dass Deutschland zwar in Bezug auf die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP im OECD-Vergleich auf Platz 3 liegt, bei der Qualität der Gesundheitsversorgung aber nur auf Platz 8.² Setzt man die getätigten Ausgaben für Gesundheit ins Verhältnis zu den Ergebnissen bei der Qualität, erreicht Deutschland im OECD-Ranking bzgl. der Ausgabeneffizienz nur Platz 15 (KPMG 2014).

2.1.2 Krankenhausfinanzierung in Deutschland

Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland basiert auf zwei Elementen. Die Krankenkassen sind auf Grundlage von Verträgen mit den Krankenhäusern für die Finanzierung der laufenden Kosten (Leistungen, Personal) zuständig, während die Bundesländer für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur durch Investitionen verantwortlich sind. Sie müssen eine angemessene Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, die in der Krankenhausplanung fixiert wird (Busse/Riesberg 2005, S. 49). Nicht nur öffentliche, sondern auch die meisten der privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser sind in den Krankenhausplan der Länder aufgenommen. Private und freigemeinnützige Krankenhäuser können damit Kassenpatienten behandeln und sind den-

1 | Andererseits gibt es im deutschen System praktisch keine Wartelisten oder Rationierungen wie in anderen Gesundheitssystemen (Busse/Riesberg 2005, S. 243).

2 | Zur Messung der Qualität werden von der OECD erhobene Indikatoren herangezogen, die in die Kategorien Struktur- und Prozessqualität (z.B. medizintechnische Ausstattung, Personal), Ergebnisqualität (z.B. Erfolg einer Operation, längerfristiges Behandlungsergebnis nach Entlassung aus dem Krankenhaus) und Versorgungsqualität (Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt, z.B. Alkoholkonsum) unterteilt werden (KPMG 2014, S. 4). Während Deutschland bei der Struktur- und Prozessqualität hervorragend abschneidet, liegt es bei der Ergebnis- und Versorgungsqualität nur im Mittelfeld (ebd., S. 7).

selben Regulierungen unterworfen wie öffentliche Krankenhäuser (ebd., S. 66). Plankrankenhäuser haben unabhängig von ihrer Trägerschaft ein Anrecht auf öffentliche Investitionen, diese hängen jedoch von politischen Entscheidungen und der Haushaltslage ab (ebd., S. 120).

Vom oben angesprochenen Paradigmenwechsel hin zu mehr Wettbewerbsorientierung im deutschen Gesundheitssystem war auch die Krankenhausfinanzierung betroffen. Bis 1992 galt für allgemeine Krankenhäuser das Selbstkostendeckungsprinzip, d. h., alle laufenden Kosten wurden erstattet. Dieses Prinzip wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 aufgegeben, indem für den stationären Sektor der Übergang zu einer Pauschalvergütung, die von der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus unabhängig war, eingeleitet wurde (Gerlinger 2014, S. 40). Dies bedeutete, dass es Krankenhäusern nun möglich war, Gewinne oder Verluste zu erwirtschaften (Busse/Riesberg 2005, S. 192 f.). Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 2000 wurde die Umstellung auf ein Preissystem anhand von Diagnosis Related Groups (DRG-System; in Anlehnung an das australische System) initiiert. Zuvor erfolgte die Abrechnung von Krankenhausleistungen zwar auch schon teilweise über Fallpauschalen, allerdings kombiniert mit anderen Kostenerstattungsprinzipien (ebd., S. 195 ff.). Seit 2004 sind die Akutkrankenhäuser verpflichtet, ein DRG-System einzuführen. Sowohl 2003 als auch 2004 erfolgte die Abrechnung nach dem DRG-System noch ohne Auswirkungen auf das tatsächliche Krankenhausbudget. In der von 2005 bis 2009 andauernden Konvergenzphase wurden die krankenhausspezifischen Preise an ein landeseinheitliches Preisniveau angeglichen. Seit dem 1.1.2010 rechnen bis auf wenige ausgenommene Einrichtungen alle Krankenhäuser in einem Bundesland ihre Leistungen zu einem landeseinheitlichen Preisniveau nach dem DRG-Fallpauschalensystem ab (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Gesundheitspolitik in Deutschland vollzieht sich »in Arenen, in denen eine Vielzahl von Akteuren, zum Teil organisiert in mächtigen Verbänden, mit jeweils eigenen Interessen und Handlungsoptionen aktiv ist« (Gerlinger 2014, S. 37). Die Preise im deutschen Gesundheitssektor werden nicht »vom Markt« bestimmt, sondern durch politische Aushandlungsprozesse und administrative Regeln. Während man daher vielleicht nicht im engeren Sinne von einem Krankenhausmarkt in Deutschland sprechen kann, hat doch der Staat seine starke Rolle bei der Gestaltung der (preislichen) Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor genutzt, um die »Vermarktlichung« voranzutreiben (Greer/Schulzen/Böhlke 2013, S. 219). Die Frage der Refinanzierung im Gesundheitswesen war, wie oben ausgeführt, seit Langem Gegenstand der politischen Diskussion und

diverser Reformen und stellt auch aus gewerkschaftlicher Sicht den wesentlichen Konflikt in der Gesundheitsbranche dar. Die Refinanzierungsverordnungen und -gesetze und insbesondere die Einführung des Fallpauschalensystems werden vonseiten der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di scharf kritisiert (Interview 07). Die Umstellung auf das DRG-System hat aus der Sicht von Gewerkschaftsvertreterinnen dazu geführt, dass die Finanzierung der Krankenhäuser nicht mehr ausreichend gewährleistet sei, was zu Personalkürzungen geführt habe. Problematisch sei auch die Aufspaltung in Maximalversorger einerseits und auf profitable Behandlungen spezialisierte Kliniken andererseits (Interview 07).

Die Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten um etwa 17 Prozent gesunken. Ebenso nahm die Anzahl an Krankenhausbetten deutlich ab. Während 1991 noch 8,3 Betten auf 1.000 Einwohner kamen, waren es 2013 noch 6,2. Dabei stieg die Anzahl seit 2011 allerdings wieder leicht an (Statistisches Bundesamt 2014c). Diese Reduktion von Kapazitäten (Krankenhäuser sowie Betten) stellt ein Hauptinstrument zur Reduktion von Kosten und Ausgaben im Gesundheitssektor dar. Obwohl ein solcher Trend in den meisten europäischen Ländern zu beobachten ist, lässt sich festhalten, dass der größte Abbau von Krankenhausbetten im Verhältnis zur Bevölkerung in Schweden, Polen und Deutschland stattgefunden hat. Dennoch hatte Deutschland 2005 noch immer eine deutlich höhere Bettenanzahl im Verhältnis zur Bevölkerung als beispielsweise Großbritannien (Brandt/Schulten 2007, S. 112). Während die Anzahl an Behandlungsfällen anstieg, hat sich gleichzeitig die durchschnittliche Dauer von Krankenhausaufenthalten stark von 14 Tagen 1991 auf acht Tage 2008 verringert. Der nochmalige Rückgang auf 7,5 Tage bis 2013 kann auch auf die Einführung des DRG-Preissystems zurückgeführt werden (Mosebach 2009a, S. 80f.).

Gewerkschaftsvertreter hatten erwartet, dass infolge der Finanzkrise die Staatsverschuldung und damit auch der Druck auf das Gesundheitswesen in Deutschland noch steigen würden. Dies blieb allerdings aus, da die Krise Deutschland in erheblich geringerem Ausmaß und vor allem mit deutlich geringeren Langzeitwirkungen traf als andere europäische Länder. Zwar gebe es ein massives Problem auf Seiten der Investitionen aufgrund knapper Länderkassen, dies wird von der Gewerkschaft allerdings als ein nationales Problem wahrgenommen. Grund seien die in die Länderverfassungen und das Grundgesetz eingeführten Schuldenbremsen, also eine bewusste politische Entscheidung der deutschen Politik, und nicht die europäische Krise (Interview 01).

2.1.3 Liberalisierung und Privatisierung im Krankenhaussektor

2013 gab es in Deutschland insgesamt 1.996 Krankenhäuser mit knapp 501.000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2014c). Dabei gibt es in Deutschland Krankenhäuser in drei verschiedenen Trägerschaften: öffentlich (meist kommunal), freigemeinnützig und privat (Busse/Riesberg 2005, S. 66). Die Struktur der Krankenhausträger stellt – auch in historischer Perspektive – einen Unterschied zwischen den Bismarck-Systemen (wie Deutschland) und den sog. Beveridge-Systemen (wie Großbritannien) dar. In den steuerfinanzierten Beveridge-Systemen werden Krankenhäuser traditionell fast ausschließlich von staatlichen Stellen geführt. In Bismarck-Systemen mit allgemeinen Krankenversicherungen wurden Krankenhäuser schon immer von einer Mischung aus öffentlichen und privaten Anbietern betrieben, wobei freigemeinnützige Träger wie Kirchen und Wohlfahrtsverbände eine wichtige Rolle spielen (Brandt/Schulten 2007, S. 111). In Deutschland gibt es sechs solche Wohlfahrtsverbände: die Arbeiterwohlfahrt, die Caritas, das Diakonische Werk, die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland, den Paritätischen Wohlfahrtsverband und das Deutsche Rote Kreuz (Busse/Riesberg 2005, S. 46). Wie oben ausgeführt, bekommen alle Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan der Länder aufgenommen sind, Investitionsmittel aus den Länderhaushalten und Kostenerstattung von den Krankenkassen (Schulten 2006, S. 3).

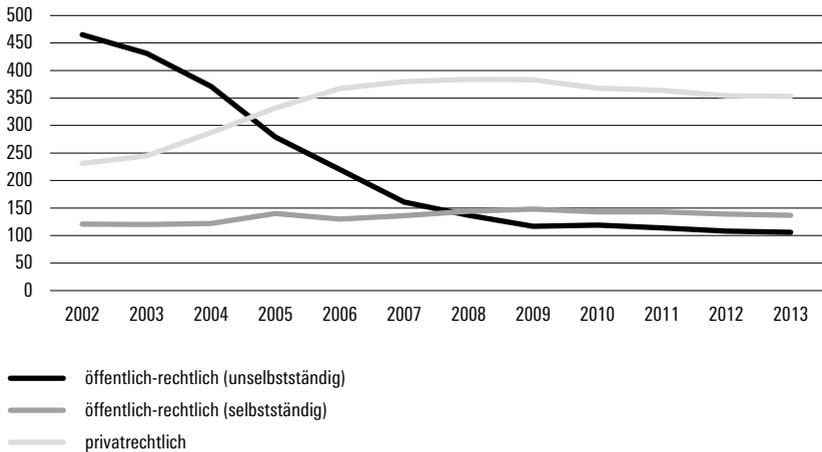
Während es also nie ein staatliches Monopol im deutschen Krankenhausmarkt gegeben hat, sondern immer eine gemischte Trägerstruktur (ebd., S. 3), ist der deutsche Krankenhaussektor seit den 1990er Jahren dennoch von tief greifenden Veränderungen betroffen. Die umfassenden und – auch im internationalen Vergleich – sehr weitgehenden Prozesse der Privatisierung und Liberalisierung haben die Krankenhauslandschaft in Deutschland beträchtlich verändert. So fanden markante Veränderungen hinsichtlich der Eigentümerstruktur und der Rechtsform von Krankenhäusern statt. Während der Anteil öffentlicher Krankenhäuser an der Gesamtzahl der Krankenhäuser zurückging (von 46 Prozent 1991 auf 29,9 Prozent 2013), hat sich der Anteil privater Krankenhäuser seit den frühen 1990er Jahren mehr als verdoppelt (von etwa 15 Prozent auf knapp 35 Prozent, Statistisches Bundesamt 2014c). Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser blieb relativ stabil. Neben tatsächlichen Privatisierungen haben seit den 1990er Jahren Reformen des Gesundheitswesens stattgefunden, deren vornehmliches Ziel die Senkung der Gesundheitsausgaben war. Im Zuge dessen wurden auch Marktmechanismen im Krankenhaussektor eingeführt und

Reformen in Richtung eines »business-type restructuring of public hospitals« umgesetzt (Mosebach 2009a, S. 65).

Es kann zwischen drei Konzepten der Ökonomisierung, und zwar »Liberalisierung«, »Privatisierung« und »Vermarktlichung« unterschieden werden. Liberalisierung bezeichnet die Abschaffung von öffentlichen Monopolen und die Schaffung von Märkten für öffentliche Dienstleistungen, in denen Anbieter – unabhängig von ihrer Rechtsform – um Kunden konkurrieren. Vermarktlichung meint die Einführung von Marktelementen in die Bereitstellung öffentlicher Dienste. Hierbei geht es nicht um die Konkurrenz verschiedener Anbieter um Kunden, sondern um interne Reorganierungen (Hermann/Verhoest 2012, S. 7 ff.). In Bezug auf Privatisierungsprozesse, die im deutschen Krankenhaussektor zu beobachten sind, kann zwischen mehreren Formen, nämlich formaler, funktionaler und materieller Privatisierung unterschieden werden (Mosebach 2009b; Schulten/Böhlke 2009).

Formale Privatisierung bezeichnet die Umsetzung organisationaler und Managementreformen in öffentlichen Krankenhäusern, orientiert am Vorbild der Privatwirtschaft (Schulden 2006, S. 8). Dies geht oft mit einem Wechsel der Rechtsform eines Betriebes zu einer privaten Rechtsform einher, da dies mehr finanzielle und operationelle Unabhängigkeit eröffnet. Obwohl die Krankenhäuser nach wie vor im öffentlichen Eigentum verbleiben, kann das Management relativ unabhängig von politischen Entscheidungsträgern agieren. **Abbildung 1** zeigt den Wandel in den Rechtsformen der öffentlichen Krankenhäuser in Deutschland seit Anfang der 2000er Jahre. Private Rechtsformen haben dabei stark zugenommen, während die Zahl der Krankenhäuser, die als rechtlich unselbstständige Einrichtungen betrieben wurden, deutlich zurückgegangen ist. Die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher, jedoch rechtlich selbstständiger Rechtsform hat leicht zugenommen. Die mit dem Wandel der Rechtsform erlangte Unabhängigkeit öffentlicher Krankenhäuser muss als wichtige Voraussetzung zur Herstellung ihrer Wettbewerbsfähigkeit im sich wandelnden Krankenhausmarkt angesehen werden (Schulden/Böhlke 2009, S. 102; Mosebach 2009a, S. 70). Noch immer sind allerdings die Kosten pro Behandlungsfall in den öffentlichen Krankenhäusern mit 4.407 Euro deutlich höher als in privaten (4.026 Euro) und insbesondere freigemeinnützigen (3.848 Euro) Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2014d). Obwohl formale Privatisierung nicht den tatsächlichen Verkauf öffentlicher Krankenhäuser bedeutet, stellt Schulden fest, dass diese Art der Privatisierung oft eine Vorbedingung für die materielle Privatisierung ist (Schulden 2006, S. 8).

Abbildung 1: Öffentliche Krankenhäuser nach Rechtsform



Quelle: Statistisches Bundesamt 2014c, S. 13

Unter *funktionaler Privatisierung* versteht man *public-private partnerships*, die darauf abzielen, privates Kapital für Investitionen in öffentliche Dienstleistungen anzuziehen (beispielsweise die Renovierung oder der Neubau von Krankenhäusern) sowie das *Outsourcing* von (nichtklinischen) Servicebereichen. In vielen Ländern werden Bereiche, wie die Wäscherei, das Catering oder die Reinigung aus dem Krankenhaus ausgegliedert. Dabei kann zwischen externem Outsourcing, also der Vergabe von Aufträgen zur Erbringungen von Dienstleistungen an Fremdanbieter, und internem Outsourcing unterschieden werden. Letzteres bedeutet, dass bestimmte Services an rechtlich selbstständige Tochterunternehmen des Krankenhauses vergeben werden (Schulten/Böhlke 2009, S. 102 f.). Wenn trägereigene Gesellschaften die Dienstleistungen erbringen, hat dies aus Sicht des Managements den Vorteil, dass aufgrund der steuerlichen Organschaft Steuern eingespart werden können. Wie aus dem *Krankenhaus Barometer 2013* hervorgeht, sind die Wäscherei (etwa 80 Prozent der Krankenhäuser haben diesen Bereich fremdvergeben), die Reinigung (knapp 66 Prozent), die Apotheke (etwa 53 Prozent) und die Küche (etwa 41 Prozent) jene Bereiche, die am häufigsten an Fremdfirmen oder ein eigenes Unternehmen ausgelagert wurden (Blum et al. 2013).

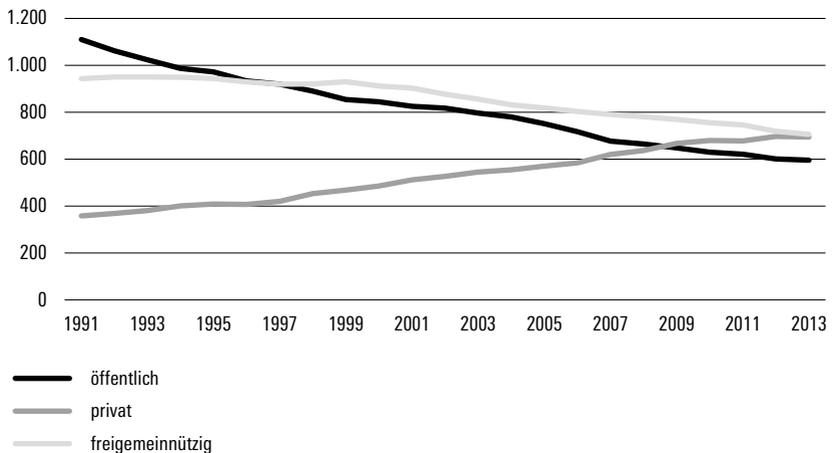
Outsourcing geht oft mit Verschlechterungen in den Arbeitsbedingungen und dem Entgeltniveau der betroffenen Beschäftigten einher. Häufig sind ausgelagerte Betriebsteile und Servicegesellschaften nicht mehr von den Tarifverträgen des öffentlichen Sektors abgedeckt (Brandt/Schulten 2008, S. 8), und es kommen materiell schlechtere oder gar keine Tarifverträge zur Anwendung (s. [Abschnitt 3.1](#)). Gewerkschaftsvertreter sehen als Hauptmotive für Outsourcing daher die Absenkung der Löhne und die Abschaffung der betrieblichen Altersvorsorge. Diese besteht in ausgegliederten Betriebsteilen in der Regel nur noch für übergeleitete Beschäftigte mit Besitzstandswahrung, nicht aber für Neueingestellte (Interview 01). Typischerweise seien die ausgegliederten Servicegesellschaften so konstruiert, dass der Geschäftsführer des Krankenhauses gleichzeitig der Geschäftsführer der Servicegesellschaft sei. So komme es teilweise zu der Situation, dass der Geschäftsführer des Krankenhauses sich selbst in seiner Funktion als Geschäftsführer der Servicegesellschaft droht, »dass er sich den Auftrag entzieht, wenn er jetzt nicht billiger wird« (Interview 01). Teilweise würden auch mehrere Servicegesellschaften gegründet und zueinander in Konkurrenz gesetzt. Dies habe für den Mutterkonzern den Vorteil, dass das unternehmerische Risiko und Einarbeitungszeiten minimiert werden, da alle Serviceanbieter bereits bekannt sind, und gleichzeitig die Kosten gedrückt werden können (Interview 01). Outsourcing zur Kostensenkung ist ein Phänomen, das in allen Krankenhauskonzernen stattfindet, unabhängig von der Trägerschaft (Interview 03). Die Praxis des Outsourcing hat nicht erst mit der zunehmenden Privatisierung im Krankenhausbereich begonnen. Ausgliederungen seien aber von den Gewerkschaften im Gegensatz zu den 1990er Jahren seit Mitte der 2000er fast nie mehr zu verhindern gewesen. In der Branche finde ein Wettlauf um ein immer billigeres Lohnniveau statt (Interview 01). Zusätzlich zur ohnehin geringen strukturellen Macht von Beschäftigten in Servicebetrieben sind auch die Möglichkeiten der Herstellung von Organisationsmacht (das heißt die Durchsetzung von Interessen durch Organisierung und Mobilisierung der Beschäftigten) in Arbeitskämpfen begrenzt.

Während es in vielen Ländern Europas zu formaler und funktionaler Privatisierung im Krankenhaussektor gekommen ist, nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein, was das Ausmaß an *materieller Privatisierung* angeht. Materielle Privatisierung meint die teilweise oder vollständige Veräußerung öffentlicher Betriebe an private Betreiber (Mosebach 2009b, S. 54). [Abbildung 2](#) zeigt die zahlenmäßige Entwicklung öffentlicher und privater Krankenhäuser in Deutsch-

land zwischen 1991 und 2013. Es zeigt sich, dass im Jahr 2009 die Zahl privater Krankenhäuser die Zahl derer in öffentlicher Trägerschaft erstmals überstieg.

Die materielle Privatisierung ist im deutschen Krankenhaussektor im internationalen Vergleich besonders weit fortgeschritten. Kein anderes europäisches Land hat mehr Krankenhäuser privatisiert (Greer/Schulten/Böhlke 2013; Böhlke/Schulten 2008). Eine Besonderheit ist auch, dass es zu Privatisierungen auf allen Versorgungsstufen kommt, vom kommunalen Krankenhaus bis zur Universitätsklinik. »Oder dass Bundesländer sämtliche Psychiatrie-Krankenhäuser, ohne ein einziges in eigener öffentlicher Hand noch zu behalten, zu verkaufen, das finden Sie auf der Welt nirgends« (Interview 01). Betrachtet man den Anteil an Betten in privaten Krankenhäusern, hat Deutschland auch die USA in Bezug auf das Ausmaß an Privatisierung überholt (Schulten/Böhlke 2009, S. 104; Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008). Mosebach (2009b, S. 43) sieht den deutschen Fall dennoch lediglich als spezifische Ausprägung eines »Megatrends« der Krankenhauspolitik in Europa.

Abbildung 2: Krankenhäuser nach Trägerschaft



Quelle: Statistisches Bundesamt 2014c, S. 13

Schulten identifiziert zwei Privatisierungswellen in Deutschland (Schulten 2006, S. 1). Die erste setzte Anfang der 1990er Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung ein und war als Teil des Transformationsprozesses vom Staatssozialismus

zum kapitalistischen Wirtschaftssystem auf Ostdeutschland konzentriert. Die zweite Privatisierungswelle begann 2000 und betraf Gesamtdeutschland und umfasste auch größere Krankenhäuser und Universitätskliniken (Schulten 2006, S. 4; s. auch Greer/Schulten/Böhlke 2013). Als Triebkräfte dieser Privatisierungswellen sehen Schulten und Böhlke (2009) insbesondere politische Entscheidungen über Veränderungen in den Refinanzierungsregelungen für Krankenhäuser. Insbesondere die Deckelung von Krankenhausbudgets, die Abschaffung des Kostendeckungsprinzips sowie die Einführung des DRG-Systems haben zu starkem Kostenwettbewerb und Finanzierungsproblemen bei vielen öffentlichen Krankenhäusern geführt. Das knappere Preissystem habe die Spielräume für finanzielle Investitionen aus Mitteln der Krankenversorgung begrenzt (Interview 01). Die Tatsache, dass Krankenhäuser seit Beginn der 1990er Jahre Gewinne und Verluste machen konnten, steigerte das Interesse privater Anbieter am Krankenhausmarkt (Brandt/Schulten 2007, S. 113).

Im Zusammenhang damit werden auch die dauerhafte Unterfinanzierung und der Investitionsstau im Krankenhaussektor als wichtige Gründe für die solitäre Stellung Deutschlands in Bezug auf die Krankenhausprivatisierung gesehen. Der ursprüngliche Vorteil der Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur durch Steuermittel der Länder habe sich mit Einsetzen der Steuersenkungspolitik seit den 1990er Jahren zum Nachteil entwickelt, da sich die Investitionen in Krankenhäuser auf die Hälfte dessen, was Experten für nötig halten, halbiert hätten (Interview 01). Privates Kapital wurde für neue Investitionen im Krankenhaussektor benötigt. Tatsächlich ist die Investitionsrate privater Krankenhäuser höher als die öffentlicher Häuser (Schulten/Böhlke 2009, S. 99 ff.). Gewerkschaftsvertreter beobachten eine »dramatische Wettbewerbsverzerrung zwischen den großen privaten Riesen und den solitären lokal und regional aufgestellten öffentlichen Krankenhäusern« (Interview 01). Letztere können aus eigener Kraft nicht genügend Mittel für Investitionen aufbringen, wohingegen große Konzerne Mittel zwischen einzelnen Krankenhäusern hin und her verschieben können. Insbesondere die Situation nach der deutschen Wiedervereinigung sei für die Konzerne günstig gewesen, da die ostdeutschen Krankenhäuser zunächst mit öffentlichen Mitteln renoviert worden und dann – ohne Investitionsstau – in private Hand übergegangen seien. Dieser Umstand in Verbindung mit niedrigeren Löhnen in Ostdeutschland machte diese Krankenhäuser profitabel und generierte Überschüsse für weitere Zukäufe (Interview 01).

Neben dieser »ökonomischen Seite der Privatisierung« (die aber selbst in politischen Entscheidungen begründet liege), gebe es die ideologische Begrün-

dung des Neoliberalismus. Stumpfögger (2009, S. 200) argumentiert, dass unter der Hegemonie des Neoliberalismus die öffentliche Erbringung von Dienstleistungen und wohlfahrtsstaatliche Arrangements an Legitimität verlieren würden. Außerdem würde der öffentliche Dienst weithin als bürokratisch und ineffizient angesehen werden (Schulten/Brandt/Hermann 2008, S. 296). Nach Ansicht von Gewerkschaftsvertretern hat die »Privatisierungsideologie« in der deutschen Gesellschaft und Politik Anfang der 1990er Jahre starke Zuwendung erfahren. Es habe sich eine »Kultur der Privatisierung von Krankenhäusern entwickelt« (Interview 01). Eine besondere Position hätten die ostdeutschen Kommunen eingenommen, die »stehen mehr sozusagen zum Kapitalismus und weniger zur öffentlichen Daseinsvorsorge« (Interview 01). Während also die zweite Privatisierungswelle, die auch den Westen Deutschlands erfasste, aus Sicht eines Gewerkschaftsvertreters primär auf die Problematik des Investitionsstaus und die Frage, ob die kommunale Kasse die Investitionskosten tragen könne oder nicht, zurückzuführen sei, lasse sich die stärkere Privatisierung im Osten in der Nachwendezeit möglicherweise auch mit einer geringeren Wertschätzung der ostdeutschen Kommunen für ihre Eigenbetriebe und Eigenproduktion, verglichen mit Westdeutschland, erklären (Interview 01).

Unabhängig von der Trägerschaft beobachten Gewerkschaftsvertreter in Krankenhäusern eine symbolische Aufwertung von Marktprinzipien zulasten von professionsbezogenen Themen: »Auf Betriebsversammlungen haben Sie früher die Pflegedienstleitung und den ärztlichen Direktor gehört. [...] Heute tritt als Erstes der verwaltungsleitende Geschäftsführer auf und nennt die betriebswirtschaftlichen Daten« (Interview 03). Die Anbindung an die Politik sei in privaten Krankenhäusern einer Anbindung der Chefärzte »an die ökonomische Logik an Unternehmenssteuerung« gewichen (Interview 01). Dies geht aus Sicht von Gewerkschaftsvertreterinnen einher mit dem bereits angesprochenen grundsätzlichen Wandel des Verständnisses von Sozialstaat und einem Verlust der Bedeutung, die öffentlichen Diensten »im Zeitalter von Privatisierung und Lohndumping« (Interview 05) zugeschrieben wird. Auch die kirchlichen Krankenhausträger, die Diakonie und die Caritas, haben laut Gewerkschaftsvertretern das herrschende Wettbewerbsparadigma stark verinnerlicht und folgen den betriebswirtschaftlichen Logiken genauso wie öffentliche und private Träger (Interview 03).

Dass hinsichtlich der Anzahl der Krankenhausbetten und Beschäftigten die öffentlichen Krankenhäuser noch immer dominieren (2013 waren gut 55 Prozent der Beschäftigten in öffentlichen Krankenhäusern beschäftigt, in denen sich 48,1 Prozent der Betten befanden [Statistisches Bundesamt 2014c]), zeigt,

dass zumindest zunächst vorwiegend kleinere Krankenhäuser privatisiert wurden. Die zweite Privatisierungswelle betraf, wie oben erwähnt, aber auch große Krankenhäuser, wie beispielsweise das Klinikum Erfurt, das zwischen 2002 und 2003 von Helios aufgekauft wurde (Schulten 2006, S. 6) oder den Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg (LBK), der 2004 in einem konfliktreichen Prozess an Asklepios verkauft wurde (Greer 2008a; Ries-Heidtke/Böhlke 2009). Die erste Privatisierung eines Universitätsklinikums fand 2006 statt, als die Rhön AG die Universitätskliniken Gießen-Marburg vom Land Hessen erwarb. Kirchliche Krankenhäuser werden seltener von Privaten übernommen als öffentliche Krankenhäuser.

Der private Krankenhausmarkt wird von vier großen Konzernen dominiert: der Rhön-Klinikum AG, der Helios-Kliniken-Gruppe (zum Fresenius-Konzern zugehörig), der Sana Kliniken AG und der Asklepios-Kliniken-Gruppe. Stumpfögger (2009, S. 203) stellt fest, dass neuen Wettbewerbern dieser Markt kaum zugänglich ist und das Oligopol im privaten Krankenhaussektor die Differenziertheit der Eigentümerstrukturen reduziert. Die größten Konzerne breiteten sich dabei immer weiter aus, auch durch Übernahmen kleinerer Konzerne und untereinander. Der Helios-Konzern übernahm 2013/14 beispielsweise große Teile der Rhön AG (Interview 04). Zwar beteiligte sich Asklepios 2006 an einer griechischen Krankenhauskette, dennoch operieren die deutschen Krankenhauskonzerne vorwiegend deutschlandweit (Stumpfögger 2009, S. 203). Helios ist allerdings als Teil des Gesundheitskonzerns Fresenius Teil eines »Global Players« (Interview 01). Auch unter freigemeinnützigen Trägern kam es in den letzten Jahren zu Fusionen, wodurch große Gesundheitskonzerne (wie z. B. der kirchliche Gesundheitskonzern Agaplesion) entstanden sind. Dies stellt den Versuch dar, mit größeren Unternehmensstrukturen kosteneffizienter zu werden (Interview 03).

Private Krankenhauskonzerne versuchen, den Krankenhausmarkt weiter in ihrem Sinne zu öffnen. Der Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) versucht derzeit über eine Musterklage mit Verweis auf das EU-Beihilfeverbot zu erreichen, dass Kommunen ihren Krankenhäusern keine finanziellen Zuschüsse aus Steuermitteln außerhalb der regulären Krankenhausfinanzierung gewähren dürfen. »Also wenn die Kommunen freiwillig nicht verkaufen, will man versuchen über den Umweg über Beihilfeverbot, will man die Kommunen wiederum zum Privatisieren zwingen« (Interview 01). Die Gewerkschaft ver.di kritisiert, dass die EU nicht bereit sei, »Daseinsvorsorge und auch die Krankheitsversorgung als dauerhaft öffentliche Aufgabe zu verankern« (Interview 01).

Gewerkschaftsvertreter beobachten seit 2008 allerdings einen Rückgang der Privatisierung im deutschen Krankenhaussektor. Dies habe mehrere Gründe: Einerseits seien im Zuge der Bekämpfung der Folgen der Finanzkrise durch Investitionsprogramme auch Investitionsmittel für Krankenhäuser zur Verfügung gestellt worden, was die Problematik des Investitionsstaus abgemildert habe (Interview 01). Andererseits habe die Finanzkrise auch den Glauben daran, dass »privat« besser und billiger sei, erschüttert. Außerdem seien im kommunalen Bereich zunehmend Nachteile der Privatisierung in anderen Bereichen, z. B. in der Energieversorgung und Abfallwirtschaft, zutage getreten, die die Stimmung gegenüber Privatisierung ein Stück weit hätten umkippen lassen (Interview 01). »Wiederum ideologische und ökonomische Gründe im Konzert haben dann zum Rückgang der Privatisierung geführt« (Interview 01).

2.2 Großbritannien als kontrastierender Vergleichsfall

2.2.1 Überblick über das britische Gesundheitssystem – das Beveridge-Modell

Der *National Health Service* (NHS) wurde kurz nach dem Zweiten Weltkrieg 1948 in Großbritannien errichtet. Das grundlegende Ziel war, ein umfassendes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen aller Versorgungsstufen frei zugänglich für alle Bürgerinnen zur Verfügung zu stellen, das durch Steuergelder finanziert werden sollte (Beveridge-Modell, s. *Einleitung*). Der NHS ist auch heute noch zum größten Teil über Steuermittel finanziert. Die Gesundheitsausgaben Großbritanniens betragen 9,3 Prozent des BIP (2014).

Der NHS ist ein »independent body, at arm's length to the government« (NHS 2015a). Das *Department of Health* ist für die strategische Führung und die Finanzierung des NHS verantwortlich. Der NHS ist der größte Arbeitgeber im britischen Krankenhaussektor. Mit mehr als 1,6 Millionen Beschäftigten (inklusive Ärzten) ist er außerdem unter den fünf größten Arbeitgebern der Welt (NHS 2015b). Der *NHS England* macht den größten Teil des NHS-Systems aus. Die Verwaltungen von Schottland, Wales und Nordirland betreiben trotz der Finanzierung aus nationalen Steuermitteln jeweils eigene, örtliche NHS (Galetto/Marginson 2011, S. 3).³

3 | Im Folgenden wird – soweit nicht anders angegeben – unter dem Begriff »NHS« vom NHS England die Rede sein.

Verglichen mit anderen Teilen des öffentlichen Sektors, in denen Unternehmen an private Investoren verkauft oder verstärktem Wettbewerb ausgesetzt wurden, kam es im NHS zu weniger deutlichen Privatisierungs- und Liberalisierungsprozessen⁴ (Pond 2006, S. 6). Aber auch der NHS wurde seit Beginn der 1980er Jahre verschiedenen Reformen unterzogen, die auf eine stärkere Vermarktlichung, die Einführung von Wettbewerbselementen, die Dezentralisierung von Managementkompetenzen auf die Ebene der Krankenhäuser und Hausärzte sowie die stärkere Einbeziehung von privaten Anbietern abzielten (Galetto/Marginson 2011, S. 3).

Im Gegensatz zu Deutschland kam es nicht zu umfangreicher materieller Privatisierung, sondern zu Formen formaler und funktionaler Privatisierung. So wurden beispielsweise bereits in den 1980er Jahren nichtklinische Leistungen durch Ausschreibungsverfahren dem Wettbewerb ausgesetzt. In den 1990er Jahren wurde ein interner Markt im NHS errichtet, indem eine Trennung zwischen Anbietern und »Einkäufern« bzw. Auftraggebern von Gesundheitsdienstleistungen vorgenommen wurde (Pond 2006, S. 5 f.). Während zuvor die Gesundheitsbehörden sowohl die Mittel verwaltet als auch die Leistungen angeboten hatten, wurden nun mit den *NHS Trusts* rechtlich selbstständige (aber nicht private) Einheiten geschaffen (vgl. auch Boyle 2011, S. 109 ff.), die miteinander um Aufträge für die Gesundheitsversorgung konkurrieren sollten. Ein *Trust* kann ein oder mehrere Krankenhäuser und weitere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung umfassen.

Ebenfalls in den 1990er Jahren wurde das Instrument der *Private Finance Initiative* (PFI) eingeführt, um Projekte im öffentlichen Sektor zu finanzieren, indem private Investoren z. B. in den Bau neuer Krankenhäuser, aber auch in deren späteren Betrieb (Instandhaltung, nichtklinische Leistungen) einbezogen wurden. Sobald das Krankenhaus in Betrieb genommen ist, zahlt der betreffende *NHS Trust* dem privaten Investor eine jährliche Gebühr (Pond 2006, S. 12). Anfang der 2000er wurde die Nutzung von PFIs durch die Labour-Regierung stark forciert. Zahlreiche neue Krankenhäuser wurden mit Unterstützung durch private Mittel errichtet. Derzeit sind PFIs einer der wichtigsten Wege, um neue Investitionen im NHS – insbesondere den Bau neuer Krankenhäuser – zu

4 | Pond argumentiert, dass der Markt für Gesundheitsdienstleistungen schon immer in einem gewissen Sinne offen gewesen sei, weil sich Patienten – unabhängig von den allgemein zugänglichen NHS-Leistungen – privat versichern oder direkt private Leistungen in Anspruch nehmen konnten (Pond 2006, S. 5).

verwirklichen (Galetto/Marginson 2011, S. 4). Gewerkschaften und andere Organisationen kritisieren die langfristige vertragliche Bindung der *NHS Trusts* bei PFIs, die teilweise hohe finanzielle Belastungen bedeutet.

Der private Sektor wurde auch verstärkt in die direkte Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen einbezogen, indem 2002 neben sog. NHS-Behandlungszentren als Ergänzung privat geführte Behandlungszentren (*Independent Sector Treatment Centres*, ISTC) eingerichtet wurden, in denen unter Vertrag mit dem NHS geplante Operationen und diagnostische Leistungen angeboten werden, um die Krankenhäuser zu entlasten und damit Wartezeiten zu verkürzen (Pond 2006, S. 11 f.). Allerdings spielen die ISTC derzeit keine große Rolle (Krachler/Greer 2015, S. 216).

In einer weiteren Reform 2003 wurden die sog. *Foundation Trusts* (FT) geschaffen (Pond 2006, S. 6), die unabhängiger von staatlichen Stellen operieren können als die *NHS Trusts*. Innerhalb des gesetzlichen und von Regulierungsbehörden festgelegten Rahmens können sie ihre eigenen finanziellen Entscheidungen treffen, und ihnen wurden eine Reihe von Möglichkeiten zur Einkommenserzielung eröffnet, beispielsweise die Gründung kommerzieller Geschäftszweige sowie die Auslagerung von Serviceleistungen an private Anbieter oder der Transfer von Beschäftigten in den privaten Sektor (Pond 2006, S. 10).⁵ Alle Gewinne, die aus der Erbringung von NHS-Leistungen erzielt werden, müssen wieder in die Erbringung dieser Leistungen investiert werden. Es wurden zwei neue Kontrollorgane geschaffen: *Monitor*, der die Finanzen und das Management der FTs überwacht und über einige Eingriffsrechte verfügt, sowie die *Healthcare Commission*, die Qualitätskontrollen durchführt. FTs werden von einem Direktorium (*board of governors*) geführt, in dem unter anderem auch Patienten und Beschäftigte sowie Repräsentanten der lokalen Öffentlichkeit vertreten sind und die lokal gewählt und ernannt werden (Pond 2006, S. 10).

In den folgenden Jahren wurden noch weitere Marktelemente in den NHS eingeführt, z. B. Regelungen für *payment by results* (PbR) (Pond 2006, S. 9). Während den Leistungserbringern früher jährliche Pauschalen gezahlt wurden, werden mittlerweile etwa 30 Prozent der NHS-Ausgaben nach dem Prinzip des PbR getätigt, das heißt, dass tatsächlich erbrachte Leistungen anhand eines national vereinbarten Preissystems vergütet werden. Die Preise werden anhand

5 | Allerdings ändert der Übergang in einen FT nicht automatisch die Beschäftigungsverhältnisse der Arbeitnehmerinnen, die grundsätzlich NHS-Beschäftigte bleiben (Department of Health 2005, S. 13).

des Durchschnitts der berichteten Kosten der NHS-Anbieter kalkuliert. Hierbei spielen auch sog. »health care resource groups« eine Rolle, das britische Äquivalent zu den »diagnosis related groups« (Boyle 2011, S. 112). Die Abrechnung hierüber spielt aber eine deutlich geringere Rolle als in Deutschland. Es wird derzeit an der Entwicklung eines Preissystems gearbeitet, das sich nach der Qualität der Versorgung und den Behandlungsergebnissen richten soll (NHS England 2014, S. 10).

2.2.2 Aktuelle Reformen des NHS

Die letzte große Reform des NHS stellt der *Health and Social Care Act* von 2012 dar, der im April 2013 in Kraft trat. Durch dieses Gesetz wird der Wettbewerb zwischen Anbietern forciert, da privaten sowie gemeinnützigen Anbietern die gleichen Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitsmarkt und zu NHS-Mitteln eröffnet werden wie NHS-Anbietern, solange sie die Qualitäts- und Kostenstandards des NHS erfüllen (UK Government 2012).

Die Reform von 2012/13 zielte weiterhin darauf ab, dass bis April 2014 alle *NHS Trusts* in FTs umgewandelt werden sollten (Unite 2013, S. 5). Diese Frist verstrich allerdings. Ende März 2014 hatten 147 der insgesamt 246 *NHS Trusts* in England den Status eines *Foundation Trust* erreicht (Monitor 2014, S. 15). *Monitor* wurde zu einem Regulierungsorgan für den Sektor aufgewertet und überwacht und reguliert die Umwandlung der *NHS Trusts* in FTs. Die sog. *Trust Development Authority* wiederum hat die finanzielle Aufsicht über die *NHS Trusts* inne und gleichzeitig die Aufgabe, ihre Umwandlung in FTs zu fördern (NHS England 2014). Das neue Gesetz erlaubt den FTs, bis zu 49 Prozent ihres Einkommens aus privat gezahlten Dienstleistungen zu erwirtschaften. Zuvor war dies nur zu einem geringeren Anteil möglich. Darüber hinaus können sie erwirtschaftete Gewinne behalten und reinvestieren (Krachler/Greer 2015, S. 217). Als Begründungen für die Reformen nennt die britische Regierung zum Beispiel den steigenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen u. a. aufgrund der alternden Bevölkerung sowie auch Qualitätsmängel in einigen Bereichen des NHS. Die Finanzierbarkeit durch die öffentlichen Haushalte war ein weiteres Kriterium (UK Government 2012). Der NHS unterliegt derzeit einem starken Druck zur Kosteneinsparung seitens der Regierung. Bis 2015 sollten 18,5 Prozent des NHS-Budgets eingespart werden (Krachler/Greer 2015, S. 217). Allerdings hat England gemessen an den Akutbetten schon jetzt eine der geringsten Bettendichten in Europa. Im Jahr 2009/10 gab es in England 100.621 Akutbetten (insgesamt

158.000 NHS-Betten). Das entspricht 1,9 Betten pro 1.000 Einwohner. Zwar war der Bettenabbau ein allgemeiner Trend in Industrieländern, in England allerdings besonders dramatisch ausgeprägt (Boyle 2011, S. 171 ff.).

Die Gewerkschaft Unite sieht die jüngsten Reformen als eindeutiges Bekenntnis der Regierung zu mehr Privatisierung (Interview 15). Aus gewerkschaftlicher Sicht ist die starke Einführung von Wettbewerbselementen ins Gesundheitssystem besorgniserregend (Interview 09). In der Vergabepaxis scheint der Wettbewerb jedoch nicht immer so ausgeprägt zu sein wie von Gewerkschaftsseite befürchtet. Da private Anbieter auf staatliche Vergabe angewiesen sind, sind auch Klagen, die das Verhältnis belasten können, nicht unbedingt ein gangbarer Weg (Krachler/Greer 2015, S. 219).

Wie bereits angesprochen, spielen private Anbieter – bisher – im englischen Gesundheitswesen eine deutlich geringere Rolle als beispielsweise in Deutschland. Im Gegensatz zum tatsächlichen Verkauf öffentlicher Krankenhäuser an private Betreiber in Deutschland (materielle Privatisierung)⁶ wurde in Großbritannien die Erbringung bestimmter – nach wie vor öffentlich finanzierter – Leistungen an private Anbieter fremdvergeben (Krachler/Greer 2015, S. 215). Der allergrößte Teil der britischen Gesundheitsausgaben wird von der Regierung getragen (82,7 Prozent). Nur knapp 11 Prozent der Haushalte waren 2012 von einer privaten Krankenversicherung erfasst (ebd., S. 216). Derzeit werden 19 Prozent der NHS-Leistungen (inkl. Hausärzten) von privaten Anbietern erbracht, 12,3 Prozent der Ausgaben der Regierung für die Sekundärversorgung gehen an private Anbieter (ebd., S. 215).

Neben den etwa 332 Akut- und Spezialkrankenhäusern des NHS gab es 2007 in Großbritannien 304 private Krankenhäuser, die allerdings zusammen nur 9.572 Betten zur Verfügung stellten (Boyle 2011, S. 169, 174). Die vier größten privaten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und Betreiber von Krankenhäusern in Großbritannien waren 2006: BMI Healthcare, BUPA, Capio und Nuffield Hospitals. Insgesamt betrieben sie 134 Krankenhäuser und neun Behandlungszentren und beschäftigten etwa 50.000 Arbeitnehmerinnen, was unter 4 Prozent der Gesamtbeschäftigtenzahl des NHS entsprach (Zahlen von 2006) (Pond 2006, S. 20).

2007 betrug der Anteil an privaten Betten an allen (Akut-)Betten etwa 6,5 Prozent. Dies umfasst neben den Betten in privaten Krankenhäusern schon seit

6 | Auch bei Anwendung von PFI gehört zwar das Krankenhaus als solches den privaten Investoren, betrieben wird es aber vom NHS (Pond 2006, S. 20).

der Gründung des NHS auch private Betten – sogenannte *pay beds* – in den NHS-Krankenhäusern (Boyle 2011, S. 174), in denen sich privat versicherte oder privat zahlende Patienten (schneller) behandeln lassen können. Die Nachfrage nach privaten Behandlungen war in den 1950er und 60er Jahren allerdings gering, sodass die Zahl der *pay beds* in der Folge reduziert wurde. In den 1970er Jahren machten *pay beds* in NHS-Krankenhäusern etwa 1 Prozent der gesamten Bettenzahl aus und wurden bis in die 80er Jahre noch weiter reduziert. Pond sieht darin einen Grund für das Wachstum privater Krankenhäuser (allerdings in überschaubaren Dimensionen, auf 10.000 Betten 1986) (Pond 2006, S. 2 ff.).

Während der NHS schon immer private Anbieter zur Ergänzung herangezogen hat (z. B. um gesteckte Qualitätsziele wie kürzere Wartezeiten zu erreichen), sind die Ausgaben dafür in den letzten Jahren allerdings stark gestiegen (Boyle 2011, S. 113). Dies geriet in den letzten Jahren zunehmend in die (öffentliche) Diskussion. Aus Sicht der Gewerkschaft Unison ist es problematisch, dass immer mehr Beschäftigte, die öffentliche Leistungen erbringen (so auch Pflegekräfte), bei privaten Arbeitgebern beschäftigt sind. In der Altenpflege habe sich in den letzten Jahren die Anbieterstruktur von fast vollständig öffentlich zu etwa 90 Prozent privat gewandelt (Interview 16). Forscher gehen allerdings nicht davon aus, dass es im englischen NHS zu einer großflächigen Privatisierung wie in Deutschland kommen wird. Vielmehr dürfte die weitere Privatisierung von wenigen großen »Playern« getragen sein und sich auf die Sektoren begrenzen, die bereits eine Tradition der privaten Leistungserbringung aufweisen (Krachler/Greer 2015, S. 222). Gewerkschaftsvertreterinnen beobachten zudem eine leichte Veränderung, weg von der grundsätzlichen Bevorzugung privater Anbieter hin zur Betonung der Bedeutung von Zusammenarbeit verschiedener Organisationen und zum Angebot integrierter Gesundheitsdienstleistungen (Interview 09).

3 Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor

3.1 Deutschland

Bis in die frühen 1990er Jahre entsprach das Kapitalismusmodell Deutschlands dem einer »koordinierten Marktwirtschaft« (Hall/Soskice 2001), das durch ein »High-road«-Modell der Arbeitsbeziehungen gekennzeichnet war, in dem diversifizierte Hochqualitätsproduktion mit vergleichsweise hohen Lohn- und Ausbildungsniveaus (Streeck 1997) einherging. Die Arbeitsbeziehungen waren von einem mittleren Grad an Zentralisierung, in dem Tarifverhandlungen auf der Branchenebene dominieren, und einem hohen Grad an Koordinierung der Tarifpolitik gekennzeichnet. Seit den Krisen der 1970er Jahre zielt die Lohnpolitik, in Kombination mit einer stabilitätsorientierten Geldpolitik, auf eine Dämpfung der Preisentwicklung ab, um die deutsche Exportwirtschaft durch eine moderate Lohnentwicklung zu stärken. Die Lohnforderungen der Gewerkschaften orientierten sich an Inflation und dem allgemeinen (d. h. branchenübergreifenden) Produktivitätswachstum. Gemeinsam mit den arbeitspolitischen Akteuren der Arbeitgeberseite und des Staates waren sie in ein korporatistisches System der industriellen Beziehungen eingebettet, das ihnen ein hohes Maß an Einfluss in politischen Entscheidungsprozessen garantierte. Seit der in den 1980er Jahren fortschreitenden Internationalisierung der Märkte rückte das Ziel der Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit weiter in den Vordergrund. Von zentraler Bedeutung in der Lohnpolitik waren die Industriegewerkschaften (IG), vor allem die IG Metall, die die Rolle der Lohnführerschaft übernahm. Den Lohnabschlüssen im Metallsektor kam Signalwirkung für die tarifpolitischen Akteure in anderen Sektoren zu. Durch die Orientierung der tarifpolitischen Akteure in anderen Sektoren, vor allem dem öffentlichen Dienst, an den Lohnerhöhungen in der Metall- und Elektroindustrie und regulative Rahmenbedingungen und Praktiken, wie v. a. die Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifverträgen, konnte ein hohes Maß an Koordinierung der Tarifpolitik zwischen den Sektoren und

Branchen sichergestellt werden. Seit den 1990er-Jahren jedoch kam es aufgrund einer Vielzahl von Faktoren (z. B. Rückgang der Praxis der Allgemeinverbindlicherklärung, »Tariffucht« der Arbeitgeber, Wachstum des Niedriglohnsektors, sinkende Organisationsmacht der Gewerkschaften etc.) zu einer Erosion des Systems der Flächentarifverträge (Hassel 1999; Bispinck/Bahn Müller 2007). Auch im vergleichsweise stark gewerkschaftlich organisierten Metallsektor kam es zu einem Bindungsverlust von Flächentarifverträgen durch »Standortsicherungsabkommen« auf Betriebsebene, die in von wirtschaftlichen Problemen betroffenen Unternehmen eine Abweichung vom Branchentarif erlaubten (Seifert/Massa-Wirth 2005). Angesichts dieser Entwicklungen, die durch massive Reformen zur Deregulierung des Arbeitsmarktes (»Agenda 2010«, »Hartz IV«) weiter verstärkt wurden, lässt sich ein Wandel vom koordinierten Kapitalismusmodell zu einer »Desorganisierung« der politischen Ökonomie Deutschlands (Streeck 2010) beobachten. Der Rückgang der Tarifbindungsquoten verdeutlicht die Erosion der Flächentarifverträge. So waren 2003 die Arbeitsbedingungen von 70 Prozent (bzw. 54 Prozent) der Beschäftigten in Westdeutschland (bzw. Ostdeutschland) durch Branchen- oder Haustarifverträge geregelt, während es 2013 nur mehr 60 Prozent (West) bzw. 47 Prozent (Ost) waren (WSI Tarifarchiv 2015).

Neben dem Rückgang der Tarifbindung kam es auch zu einem Bedeutungsverlust von tarifpolitischen Normen. So fühlt sich die Arbeitgeberseite weniger stark verpflichtet, Tarifverträge anzuwenden. Vielmehr lassen sich Strategien der Unternehmensleitungen beobachten, die auf die Vermeidung der kollektiven Regulierung der Arbeitsbedingungen oder die »Flucht« in Tarifverträge mit niedrigeren Standards abzielen. Managementmaßnahmen wie »Outsourcing« von Betriebs- und Tätigkeitsbereichen und Standortverlagerungen in Länder bzw. Regionen mit niedrigeren Lohnkosten und Arbeitsstandards haben in den letzten beiden Jahrzehnten weite Verbreitung gefunden. Von zunehmendem Wettbewerbs- und Kostendruck sind jedoch nicht nur die exportabhängigen Branchen betroffen, sondern auch Bereiche des öffentlichen Sektors. Die Liberalisierung und Privatisierung von ehemals öffentlichen Dienstleistungen in Bereichen wie Post, Transport, Energie und Gesundheit und Pflege haben den Kostensenkungs-, Gewinnerzielungs- und Effizienzdruck auf die Unternehmensleitungen erhöht und zu einem Wandel der Managementpraktiken (z. B. »New Public Management«) geführt.

Im deutschen Gesundheits- und Krankenhausesektor sind, wie in [Abschnitt 2.1.3](#) beschrieben, Prozesse der Liberalisierung und Privatisierung im euro-

päischen Vergleich am weitesten vorangeschritten. Reformen der Krankenhausfinanzierung, die Übernahme ehemals öffentlicher Häuser durch private Krankenhauskonzerne sowie die Restrukturierung und Reorganisierung von Krankenhäusern aller Typen von Trägerschaften haben zur Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und zur Intensivierung der Arbeit geführt. Neben den Rationalisierungsmaßnahmen der Krankenhausleitungen haben auch die Strategien und Praktiken der (arbeits)politischen Akteure zu einem Wandel der Institutionen der Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor beigetragen. Reformen des Tarifsystems für den öffentlichen Dienst hatten eine Diversifizierung und Aufspaltung der Tariflandschaft zur Folge (Dribbusch/Schulten 2007). Die Fragmentierung, Desorganisierung und Dezentralisierung der Arbeitsbeziehungen, befördert durch die heterogene Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft, ist im Vergleich zu anderen Branchen besonders ausgeprägt. In den folgenden Abschnitten werden die zentralen tarifpolitischen Akteure des Krankenhaussektors (Gewerkschaften, Berufsverbände und Arbeitgeberverbände) und die Entwicklungen des Tarifsystems vor dem Hintergrund von Liberalisierung und Privatisierung in den letzten beiden Jahrzehnten beschrieben.

3.1.1 Kollektive Akteure der Arbeitsbeziehungen

Gewerkschaften

Die wichtigste Gewerkschaft, die Arbeitnehmer im Gesundheitssektor repräsentiert, ist die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. 2013 hatte die dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) zugehörige Gewerkschaft über 2.060.000 Mitglieder in einer Vielzahl von Branchen im öffentlichen und privaten Sektor (s. [Tabelle 2](#)). Im Fachbereich »Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen« waren es Ende des Jahres 2010 knapp 350.000 Mitglieder. Während ver.di auf branchenübergreifender Ebene mit einem stetigen Mitgliederverlust zu kämpfen hat (2007: 2.210.000; 2012: 2.060.000), der erst in den letzten beiden Jahren gestoppt werden konnte (ver.di 2014), verläuft die Mitgliederentwicklung im Gesundheitsbereich stabil bzw. leicht steigend (2007: 344.684; 2010: 346.527) (ver.di 2011a). Ver.di organisiert Pflege(fach)kräfte in privaten und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und führt Tarifverhandlungen auf Branchen- und Unternehmensebene für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes und der Privatwirtschaft. Die Berufsgruppe der (angestellten und verbeamteten) Ärzte ist zum großen Teil im Marburger Bund organisiert. Seit 1950 hatte der Marburger Bund

Tabelle 2: Arbeitnehmerorganisationen

Abkürzung	Name	Mitglieder*	Mitgliedschaft in internationalen Verbänden
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft	insgesamt: 2.065.000 Mitglieder (2013) Gesundheitswesen: 350.000 (2010)	EGÖD – EPSU (European Public Services Union) Union Network International (UNI) Europa/Global Public Services International (PSI)
	Der Marburger Bund	117.000 Ärztinnen Organisationsgrad: ca. 80 %	EPSU
dbb	Beamtenbund und Tarifunion	insgesamt: 1.280.000 Mitglieder Gesundheitswesen: k. A.	Europäische Union der unabhängigen Gewerkschaften – CESI (Confédération Européenne des Syndicats Indépendants)
CGB	Christlicher Gewerkschaftsbund	insgesamt: 280.000 Mitglieder Gesundheitswesen: DHV: 75.000 Mitglieder Medsonet: 7.000 Mitglieder (2012) GÖD: 56.086 (2009)	CESI
FAU-IAA	Freie Arbeiterinnen und Arbeiter Union	insgesamt: 350 Mitglieder (2010)	International Workers' Association
VKM	Verband kirchlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	k. A.	k. A.
GKD	Gewerkschaft Kirche und Diakonie	k. A.	k. A.

*Berichtsdaten der Organisationen

Quellen: BAG 2013; Beese/Vogel 2009; Bundesministerium des Innern 2011; Kraemer 2011; ver.di 2014; Marburger Bund 2015; dbb 2015; DHV 2015

die Vollmacht für Tarifverhandlungen bei der Deutschen Angestellten Gewerkschaft DAG (nicht jedoch beim DGB) (Keller 2010). Mit der Gründung von ver.di im Jahr 2001, die das Ergebnis eines Zusammenschlusses von fünf Gewerkschaften (DPG, HBV, IG Medien, ÖTV und DAG) ist, hat der Marburger Bund die Verhandlungsgemeinschaft mit der DAG, die für die Tarifverhandlungen der im öffentlichen Dienst beschäftigten Ärzte zuständig war, aufgekündigt. Die Tarifverhandlungsvollmacht ging auf die neu gegründete ver.di über, wurde jedoch 2005 im Zuge der Neuverhandlung der Tarifverträge des öffentlichen Dienstes (TVöD) aufgehoben. Grund dafür war die erwartete Verschlechterung der Tarifbedingungen für Ärztinnen im TVöD gegenüber dem bisher gültigen Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT). Der Abspaltung des Marburger Bundes steht ver.di kritisch gegenüber und bestand auf dem Recht, Tarifverträge für alle Beschäftigten im Gesundheitssektor abzuschließen (Eurofound 2011, S. 21). Infolge der Abspaltung des Marburger Bundes aus der Tarifgemeinschaft mit ver.di kam es zu einer Beitrittswelle von 15.000 auf 96.000 Mitglieder. Mittlerweile verzeichnet der Marburger Bund einen Mitgliederstand von rund 117.000 (Marburger Bund 2015). Der Marburger Bund verhandelt Tarifverträge mit den Ländern (TdL) für die Unikliniken, mit den Kommunen für die kommunalen Krankenhäuser sowie mit privaten Klinikkonzernen wie Asklepios, Damp, Helios, KMG, Rhön und Sana.

Weitere Gewerkschaften im Gesundheitssektor sind Beamtenbund und Tarifunion (dbb) und der Christliche Gewerkschaftsbund (CGB). Der dbb umfasst 16 Gewerkschaftsbünde auf der Länderebene und 43 Mitgliedsgewerkschaften, die sich in verschiedene Branchengewerkschaften gliedern, die z.T. regional, nach Ebenen der öffentlichen Verwaltung und Berufsgruppen differenziert sind (s. [Tabelle 2](#)). Der Verband hat 1.280.000 Beamte und Tarifbeschäftigte als Mitglieder und verhandelt Tarifverträge auf branchenübergreifender und Branchenebene. Der CGB gliedert sich in drei Mitgliedsverbände im Gesundheitssektor: erstens DHV – Die Berufsgewerkschaft, die Verwaltungsbeschäftigte in einer Reihe von Branchen im öffentlichen und privaten Sektor organisiert und 2009 77.180 Mitglieder hatte (Kraemer 2011); zweitens die 2008 gegründete Gewerkschaft Medsonet, die 2012 7.000 Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen organisiert hat. In den Jahren 2008 und 2009 haben Medsonet und DHV gemeinsam verschiedene Haustarifverträge mit dem Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) abgeschlossen (ebd.). Seit der DHV 2009 durch eine Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts das Recht, Tarifverträge für Beschäftigte des Roten Kreuzes abzuschließen, abgesprochen wurde, ko-

operiert die Gewerkschaft in Tarifverhandlungen häufig mit Medsonet. Im Mai 2011 sprach das Arbeitsgericht Hamburg Medsonet die Tariffähigkeit ab und erklärte damit die zuvor abgeschlossenen Tarifverträge als ungültig. Die dritte Mitgliedsgewerkschaft des CGB, die Beschäftigte im Gesundheitssektor organisiert, ist die Gewerkschaft Öffentlicher Dienst und Dienstleistungen (GÖD), die 2009 56.086 Beamte und Tarifbeschäftigte als Mitglieder hatte (ebd.). Die Freie Arbeiterinnen und Arbeiter Union (FAU-IAA), die als anarchosyndikalistischer Verband gilt, hat verschiedene kleinere lokale Mitgliedsorganisationen im Gesundheitssektor. Der Verband kirchlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (VKM) ist für kirchliche Gesundheits- und Sozialeinrichtungen wie die Diakonie zuständig. Die Gewerkschaft Kirche und Diakonie verhandelt ebenfalls Tarifverträge – fallweise zusammen mit ver.di – für kirchliche Gesundheitseinrichtungen (ebd.).

Ver.di und der Marburger Bund sind Mitglieder des Europäischen Gewerkschaftsverbandes für den öffentlichen Dienst EGÖD (*European Public Services Union – EPSU*) (s. [Tabelle 2](#)). Ver.di ist außerdem Mitglied in der für den privaten Gesundheitssektor relevanten Europäischen Dienstleistungsgewerkschaft *Union Network International* (UNI), die in verschiedene Regionen, so auch Europa, sowie den globalen Dachverband gegliedert ist. Beamtenbund/Tarifunion und der Christliche Gewerkschaftsbund sind Mitglieder der *Europäischen Union der unabhängigen Gewerkschaften* (CESI), und die FAU-IAA ist Mitglied in der Internationalen Arbeiter-Assoziation (*International Workers' Association*), einem internationalen Zusammenschluss anarchosyndikalistischer Gewerkschaften.

Berufsverbände

Im Gegensatz zu den Ärzten sind beispielsweise Krankenpflegekräfte und Hebammen nicht in Kammern organisiert, sondern in verschiedenen Berufsverbänden mit freiwilliger Mitgliedschaft. Die Pflegeverbände in Deutschland haben sich in einem Dachverband, dem Deutschen Pflegerat, zusammengeschlossen (Busse/Riesberg 2005, S. 44). Die beiden wichtigsten Berufsverbände der Krankenpfleger sind der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR). Die beiden Berufsverbände setzen sich für angemessene Arbeitsbedingungen und Ausbildungsstandards der Beschäftigten ein, nehmen aber nicht an Tarifverhandlungen teil. Der DBfK vertritt die Interessen angestellter und selbstständiger Beschäftigter im Gesundheits- und Erziehungswesen sowie in der Altenpflege. Der DBfK ist Mitglied des internationalen Berufsverbands *International Council of Nurses* (ICN) und des

Europäischen Verbandes *European Federation of Nurses Associations* (EFNA) sowie des *Deutschen Pflegerates* (DPR e. V.). Der DBfK verpflichtet sich dem Ethikkodex des ICN und bekennt sich zur Selbstverwaltung der Pflegeberufe und zum Deutschen Pflegerat (DBfK 2015). Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) wurde vom DBfK 1993 gegründet und befasst sich mit allen Aspekten der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen (DBR 2015).

*Tabelle 3: Arbeitgeberorganisationen**

Abkürzung	Name	Mitglieder**	Mitgliedschaft in internationalen Verbänden
VKA	Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände	650 Krankenhäuser auf kommunaler Ebene, 450.000 Beschäftigte in Krankenhäusern	European Hospital and Healthcare Employers' Association (HOSPEEM)
TdL	Tarifgemeinschaft deutscher Länder	30 Universitätskliniken und 8 bis 10 psychiatrische Krankenhäuser	keine
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken	450 Mitgliedsunternehmen mit rund 248.000 Beschäftigten in Krankenhäusern; Organisationsgrad (bezogen auf die Anzahl der Arbeitnehmer in privaten Krankenhäusern): 83 %	European Union of Private Hospitals (UEHP)
bpa	Arbeitgeberverband Pflege und Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste	rund 9.000 Mitgliedseinrichtungen mit ca. 260.000 Beschäftigten	Business Europe
VdDD	Verband Diakonischer Dienstgeber in Deutschland	rund 170 Mitgliedsorganisationen, die ca. 350.000 Mitarbeiter beschäftigen	Bis 2011 Business Europe
AWO	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband	14.000 Sozial- und Gesundheitseinrichtungen und -anbieter	k. A.

*tariffähige Arbeitgeberverbände

**Berichtsdaten der Organisationen (teilweise Abweichungen von den Daten des Statistischen Bundesamtes)

Quellen: Beese/Vogel 2009; Kraemer 2011; BPA 2015; VdDD 2015; AWO 2015

Arbeitgeberverbände

Im Gegensatz zu den Gewerkschaften, die häufig Arbeitnehmer des öffentlichen und privaten Sektors vertreten, gliedern sich die Organisationen der Arbeitgeber üblicherweise in private und öffentliche Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (s. *Tabelle 3*). In Deutschland finden Tarifverhandlungen für öffentliche Krankenhäuser fast ausschließlich auf der Ebene der Länder und Kommunen statt. Die Arbeitgeberverbände sind die *Vereinigung Kommunalen Arbeitgeberverbände* (VKA) und die *Tarifgemeinschaft deutscher Länder* (TdL). Die VKA umfasst 16 regionale Mitgliedsverbände, die rund 650 Krankenhäuser umfassen. Die TdL repräsentiert alle Länder mit Ausnahme von Hessen und – bis 2013 – Berlin. VKA und TdL schließen Tarifverträge mit Gehaltsordnungen für Krankenpflegepersonal ab. Private Krankenhäuser sind überwiegend im *Bundesverband Deutscher Privatkliniken* (DBPK) organisiert, der sich in 12 regionale Verbände gliedert und rund 460 Mitgliedsunternehmen mit 248.000 Beschäftigten umfasst (Beese/Vogel 2009). Ein geringerer Teil der Arbeitnehmer ist in Krankenhäusern beschäftigt, die im *Arbeitgeberverband Pflege* organisiert sind, der 2009 von acht Gesundheitsdienstleistungsunternehmen und dem *Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste* (bpa) gegründet wurde (Kraemer 2011). Der bpa ermöglicht seinen Mitgliedern eine sog. »OT-Mitgliedschaft«, die es den Unternehmen erlaubt, Tarifverträge, die vom Dachverband ausgehandelt wurden, nicht anzuwenden. Die Mitgliedsunternehmen des Arbeitgeberverbands Pflege (zusammen mit jenen des bpa) beschäftigen 260.000 Personen. Der *Verband Diakonischer Dienstgeber in Deutschland* (VdDD) hat rund 170 Mitglieder, die ungefähr 350.000 Mitarbeiter beschäftigen. Der Bundesverband *Arbeiterwohlfahrt* (AWO) verhandelt Tarifverträge für Beschäftigte in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Der *Katholische Krankenhausverband Deutschlands* (KKVD), der Kliniken mit rund 165.000 Beschäftigten organisiert, nimmt nicht an Tarifverhandlungen teil, sondern fungiert als Lobbyverband und ist in den Gremien und Ausschüssen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vertreten (KKVD 2015).

Die VKA ist Mitglied des Europäischen Arbeitgeberverbandes des Krankenhaussektors *HOSPEEM* (*European Hospital and Healthcare Employers' Association*), während der DBPK Mitglied im *Europäischen Verband der Privatkliniken UEHP* (*European Union of Private Hospitals*) ist. Der Arbeitgeberverband Pflege und Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) und der Verband Diakonischer Dienstgeber in Deutschland (VdDD) sind bzw. waren über ihre Mitgliedschaft in der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

(BDA) Mitglieder des Europäischen Arbeitgeberdachverbandes *Business Europe*. Mit dem Austritt des VdDD aus der BDA 2011 erlosch auch seine Mitgliedschaft in *Business Europe*.

3.1.2 Desorganisation und Fragmentierung der Arbeitsbeziehungen

Die Liberalisierung des deutschen Gesundheitssektors und die Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen haben zur Desorganisation und Dezentralisierung der Tarifverhandlungsstrukturen im öffentlichen und freigemeinnützigen Segment der Krankenhäuser und zu einer Schwächung der Gewerkschaften geführt. So hatte ver.di im Jahr ihrer Gründung 2001 noch rund 2,8 Millionen Mitglieder. Bis zum Jahr 2012 schrumpfte die Mitgliederzahl auf 2,06 Millionen. Im Gesundheitssektor konnte ver.di durch Mitgliedergewinnungskampagnen den Abwärtstrend stoppen (s. [Kapitel 6](#)) und in den letzten Jahren sogar Mitgliederzuwächse erzielen (Greer/Schulten/Böhlke 2013). Im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser wird der gewerkschaftliche Organisationsgrad auf rund 23 Prozent geschätzt (Grimshaw et al. 2007, S. 600). Die Organisationsgrade variieren zwischen den Häusern, wobei eine Spannweite von 15 bis 25 Prozent wahrscheinlich ist (Interview 01). In privaten Krankenhäusern liegt der Organisationsgrad von ver.di unter jenem in öffentlichen Häusern. Auch ist die Variation des Organisationsgrades höher; so reichen die Organisationsgrade von unter 10 Prozent bis zu über 80 Prozent, wie im Falle des Krankenhauskonzerns Damp. In freigemeinnützigen Krankenhäusern weist ver.di die niedrigsten Organisationsgrade auf. Im Durchschnitt werden sie auf zwischen weniger als 10 Prozent bis rund 20 Prozent geschätzt (Interview 01). Durch die Abspaltung der Ärztegewerkschaft Marburger Bund aus der Tarifverhandlungsgemeinschaft mit ver.di 2005 hat ver.di an Verhandlungsmacht und Mitgliederstärke verloren. Der Marburger Bund organisiert zwischen 70 und 80 Prozent der Ärzte in öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen.

Bis Mitte der 1990er Jahre waren Tarifverhandlungen im öffentlichen Sektor vergleichsweise zentralisiert (vgl. Keller 2010). Für die Beschäftigten galten der *Bundes-Angestelltentarifvertrag* (BAT) bzw. der *Manteltarifvertrag Arbeiterinnen und Arbeiter des Bundes und der Länder* (MT Arb) oder der *Bundesmanteltarifvertrag für Arbeiter gemeindlicher Verwaltungen und Betriebe* (BMT-G II), die eine weitgehende Standardisierung der Entgelte und Arbeitsbedingungen über die territorialen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) sowie für verschiedene Funktionsbereiche sicherstellten. Im Gesundheitssektor wurde der BAT üblicherwei-

se von den nichtöffentlichen Krankenhäusern übernommen (Keller 2010). Die »zweite Welle« der Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen (v. a. in Form von Auslagerung nichtpflegerischer Tätigkeiten) seit Beginn der 2000er-Jahre hatte weitreichende Folgen für die Arbeitsbeziehungen und Tarifsysteme. Es kam zum Rückgang der Tarifbindung und zur Ausdifferenzierung der Tarifverträge für den öffentlichen Sektor. Die Tarifbindungsrate im Segment der öffentlichen Krankenhäuser wird für das Pflegepersonal auf rund 80 Prozent geschätzt, in privaten Krankenhäusern zum Teil deutlich niedriger (Interview 01). Nur rund 10 bis 20 Prozent der Beschäftigten in den krankenhaus-eigenen Servicegesellschaften, die Tätigkeiten wie Reinigung, Küchendienste, aber auch medizintechnische Tätigkeiten wie Laboranalysen ausführen, unterliegen Tarifverträgen (Interview 01). Im folgenden Abschnitt werden die Veränderungen der Tarifvertragsstruktur und der Verhandlungsprozesse im öffentlichen Segment des Gesundheits- und Krankenhausektors zusammengefasst.

3.1.3 Veränderungen des Tarifsystems im öffentlichen Sektor

Bis 2003 fanden Tarifverhandlungen im öffentlichen Sektor zwischen den kollektiven Akteuren auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen statt. Die VKA, die TdL und der Bund bildeten eine Verhandlungsgemeinschaft auf Seiten der Arbeitgeber. Ver.di (und zuvor die in Ver.di aufgegangenen Gewerkschaften), einige kleinere Gewerkschaften (wie z. B. die Gewerkschaft der Polizei GdP und die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW) und der dbb Beamtenbund und Tarifunion führten die Verhandlungen für die Arbeitnehmerseite. Infolge der Verhandlungsrunde für den öffentlichen Sektor 2003, in der beschlossen wurde, den BAT und den MTArb und BMT-G durch einen neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst zu ersetzen, drohten einige Länder, die Verhandlungsgemeinschaft mit Bund und Kommunen zu verlassen, da sie finanzielle Mehrbelastungen durch den neuen Tarifvertrag fürchteten (Keller 2010, S. 108). In der Folge kam es zu Streikdrohungen bzw. einzelnen Streiks, die allerdings nicht zu einer Wiedervereinheitlichung der Tarifverhandlungen und -standards führten (Keller 2007). Während Berlin bereits in den 1990er Jahren aus der Tarifgemeinschaft ausgeschlossen wurde (und 2013 wieder eintrat), verließ Hessen 2004 die TdL. Die TdL selbst verließ kurz darauf die Verhandlungsgemeinschaft mit dem Bund und der VKA. Auf Seiten der Arbeitnehmer beendete 2005 der Marburger Bund die gemeinsamen Tarifverhandlungen mit Ver.di, um eigene Tarifverträge für die Ärztinnen zu verhandeln. Im Zuge der

Abspaltung des Marburger Bundes aus dem Verhandlungsverbund mit ver.di bewies die Ärztegewerkschaft ihre Mobilisierungsfähigkeit und organisierte den ersten Streik von Ärzten.

Die Veränderungen der Tarifverhandlungsstrukturen und -prozesse zogen eine Ausdifferenzierung der Tarifvertragslandschaft im öffentlichen Bereich des Gesundheitssektors nach sich. Die zuvor im Rahmen von zentralisierten Tarifverhandlungen zwischen kollektiven Akteuren der Bundes-, Länder- und kommunalen Ebene sichergestellte vertikale Koordinierung zwischen den territorialen Ebenen wurde durch die Auflösung der Verhandlungsgemeinschaft beendet. So gilt auf kommunaler und Bundesebene seit 2005 der TVöD und auf Länderebene seit 2006 der TV-L sowie für das Land Hessen ein separater (aber inhaltlich ähnlicher) Tarifvertrag (TV-H, seit 2010). Durch die im TV-L vorgesehenen Öffnungsklauseln verfügen die Länder im Vergleich zum BAT über einen höheren Gestaltungsspielraum bei der Regulierung der Arbeitszeit (Keller 2007). Die Tarifverträge für den öffentlichen Dienst (TVöD und TV-L) enthalten spezielle Bestimmungen für den Krankenhaussektor. Durch den Abschluss eines eigenen Tarifvertrags für Ärzte zwischen dem Marburger Bund und der VKA bzw. der TdL im Jahr 2006 (und seit 2007 mit dem Land Hessen) kam es zu einer weiteren Zersplitterung der Tarifverträge und zum Ende des Prinzips der »Tarifeinheit« innerhalb von Kliniken (Keller 2010, S. 89). Mit einzelnen kommunalen Krankenanstalten hat der Marburger Bund, entgegen der Satzung des Arbeitgeberverbandes VKA, Haustarifverträge abgeschlossen (Keller 2010, S. 115).

Die Ausdifferenzierung der Tarifvertragslandschaft im Krankenhaussektor setzte sich durch die verstärkte Anwendung von Notlagen- bzw. »Zukunftssicherungstarifverträgen«, die Abweichungen von den im TVöD bzw. TV-L enthaltenen Bestimmungen ermöglichen, weiter fort. Zudem kam es zu einer Abkoppelung der freigemeinnützigen Krankenhäuser vom Tarifstandard des öffentlichen Dienstes. Die Zersplitterung der kollektiven Regulierung von Löhnen und Arbeitsbedingungen ist in den Krankenhäusern der evangelischen Kirche am weitesten fortgeschritten, während in katholischen Krankenhäusern die Orientierung am Tarif des öffentlichen Dienstes vergleichsweise hoch ist. Rund 70 Prozent der von der Caritas betriebenen Häuser orientieren sich am TVöD, während in rund drei Viertel der evangelischen Häuser der öffentliche Tarif unterschritten wird (Interview 03). Die Abweichungen von TVöD-Standards sind für die Beschäftigten, die in die unteren Lohngruppen fallen, am höchsten. Die Krankenhausleitungen verfolgen die Strategie, durch höhere Lohnsteigerungen für höher qualifizierte Arbeitnehmerinnen einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

3.1.4 Die Tariflandschaft im Krankenhaussektor

Die im europäischen Vergleich stark ausdifferenzierte Trägerstruktur von Krankenhäusern in Deutschland geht einher mit einer Fragmentierung und Zersplitterung der Tariflandschaft. Die zentrale Differenzierungslinie verläuft demnach zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern. Während in öffentlichen Krankenhäusern Flächentarifverträge (der TVöD für Bund und Gemeinden und der TV-L für die Länder) die Mehrheit der Beschäftigten erfassen, besteht in privaten Krankenhäusern ein Flickenteppich an tariflicher und nichttariflicher Regulierung. In einigen Häusern gelten Konzern- und/oder Haustarifverträge, während in anderen Krankenhäusern gar keine Tarifverträge abgeschlossen werden. In kirchlichen Krankenhäusern werden keine Tarifverträge, sondern im Rahmen des »kirchlichen Sonderweges« sog. »Arbeitsvertragsrichtlinien« abgeschlossen (s. unten). Diese Abkommen waren früher tendenziell am Tarifniveau des öffentlichen Dienstes orientiert, sind in den letzten Jahren aber immer stärker davon abgewichen. Auch innerhalb des öffentlichen Krankenhaussektors ist eine weitere Ausdifferenzierung der tariflichen Regulierung und der Arbeitsbedingungen zu beobachten. Schulten und Böhlke (2009) fassen diese Entwicklungen als Prozess der *dreifachen Fragmentierung* zusammen. Fragmentierungsprozesse verlaufen erstens zwischen den verschiedenen Krankenhausträgern (öffentlich, freigemeinnützig und privat); zweitens zwischen den Kernbelegschaften der Krankenhäuser und den Beschäftigten in ausgliederten Bereichen; und drittens zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzten, Pflegepersonal und sonstigen Beschäftigten.

Die Regulierung der Löhne und Arbeitsbedingungen innerhalb des Segments der öffentlichen Krankenhäuser erfolgt im Falle der kommunalen Kliniken durch den TVöD mit Sonderregeln für Krankenhäuser, den *Tarifvertrag Zukunftssicherung* (ZUSI), der Entgeltabsenkungen in Krankenhäusern in prekärer finanzieller Situation zulässt, und Haustarifverträge (für einzelne Häuser oder Krankenhausverbände). Im Großteil der Universitätskliniken gelten der TV-L oder Verbund-Tarifverträge für mehrere Unikliniken eines Bundeslandes oder einer Region. Der TV-L und der TVöD beinhalten zwar auch »ärztespezifische« Regelungen, von größerer Bedeutung für die Gehälter und Arbeitsbedingungen der Ärztinnen in öffentlichen Krankenhäusern sind aber die Tarifverträge, die der Marburger Bund mit Ländern und Kommunen verhandelt. Diese unterscheiden sich jedoch in materieller Hinsicht nicht erheblich vom TVöD bzw. TV-L (Keller 2010, S. 115).¹

1 | Der Marburger Bund organisiert den weitaus überwiegenden Teil der Ärzte.

Tabelle 4: Die vier größten privaten Krankenhauskonzerne in Deutschland

	Beschäftigte	Umsatz (in Mrd. Euro)	Tarifvertrag (TV)
Helios Kliniken Gruppe	34.000 (2010)	2,5 (2010)	Konzern-TV
	68.000 (2014)	3,4 (2013)	
Rhön-Klinikum AG (2014 von Helios übernommen)	38.000 (2010)	2,6 (2010)	Haus-TV
	15.000 (2014)		
Asklepios Kliniken GmbH	35.000 (2013)	2,3 (2010)	z. T. häuserübergreifende Tarifverträge (Konzern- verbund), z. T. kein TV; z. T. TVöD
		2,9 (2012)	
Sana Kliniken AG	22.000 (2010)	1,5 (2010)	Konzern-TV
	30.000 (2014)	2,0 (2013)	

Quellen: Schulten/Böhlke 2009; Helios AG 2015; Rhön-Klinikum AG 2015; Asklepios 2015; Sana Kliniken AG 2015

Seit der massiven Privatisierungswelle im deutschen Krankenhaussektor und dem allgemeinen Sparzwang im öffentlichen Gesundheitswesen hat sich der Wettbewerbsdruck in Häusern aller Trägerschaften intensiviert. Um die Arbeitskosten zu senken, haben die Arbeitgeber begonnen, durch den Abschluss von Sondertarifverträgen oder individuellen Arbeitsverträgen Flächentarifverträge zu umgehen und vom Tarifstandard des öffentlichen Dienstes abzuweichen. Dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst kam vormals eine hohe indirekte Bindungswirkung zu, da sich die Arbeitgeber der freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser am öffentlichen Tarif orientiert haben. Diese Orientierung an den Tarifstandards des TVöD hat im letzten Jahrzehnt deutlich nachgelassen (Schulten/Böhlke 2009; Keller 2010). Vor allem im stark wachsenden Segment der privaten Krankenhäuser kam es zu einer Ausdifferenzierung der Arbeitsstandards. Seit der Aufkündigung des bundesweit gültigen Tarifvertrags für private Krankenhausträger durch den Arbeitgeberverband BDPK im Jahr 1993 konnte kein neuer Flächentarifvertrag abgeschlossen werden. 2006 scheiterten Verhandlungen zwischen dem BDPK und ver.di über eine Ausweitung der Arbeitszeit über das gesetzliche Minimum hinaus, da sich der Arbeitgeberverband weigerte, Verhandlungen über die Regulierung der Löhne zu führen (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008, S. 173). In Häusern und Bereichen (z. B. Servicebereichen),

in denen der Organisationsgrad von ver.di sehr gering ist, schloss der BDPK mit der Christlichen Gewerkschaft DHV Tarifverträge ab, deren Tarifniveau unter jenem des öffentlichen Dienstes lag. Nachdem der DHV die Tariffähigkeit abgesprochen worden war, verloren diese Haustarifverträge ihre Gültigkeit (ebenso wie jene, die die DHV gemeinsam mit der Christlichen Gewerkschaft Medsonet abgeschlossen hatte, der ebenfalls die Tariffähigkeit abgesprochen worden war).

Mit den vier (markt)dominierenden privaten Krankenhauskonzernen hat ver.di Konzern- bzw. Haustarifverträge abgeschlossen (s. [Tabelle 4](#)). Ziel der Gewerkschaft ist die Durchsetzung des Tarifstandards des öffentlichen Dienstes (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008). Aufgrund des Fehlens eines Flächentarifvertrags für private Krankenhäuser zielt ver.di auf den Abschluss von Konzerntarifverträgen, die für eine möglichst große Anzahl an Häusern gültig sind (Interview 07). Im größten Krankenhauskonzern, der Helios Kliniken Gruppe, gelang es ver.di 2007, einen Konzerntarifvertrag abzuschließen, der für das Krankenpflegepersonal den Tarif des öffentlichen Dienstes vorsieht, während Reha-Kliniken und die ausgegliederten Servicegesellschaften keinem Tarifvertrag unterliegen. Der Helios-Konzerntarifvertrag gilt beispielsweise nur für 36 von insgesamt 111 Kliniken, in allen übrigen bestehen keine Tarifverträge oder Haustarifverträge (Interview 07). Im 2014 von der Helios Gruppe übernommenen Rhön-Konzern stellt der Manteltarifvertrag zwar (nicht entgeltliche) Arbeitsstandards auf ähnlichem Niveau im Gesamtkonzern sicher. Das in Haustarifverträgen festgelegte Lohnniveau entspricht im Westen dem Tarif des öffentlichen Dienstes, im Osten liegt es jedoch zum Teil deutlich darunter (Interviews 01, 04). In den letzten Jahren gelang es ver.di durch die Mobilisierung der Beschäftigten in den ostdeutschen Kliniken, in einigen Fällen das Lohnniveau an den West-Tarif anzunähern (Interview 01). In den neu übernommenen Rhön-Häusern steht es dem Management frei, den Helios-Konzerntarifvertrag anzuwenden oder den bestehenden Haustarifvertrag zu behalten (Interview 04). Mit dem Management der Sana Kliniken, das unterschiedliche Strategien verfolgt und in einigen Häusern einseitige »Arbeits- und Sozialordnungen« umgesetzt hat (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008), steht ver.di seit 2006 in Verhandlungen. 2009 wurde ein Konzerntarifvertrag abgeschlossen, dessen Vergütungsordnung sich am Tarif des öffentlichen Dienstes orientiert, in einigen Häusern aber darunterliegt (Interview 01). Die Asklepios GmbH verfügt über eine sehr zerklüftete Tariflandschaft. Die Konzernleitung hat Tarifverträge mit Medsonet und DHV abgeschlossen und einseitige Arbeits- und Sozialordnungen in einigen Häusern durchgesetzt. Andere Häuser sind Teil regionaler Tarifverbände innerhalb des Konzerns, während in

anderen gar kein Tarifvertrag gilt. In einigen der vom Konzern übernommenen Krankenhäuser wiederum besteht die Verpflichtung, den TVöD anzuwenden (Interviews 01, 04). Die Arbeitsbeziehungen des Asklepios-Konzerns sind konfliktreich. Auf einen 2006 stattfindenden Arbeitskampf beispielsweise reagierte das Management mit Verhandlungen mit der Christlichen Gewerkschaft DHV, die letztendlich aber scheiterten, und Wahlen zum Aufsichtsrat musste ver.di gerichtlich erzwingen (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008). Der Konzern gründete eine konzerneigene Leiharbeitsfirma für alle Beschäftigtengruppen außer Ärztinnen. Für den 2012 von Helios übernommenen Gesundheitskonzern Damp Holding AG hat ver.di 2007 einen Konzerntarif abgeschlossen, dessen Lohnstandard auf dem Niveau des öffentlichen Dienstes und in einigen Häusern auch deutlich (ca. 8 bis 12 Prozent) darüberlag (Interview 04). Nach der Übernahme durch Helios kam es zur Zerschlagung des Damp-Konzerns, die eine Aufspaltung der tariflichen Regulierung zur Folge hatte, die jedoch in späteren Tarifverhandlungen, zumindest teilweise, wieder stärker vereinheitlicht werden konnte (Interview 04). Für die Paracelsus-Kliniken besteht seit 2007 ein von ver.di ausgehandelter Konzerntarifvertrag, während für andere private Krankenhäuser wie beispielsweise Aneos kein Tarifvertrag besteht (Interviews 04, 07).

Der kirchliche »Sonderweg«

Die Regulierung der Entgelte und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in kirchlichen Krankenhäusern erfolgt im Rahmen des sog. »kirchlichen Sonderweges« (oder »Dritten Weges«). Die Beschäftigten in den Krankenhäusern und Sozialeinrichtungen der Kirchen und der kirchlichen Wohlfahrtsverbände unterliegen weder gewerkschaftlichen Tarifverträgen noch dem Betriebsverfassungsgesetz. In den 1970er Jahren haben die Kirchen ein besonderes Arbeitsbeziehungssystem auf der Grundlage sog. »Arbeitsrechtlicher Kommissionen« errichtet, die Tarifverhandlungen mit den Gewerkschaften ersetzen und die Arbeitsbedingungen der privatrechtlich beschäftigten Arbeitnehmer regeln (vgl. Lührs 2008). Auf der Grundlage des Selbstverwaltungsrechts der Kirchen nach Art. 140 Grundgesetz haben die Arbeitgeber das Recht, Arbeitsbedingungen autonom und ohne die Beteiligung von Gewerkschaften zu regulieren. In den aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern bestehenden Arbeitsrechtlichen Kommissionen werden sog. »Arbeitsvertragsrichtlinien« beschlossen, die – im Gegensatz zu Tarifverträgen – keine rechtliche Bindungswirkung haben. Für die Einrichtungen der Caritas bzw. der katholischen Kirche gelten einheitliche, nationale Arbeitsvertragsrichtlinien, während für Häuser der Diakonie bzw. der evangelischen Kirche keine

einheitlichen Arbeitsvertragsrichtlinien bestehen. Das Letztentscheidungsrecht, welche Regelungen in kirchlichen Einrichtungen zur Anwendung kommen, liegt bei den Arbeitgebern. So haben sie, ebenso wie das Management öffentlicher und privater Krankenhäuser, auf den steigenden Kosten- und Wettbewerbsdruck durch eine »Flucht« aus kollektiven Regelungswerken und Auslagerungen von Unternehmensbereichen wie Reinigung, Catering, Wäschereien usw. reagiert, um Lohnniveaus und Arbeitsstandards weiter abzusenken.

Um den Druck auf die Arbeitskosten einzudämmen, ist das Ziel ver.di der Abschluss eines »Tarifvertrags Soziales«, der auch die Beschäftigten in evangelischen und katholischen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen erfasst. Obwohl der von ver.di angestrebte »Tarifvertrag Soziales« aufgrund des Widerstands der kirchlichen Arbeitgeber und der mangelnden finanziellen Ressourcen im Pflegesektor gegenwärtig wenig Chancen auf Realisierung hat (Interview 03), gelang es ver.di im September 2014, einen Tarifvertrag mit dem Diakonischen Dienstgeberverband (DDN) für die Beschäftigten diakonischer Einrichtungen in Niedersachsen abzuschließen.

Trotz dieses Erfolgs bleiben wesentliche Konfliktpunkte zwischen ver.di und den kirchlichen Arbeitgebern bestehen. Zum einen betrifft das die *de facto* nicht abgesicherte Repräsentation der Arbeitnehmerseite in den Arbeitsrechtlichen Kommissionen. In evangelischen Häusern ist die Berufung gewerkschaftlicher Vertreter in die Arbeitsrechtliche Kommission zwar nicht prinzipiell ausgeschlossen (so wie in katholischen Häusern), die DGB-Gewerkschaften haben aber beschlossen, sich nicht an den kirchlichen Kommissionen zu beteiligen, da eine autonome und effektive Vertretung der Arbeitnehmerinteressen in den kirchlichen Mitarbeitervertretungsgremien nicht sichergestellt ist (Interview 03). Ein weiterer grundlegender Streitpunkt zwischen den DGB-Gewerkschaften und den Kirchen ist das fehlende Streikrecht für die Beschäftigten kirchlicher Betriebe. So verfolgt ver.di seit 2011 eine Kampagne (»Streikrecht ist Grundrecht«) bei der Diakonie, um die Rechte der Arbeitnehmerinnen in den diakonischen Einrichtungen bei der betrieblichen Mitbestimmung und der Regelung der Arbeitsbedingungen zu stärken sowie das kirchenrechtlich verankerte Streikverbot zu beseitigen und Tarifverträge für alle Beschäftigten abzuschließen (ver.di 2011b). Gegen das Urteil des Bundesarbeitsgerichts Ende 2012, das die Sonderrolle der Kirchen im Streikrecht und das Streikverbot von Gewerkschaften (unter bestimmten Bedingungen) bestätigt hat, hat ver.di im darauffolgenden Jahr Verfassungsbeschwerde eingelegt, da damit das kirchli-

che Selbstordnungsrecht über das Grundrecht auf Streik gestellt werden würde (Interview 03).

Tarifbindung in öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern

Differenziert nach Krankenhausträgern finden sich die höchsten Tarifbindungs-raten, bezogen auf die Krankenhausbeschäftigten (ohne Ärzte), in öffentlichen Krankenhäusern (s. [Tabelle 5](#)). Für über 85 Prozent der Beschäftigten dieser Häuser gilt der TVöD oder der TV-L, während für rund 10 Prozent der in den öffentlichen Krankenhäusern Beschäftigten Tarifverträge bestehen, die den Tarif des öffentlichen Dienstes übernehmen. Haustarifverträge gelten nur für eine Minderheit der Mitarbeiter in öffentlichen Krankenhäusern (3 Prozent), während die Häuser ohne tarifvertragliche Regulierung Einzelfälle darstellen. In fast drei Viertel der freigemeinnützigen Krankenhäuser gelten kirchliche Sonderregeln wie Arbeitsvertragsrichtlinien, in 17 Prozent der Häuser Tarifverträge, die am Branchentarif orientiert sind. Für eine Minderheit von 8 Prozent der freigemeinnützigen Häuser gilt der TVöD oder der TV-L. In rund einem Prozent der Häuser fehlt jegliche kollektive Regulierung der Löhne und Arbeitsbedingungen. In rund 20 Prozent der privaten Krankenhäuser gelten Haustarifverträge. In rund 40 Prozent der Häuser kommen sonstige Tarifverträge, einschließlich Branchentarifverträge mit christlichen Gewerkschaften, zur Anwendung, Tarifstandards, die sich an jenen des öffentlichen Dienstes (TVöD oder TV-L) orientieren, gelten in 14 Prozent der Privatkliniken, während in rund einem Viertel der privaten Häuser kein Tarifvertrag zur Anwendung kommt.

*Tabelle 5: Tarifbindungs-raten nach Krankenhausträger**

	öffentlich	freigemeinnützig	privat
Öffentlicher Dienst (TVöD/TV-L)	85,7 %	8,1 %	14,1 %
Haustarifverträge	3,1 %	–	20,3 %
sonstige Tarifverträge**	10,7 %	17,3 %	41,6 %
Sonderregelungen in kirchlichen Krankenhäusern	–	73,6 %	–
kein Tarifvertrag	0,5 %	1,0 %	24,0 %

*bezogen auf alle Beschäftigten mit Ausnahme der Ärzte, Mehrfachnennungen möglich

**einschließlich des Branchentarifvertrages mit einer christlichen Gewerkschaft

Quelle: Blum/Offermanns/Perner 2007

Die Reichweite der verschiedenen Typen von Tarifverträgen, bezogen auf die Anzahl der Beschäftigten und der Krankenhäuser insgesamt, zeigt [Tabelle 6](#). Die Tarifverträge TVöD und TV-L gelten für rund 60 Prozent der Beschäftigten (bzw. knapp 40 Prozent der Krankenhäuser). Arbeitsvertragsrichtlinien in Einrichtungen von Caritas und Diakonie oder anderen Wohlfahrtsverbänden erfassen mehr als ein Viertel der Beschäftigten (bzw. 36 Prozent der Krankenhäuser). Ein geringer Teil der Beschäftigten unterliegt Tarifverträgen, die zwischen den Gewerkschaften und dem BDPK abgeschlossen worden sind (1,5 Prozent der Beschäftigten), oder Haustarifverträgen, die zwischen den Krankenhausleitungen und Gewerkschaften ausgehandelt worden sind (ca. 4 Prozent der Beschäftigten). Sonstige Tarifverträge, wie der BAT (bzw. der BAT in der kirchlichen Fassung), gelten für 14 Prozent der Arbeitnehmer. Für rund 2 Prozent der Beschäftigten besteht keine tarifvertragliche Regulierung der Löhne und Arbeitsbedingungen.

Tabelle 6: Tarifbindung, bezogen auf Anzahl der Beschäftigten/Krankenhäuser

	Beschäftigte in Krankenhäusern (ohne Ärzte)	Krankenhäuser
kein Tarifvertrag	2,3 %	3,2 %
TVöD	38,6 %	37,9 %
TV-L	21,9 %	1,6 %
Tarifverträge für private Krankenhäuser (BDPK)	1,5 %	3,6 %
Arbeitsvertragsrichtlinien (Caritas/Diakonie)	26,3 %	36,4 %
Haustarifverträge	4,3 %	6,3 %
sonstige	14,3 %	11,1 %

Quelle: Blum/Offermanns/Perner 2007

3.2 Großbritannien

3.2.1 Kollektive Akteure der Arbeitsbeziehungen

Gewerkschaften

Die Organisationsdomänen britischer Gewerkschaften umfassen einerseits bestimmte Berufsgruppen (»Berufsgewerkschaften«), wie Radiologen oder Krankenpfleger. Andere Gewerkschaften wiederum organisieren die Belegschaften bestimmter Unternehmen (»Betriebsgewerkschaften«). Am häufigsten sind große, oft aus Zusammenschlüssen entstandene Gewerkschaftsverbände, die mehrere Branchen bzw. Wirtschaftssektoren umfassen (»General Unions«).² Neben den Gewerkschaften besteht eine Vielzahl von Berufsverbänden, die nicht an Tarifverhandlungen teilnehmen, sondern sich mit beruflichen Belangen wie Aus- und Weiterbildung beschäftigen sowie Berufspolitik und politisches Lobbying betreiben.

Der größte Teil der Gewerkschaftsmitglieder (5.977.178 der insgesamt 7.504.445 aktiv beschäftigten Gewerkschaftsmitglieder, s. Fulton 2013) ist dem nationalen Dachverband *Trades Union Congress* (TUC) zugeordnet.³ Der TUC ist der einzige Gewerkschaftsdachverband in Großbritannien. Gegenwärtig sind rund 27 Prozent der Beschäftigten Mitglied in einer Gewerkschaft (BIS 2014). Im öffentlichen Sektor liegt der Organisationsgrad höher (55 Prozent) als in der Privatwirtschaft (14 Prozent). Während der gewerkschaftliche Organisationsgrad im privaten Sektor von 2012 auf 2013 stabil blieb, war im öffentlichen Dienst aufgrund der Kürzung von Stellen gewerkschaftlich organisierter Beschäftigter ein Rückgang um rund einen Prozentpunkt zu beobachten (BIS 2014).

Im britischen Gesundheitssektor sind für die Berufsgruppe der Krankenpfleger und Ärzte (die Berufsverbände und Gewerkschaften anderer medizinischer Berufsgruppen wie Optiker, Hebammen, Physiotherapeuten etc. werden hier nicht berücksichtigt) drei allgemeine Gewerkschaften (Unison, Unite und GMB) und zwei Berufsgewerkschaften (*The Royal College of Nursing* – RCN und die *British Medical Association* – BMA) von Bedeutung (s. [Tabelle 7](#)). Die Gewerkschaften Unison, Unite und GMB haben eine vergleichsweise heterogene

2 | Gewerkschaften, die einzelne Branchen oder einen Sektor umfassen, sind selten (z. B. die Bausektorgewerkschaft UCATT).

3 | Der TUC ist nicht in Nordirland aktiv. Gewerkschaften, die in Großbritannien und Nordirland operieren, sind häufig Mitglieder im Irischen Dachverband ICTU (Fulton 2013).

Tabelle 7: Arbeitnehmerorganisationen*

Abkürzung	Name	Mitglieder	Mitgliedschaft in internationalen Verbänden**
Unison	Public Service Workers' Union	rund 450.000 Beschäftigte im NHS und in privaten Dienstleistungserbringern, davon 225.000 Krankenpfleger	Union Network International (UNI) Europa/Global European Public Services Union (EPSU) Public Services International (PSI)
Unite	Unite the Union	rund 100.000 Mitglieder im Gesundheitssektor, ca. 22.000 Krankenpfleger	UNI Europa/Global EPSU PSI
GMB	Britain's General Trade Union	rund 100.000 Mitglieder im Gesundheitssektor, ca. 85.000 Kranken- und Altenpfleger	UNI Europa/Global EPSU PSI
RCN	Royal College of Nursing	420.000 Mitglieder (2014)	EPSU European Federation of Nurses Associations (EFNA) International Council of Nurses (ICN) (bis 2012)
BMA	British Medical Association	rund 140.909 Mitglieder (ausschließlich praktizierende Ärzte und Zahnärzte, 2011); 151.000 Mitglieder (inklusive Medizinstudenten, 2013).	in europäischen und internationalen Körperschaften vertreten (z. B. Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte – CPME, European Union of Medical Specialists – UEMS, European Union of General Practitioners – UEMO)

*tariffähige Arbeitnehmerverbände

**nur Gewerkschaftsverbände mit Organisationsdomäne im Gesundheitssektor

Quellen: Newell 2009; Prosser 2011; BMA 2013; RCN 2015b

Mitgliederbasis, die sowohl Pflege- und Gesundheitsberufe als auch Arbeitnehmerinnen in nicht medizinischen Berufen wie Hauswarte, Technikerinnen, Reinigungs- und Küchenpersonal umfassen. Offizielle Daten zur Zusammen-

setzung der Gewerkschaftsmitglieder hinsichtlich Ausbildungslevels, Beschäftigung im öffentlichen oder privaten Sektor oder nationaler Herkunft sind nicht verfügbar. Tendenziell ist das höher qualifizierte Pflegepersonal im RCN organisiert, während allgemeine Gewerkschaften wie Unison vor allem Krankenpfleger ohne akademische Qualifikationen, wie vor allem die Absolventen von anerkannten Fachschulen, die sich als Krankenpfleger oder Pflegehelfer staatlich registrieren lassen (sog. »enrolled nurses«), sowie (nicht registrierte) Hilfspflegerkräfte organisieren (Meerabeau 2001, S. 430).

Die dem nationalen Gewerkschaftsverband TUC zugeordnete Gewerkschaft Unison ist mit insgesamt 1.317.500 Mitgliedern die zweitgrößte Gewerkschaft Großbritanniens. Unison organisiert überwiegend Beschäftigte des öffentlichen Sektors (Fulton 2013). Aufgrund von Privatisierungen hat die Gewerkschaft aber auch einen beachtlichen Teil ihrer Mitglieder in privaten Unternehmen. Mit rund 450.000 Mitgliedern, die im NHS und bei privaten Dienstleistungsunternehmen beschäftigt sind, ist Unison die größte allgemeine Gewerkschaft im Gesundheitssektor.⁴ Insgesamt 225.000 der Mitglieder im Gesundheitswesen sind Krankenpfleger (Prosser 2011). Die (ebenfalls dem TUC zugeordnete) Multi-Branchen-Gewerkschaft Unite ist mit 1.407.399 Mitgliedern (2012) die größte Gewerkschaft Großbritanniens.⁵ Unite organisiert Beschäftigte in nahezu allen Branchen. Der Großteil der Mitglieder ist im privaten Sektor beschäftigt, ein kleinerer Teil (rund 200.000) im öffentlichen Dienst (Fulton 2013). Im Gesundheitssektor hat Unite rund 100.000 Mitglieder (Prosser 2011), davon rund 22.000 Krankenpfleger (Interview 10). GMB, ebenfalls TUC-Mitglied und eine Multi-Branchen-Gewerkschaft, ist mit insgesamt 610.116 Mitgliedern (2012) die drittgrößte Gewerkschaft Großbritanniens (Fulton 2013). GMB organisiert überwiegend Arbeiter in den privatwirtschaftlichen Sektoren. Laut Prosser (2011) sind knapp 100.000 der Mitglieder im Gesundheitswesen beschäftigt, 85.000 davon sind Kranken- und Altenpfleger, wobei die Gruppe der Pflegehelfer dominiert.

Das *Royal College of Nursing* (RCN) ist eine Berufsgewerkschaft und organisiert Krankenpfleger. Laut eigenen Angaben hat das RCN rund 420.000 Mit-

4 | Unison entstand 1993 aus einem Zusammenschluss von drei Gewerkschaften des öffentlichen Sektors, nämlich der *National and Local Government Officers Association* (NALGO), der *Confederation of Health Service Employees* (COHSE) und der *National Union of Public Employees* (NUPE). Die Mitgliederdomäne der beiden letzteren Gewerkschaften umfasste Krankenpfleger.

5 | Unite entstand 2007 durch den Zusammenschluss von Amicus, der damals drittgrößten Multi-Branchen-Gewerkschaft, und dem T&G (bzw. TGWU).

glieder, darunter auch Krankenpflegestudenten und Hebammen (RCN 2015b). Das RCN ist für die Berufsgruppe der Krankenpflegerinnen die dominierende Gewerkschaft. Neben der Tarifpolitik verpflichtet sich das RCN dem Prinzip des lebensbegleitenden Lernens und vertritt die Interessen der Krankenpfleger im Bereich der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Den Mitgliedern bietet das RCN den Zugang zu internen beruflichen Netzwerken und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Unison, Unite, GMB und das RCN sind im nationalen Gremium zur Lohnfindung im öffentlichen Gesundheitssektor, dem sog. »NHS Pay Review Body« (NHSPRB) als Arbeitnehmerverbände – wie die Vertreter der Arbeitgeber und der Regierung – berechtigt, Daten und darauf basierende Vorschläge für Lohnerhöhungen für das Pflege- und allgemeine Krankenhauspersonal zu präsentieren. Die endgültige Entscheidung über die Lohnerhöhungen wird, auf der Grundlage der vorgelegten Daten und Berichte, von der Regierung getroffen (s. unten). Im nationalen Arbeiterrat des NHS, dem sog. »NHS Staff Council«, handeln die Gewerkschaften und das RCN Kernarbeitsbedingungen wie Arbeitszeit (ohne Lohnbestandteile) und die Umsetzung des nationalen Lohnabkommens aus Tarifverhandlungen zu Themen wie Arbeitszeit finden zum Teil auch auf lokaler Ebene, d. h. zwischen den Gewerkschaften und dem RCN und den Leitungen der Krankenhausgesellschaften (*Trusts*), statt. Außerdem halten die Gewerkschaften sowie das RCN Sitze in verschiedenen tripartistischen konsultativen Ausschüssen und Gremien, um über breitere Politikthemen und Reformen im NHS, wie die »Agenda for Change«, Karriereentwicklung und Jobevaluation zu beraten.

Die *British Medical Association* (BMA) ist die Berufsgewerkschaft der Ärzte und zählt über 151.000 Mitglieder (BMA 2013). In den letzten Jahren ist die Anzahl der Mitglieder angestiegen (BMA 2014). Die BMA organisiert praktizierende Ärzte und Zahnärzte im öffentlichen und privaten Sektor und präsentiert als repräsentative Gewerkschaft Daten zur Lohnfindung im nationalen Lohnausschuss des NHS. Für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Zahnärztinnen besteht ein eigener Lohnausschuss (»DDR – Doctors and Dentists Review Body«), in dem über die Löhne separat von jenen der anderen Gesundheitsberufe beraten wird. Ebenso wie die anderen Gewerkschaften und tariffähigen Berufsverbände verhandelt die BMA auf lokaler bzw. betrieblicher Ebene mit privaten und öffentlichen Arbeitgebern. Die BMA nimmt im Arbeiterrat des NHS an den Verhandlungen zu den Kernarbeitsbedingungen und der Umsetzung des nationalen Lohnvertrags für NHS-Ärzte teil. Wie die anderen

repräsentativen Berufsgewerkschaften ist auch die BMA in einer Vielzahl von Beratungs- und Expertengremien innerhalb des NHS vertreten. Neben ihrer Rolle als Berufsgewerkschaft vertritt die BMA die Interessen ihrer Mitglieder in ethischen, bildungsbezogenen und wissenschaftlichen Angelegenheiten sowie in der öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Die allgemeinen Gewerkschaften Unison, Unite und GMB sowie die Berufsgewerkschaft RCN sind Mitglieder des Europäischen Gewerkschaftsverbandes für den öffentlichen Dienst EGÖD (*European Public Services Union – EPSU*) (s. [Tabelle 7](#)). Unison, Unite und GMB sind auch Mitglieder der Europäischen Gewerkschaft für privatwirtschaftliche Dienstleistungen *Union Network International* (UNI). Die drei allgemeinen Gewerkschaften sind Mitglieder des internationalen Gewerkschaftsverbandes für den öffentlichen Dienst *Public Services International* (PSI). Die BMA verfügt über keine Mitgliedschaft in europäischen oder internationalen Gewerkschaften, ist aber in einer Vielzahl an nicht öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Gremien auf europäischer und internationaler Ebene vertreten.

Arbeitgeberverbände

Im NHS England existiert eine Vielzahl von Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen und Einrichtungen, die Aufträge an Gesundheitsdienstleister vergeben (wie beispielsweise die »Clinical Commissioning Groups«). Obwohl die Mitgliedschaft in der 2004 gegründeten Arbeitgeberorganisation des NHS, *NHS Employers*, freiwillig ist, sind gegenwärtig alle Krankenhäuser des NHS (*NHS Trusts* und *Foundation Trusts*) Mitglieder der Arbeitgeberorganisation (Newell 2009). *NHS Employers* repräsentiert die Interessen der Arbeitgeber in Beschäftigungsangelegenheiten, wie vor allem Entlohnung und Tarifverhandlungen, Rekrutierung von Mitarbeitern und Planung der Beschäftigung in den Krankenhäusern, Gesundheit am Arbeitsplatz und Arbeitsproduktivität sowie Beschäftigungspolitik und -praktiken. Der Arbeitgeberverband nahm an den Verhandlungen zu den NHS-Reformen wie beispielsweise der »Agenda for Change« teil und bietet seinen Mitgliedern Unterstützung in Tarifverhandlungen und im sozialen Dialog auf betrieblicher Ebene an. Auf nationaler Ebene unterbreitet die Arbeitgeberorganisation Daten über Branchenentwicklungen im Lohnausschuss (*NHS Pay Review Body*). *NHS Employers* nimmt außerdem an Regierungskonsultationen teil und betreibt politisches Lobbying, um den Verlauf von Reformen im Gesundheitssektor zu beeinflussen (Prosser 2011). *NHS Employers* ist ein Teil der *NHS Confederation*, in der alle Arten von Dienstleistungsunter-

nehmen, die im NHS tätig sind (alle Typen von Krankenhäusern, unabhängige gewinnorientierte und nichtgewinnorientierte Dienstleister, Unternehmen, die Gesundheitsdienstleistungen ausschreiben, usw.), zusammengefasst sind (Newell 2009). Insgesamt repräsentiert die NHS Confederation über 95 Prozent der im NHS operierenden Organisationen (Galetto/Marginson 2011).

Manager von Unternehmen des Gesundheitssektors sind im Verband *Managers in Partnership (MiP)* organisiert. Der Verband hat 5.000 Mitglieder und ist ebenfalls im nationalen Lohnausschuss des NHS sowie im Mitarbeiterrat (NHS Staff Council) vertreten, um die Kernarbeitsbedingungen und die Umsetzung des nationalen Tarifabkommens zu verhandeln.

Für private Krankenhäuser, die keine Leistungen für den NHS erbringen, existiert kein Arbeitgeberverband. Löhne und Arbeitsbedingungen werden auf betrieblicher Ebene festgelegt. Die Gewerkschaftspräsenz ist in privaten Krankenhäusern gering (s. unten). Ein Grund dafür ist das hohe Ausmaß an Outsourcing – auch von medizinischen Tätigkeitsbereichen wie Laboranalysen – in privaten Krankeneinrichtungen. Um in Tarifverhandlungen mit dem Management zu treten, müssen die Gewerkschaften eine ausreichende Anzahl an Mitgliedern im Unternehmen gewinnen. Die für die Berufsgruppe der Krankenpfleger stärkste Gewerkschaft, das RCN, hat mit einigen der privaten (trans-)nationalen Krankenhauskonzerne (z.B. Nuffield Health, BMI Healthcare, Partnerships in Care, Sue Ryder, Four Seasons Health Care, Hallmark Health etc.) Anerkennungsabkommen (sog. »National Recognition Agreements«) abgeschlossen (Interview 12).

Der Arbeitgeberverband NHS Employers ist Mitglied des Europäischen Arbeitgeberverbands des Krankenhausesektors HOSPEEM (*European Hospital and Healthcare Employers Association*) und hat ein EU-Büro, um den NHS-Organisationen Informationen über Entwicklungen auf der EU-Ebene bereitzustellen.

3.2.2 Das Tarifsystem im NHS

Das vergleichsweise zentralisierte und korporatistisch ausgerichtete Tarifsystem des öffentlichen Gesundheitssektors im Vereinigten Königreich steht in deutlichem Widerspruch zu den nationalen Arbeitsbeziehungen. Insgesamt unterliegen nur rund 30 Prozent der Beschäftigten Tarifverträgen. Im öffentlichen Dienst ist die Tarifbindungsrate jedoch deutlich höher, nämlich rund 64 Prozent, als in der Privatwirtschaft (17 Prozent) (BIS 2014). Im privaten Sektor finden Verhandlungen vor allem auf der Betriebs- oder Unternehmensebene oder

zwischen individuellen Arbeitnehmern und dem Management statt. Im öffentlichen Dienst sind tarifliche Abkommen auf Branchenebene (z. B. Gesundheitswesen, Erziehung und Unterricht) verbreiteter. Für Berufsgruppen wie Lehrer, Pflegepersonal oder Ärzte bestehen sog. »Pay Review Bodies«. In diesen beratenden Gremien, die auf nationaler Ebene etabliert worden sind, führen die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen zwar keine Tarifverhandlungen im engeren Sinn. Sie geben aber, gemeinsam mit Vertretern der Regierung und unabhängigen Expertinnen, Empfehlungen für Lohnerhöhungen auf der Grundlage der von ihnen präsentierten Daten, Berichte und anderer Informationsmaterialien ab (Grimshaw et al. 2007). Im Segment der privaten Krankenhäuser, das in Großbritannien vergleichsweise klein ist (Böhlke/Schulten 2008), werden die Löhne und Arbeitsbedingungen auf der Ebene der Krankenhäuser zwischen dem Management und, in Häusern mit Gewerkschaftspräsenz, betrieblichen Gewerkschaftsvertretern verhandelt (Prosser 2011). Ähnlich wie im deutschen Krankenhaussektor ist die Tarifbindungsrate in privaten Krankenhäusern, in denen Haustarifverträge oder gar keine kollektiven tariflichen Regelwerke existieren, deutlich niedriger als in öffentlichen (Flecker et al. 2009, S. 46). In den folgenden Abschnitten werden die Strukturen des Tarifverhandlungssystems und dessen Veränderungen im Rahmen von Reformmaßnahmen, vor allem der sog. »Agenda for Change« im öffentlichen und privaten Krankenhaussektor dargestellt.

Zentralisierte tarifpolitische Koordinierung im NHS

Im Vergleich zum öffentlichen Krankenhaussektor in Deutschland, in dem die Flächentarifverträge für den öffentlichen Dienst (TVöD und TV-L) in den letzten beiden Jahrzehnten weitreichenden Erosionsprozessen ausgesetzt waren (s. [Abschnitt 3.1](#)), ist die Reichweite nationaler tariflicher Abkommen ungleich höher und erfasst fast die Gesamtheit der im NHS beschäftigten Arbeitnehmer (vgl. Flecker et al. 2009). Die Löhne und Kernarbeitsbedingungen, wie Arbeitszeit und berufliche Aus- und Weiterbildung, werden in nationalen Tarifabkommen festgelegt. Tarifverträge im öffentlichen Gesundheitssektor werden auf Branchenebene für die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges Personal) abgeschlossen.

Der nationale »NHS Pay Review Body«

Auf der nationalen Ebene des Tarifsystems des öffentlichen Gesundheitssektors sind zwei Gremien zur Festlegung der Löhne und Arbeitsbedingungen von Bedeutung. Die Bestimmung der Löhne der im NHS beschäftigten Ärzte, Kran-

kenpfleger und nichtmedizinischen Berufsgruppen erfolgt im »NHS Pay Review Body« (NHSPRB). Der nationale Pay Review Body wurde seit dem Jahr 2000 zweimal reformiert, um alle im NHS tätigen Arbeitnehmer im nationalen Tarifsystem zu erfassen (s. unten). Das Lohnsystem des NHS umfasst rund 1,3 Millionen Beschäftigte (Interview 15). Für Ärztinnen und das Pflegepersonal bestehen zwei separate Entgeltordnungssysteme. Die nichtlohnbezogenen Arbeitsbedingungen sowie die Umsetzung der im nationalen Tarifvertrag festgelegten Lohnerhöhungen werden im NHS-Mitarbeiterrat (*NHS Staff Council*) zwischen den Vertretern der Arbeitnehmer- und der Arbeitgeberseite ausgehandelt. Einige der nichtlohnbezogenen Arbeitsbedingungen (z. B. Fahrtkostenersatz, Reisekostenpauschalen) werden von den Gewerkschaften und Berufsverbänden der Berufsgruppen der Ärzte und Krankenpfleger gemeinsam verhandelt (Interview 12). Seit den Reformen des Tarifsystems des NHS hat der Arbeitnehmerrat bei der Umsetzung der nationalen Lohnabkommen sowie der neu gestalteten Gehaltsordnungen an Bedeutung gewonnen.

Auf Arbeitgeberseite berichten in den Pay Review Bodies die *NHS Employers*, auf Arbeitnehmerseite Organisationen wie das RCN, *Royal College of Midwives* (RCM) und andere repräsentative Arbeitnehmerorganisationen (z. B. die *British Dietetic Association*, die *Chartered Society of Physiotherapy* etc.) (Newell 2009). Seit den Reformen des NHS-Lohnfindungssystems (2004 und 2007) mit dem Ziel der Erweiterung der Reichweite der PRB, um alle im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen zu erfassen, sind auch die allgemeinen Gewerkschaften Unison, Unite und GMB in den Gremien repräsentiert (Galetto/Marginson 2011). Insgesamt berichten derzeit 14 Gewerkschaften und Berufsverbände, die im Gesundheitssektor als repräsentativ gelten, im nationalen Pay Review Body (Interview 12). Die Letztentscheidung über die Lohnerhöhung liegt bei der Regierung, die sich üblicherweise den Empfehlungen des Gremiums anschließt und diese beschließt. Das bedeutet, dass der Prozess der Lohnfindung im PRB in Form eines Evaluierungsprozesses auf der Grundlage von Daten und Berichten der Sozialpartnerorganisationen und Regierungsvertreter sowie eigenen Recherchen des PRB erfolgt. Die Mitglieder des PRB holen auch außerhalb des Gremiums Informationen und Einschätzungen von Managerinnen und Arbeitnehmervertretern der Krankenhäuser ein.

In den letzten Jahren lässt sich ein Trend zu einer Verlängerung der Lohnabkommen im öffentlichen Sektor Großbritanniens beobachten (Galetto/Marginson 2011). Statt wie bisher in jährlichen Verhandlungen bestimmt, wurden die Löhne und Arbeitsbedingungen der im öffentlichen Dienst Beschäftigten im

Jahr 2008 für drei Jahre festgelegt. Das vom Gesundheitsminister verabschiedete nationale Lohnabkommen sah Lohnerhöhungen von 2,75 Prozent für 2008, 2,4 Prozent für 2009 und 2,25 Prozent für 2010 vor (ebd.). Mit dem Beginn der Fiskal- und Wirtschaftskrise und vor dem Hintergrund sinkender Inflationsraten setzte die Regierung Lohnstopps (mit Ausnahme der Bezieherinnen niedriger Einkommen) für die Jahre 2010 bis 2013 unilateral durch (Glassner 2010; Hermann/Hinrichs 2012; RCN 2014). Das Verhandlungsklima im öffentlichen Dienst wurde in den Jahren des Sparkurses der Regierung deutlich konfliktreicher.

3.2.3 Reformen des Tarifsystems des NHS

Seit Beginn der 1980er Jahre kam es zu mehreren Reformen des NHS (s. [Abschnitt 2.2.2](#)), die Auswirkungen auf die Strukturen und Praktiken der Tarifpolitik hatten. Insgesamt lässt sich jedoch, im Gegensatz zur Entwicklung in den anderen Wirtschaftsbereichen, eine Zentralisierung der Tarifpolitik im NHS beobachten. So wurde das nationale Lohnfindungsgremium 1983 unter dem Namen »Review Body for Nurses and Allied Health Professions« (NAPRB) etabliert. Die Funktion des NAPRB war die Beratung der Regierung in der Lohnpolitik für Berufsgruppen wie Krankenpfleger, Hebammen und andere medizinische Berufe (die sog. »professions allied to medicine«). Im Rahmen der Reformen der sog. »Agenda for Change« wurden im Jahr 2004 10 einzelne Lohnabkommen und 650 verschiedenen Lohnordnungen harmonisiert (Galletto/Marginson 2011). Außerdem erfolgte die Festlegung der Löhne und Arbeitsbedingungen aller Beschäftigten in Krankenhäusern nun auf der Grundlage von drei Lohnfindungsgremien (Grimshaw et al. 2007); erstens dem PRB für Ärzte und Zahnärzte; zweitens dem PRB für Krankenpflegepersonal und anderes medizinisches Personal; und drittens für nichtmedizinisches Personal (mit Ausnahme des höheren Managements). Das eine Vielzahl von Pflege- und medizinischen Berufsgruppen umfassende Lohnfindungsgremium wurde 2004 in »Review Body for Nursing and Other Health Professions« (NOHPRB) umbenannt. In einer zweiten Reform (2007) wurde die Reichweite des Pay Review Body nochmals erweitert, um die überwiegend nichtmedizinischen Mitarbeiter des NHS, die unter den Bedingungen des »Agenda for Change«-Lohnsystems beschäftigt waren, einzubeziehen. Das neue nationale Lohnfindungssystem erhielt den Namen »NHS Pay Review Body« (NHSPRB) und erfasst auch Hausdienst- und Hilfskräfte (z. B. Reinigungspersonal, Träger, Catering, Elektriker), administrati-

ves und technisches Personal sowie das mittlere Management. Die größte Gruppe der Beschäftigten sind die Krankenpfleger (Qualifizierte und Hilfskräfte) sowie das Infrastrukturpersonal, die zusammengenommen über 70 Prozent der Arbeitnehmer im NHS ausmachen (Galetto/Marginson 2011). Die Eingruppierung der Ärzte und Zahnärztinnen erfolgt in einer separaten Gehaltsordnung. Die Gehaltsordnung für das Pflegepersonal umfasst neun Lohngruppen. Diese sog. »pay bands« unterscheiden nach Qualifikationsniveau, Tätigkeits- und Verantwortungsbereich und umfassen Hilfspflegekräfte, akademisch qualifizierte Krankenpfleger und Krankenpflegeberater. Die Zuordnung der beruflichen Tätigkeiten zu den jeweiligen Lohngruppen erfolgt auf der Grundlage eines neuen Arbeitsbewertungsschemas, dessen Ziel die Herstellung von Entgeltgleichheit für gleichwertige Arbeit ist. Das Gleichheitsprinzip wird von den Sozialpartnern als eine bedeutende Errungenschaft der neuen Tarifstruktur der Agenda for Change gesehen (Interview 15).

Im Verlaufe von Privatisierungsprozessen, vor allem in Form von Public-Private Partnerships der »Private Finance Initiative« (s. [Abschnitt 2.2](#)) kam es zur umfassenden Auslagerung von Hilfstätigkeiten. Bis zum Jahr 2005 waren die ausgelagerten Beschäftigten nicht vom nationalen Tarifabkommen für den öffentlichen Dienst erfasst, und es entstand eine Spaltung der Beschäftigten in jene, die unter die Bedingungen des NHS-Regelwerkes fielen, und jenen, für die keine Tarifverträge gültig waren. Die Umsetzung der Europäischen Richtlinie zum Betriebsübergang erfolgte im Vereinigten Königreich durch die »Transfer of Undertakings« (TUPE)-Regulierung. Für den Gesundheitssektor wurde 2005 ein sog. »Two-tier Code« verabschiedet, der die Bedingungen des nationalen tariflichen Abkommens für den NHS auch für die Beschäftigten in vertragnehmenden Unternehmen und ausgelagerten Betriebsteilen gültig machte und das Outsourcing von Hilfskräften einschränkte. Im Rahmen der jüngsten NHS-Strukturreform wurden die Regelungen zum Schutz der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten bei Betriebsübergängen im NHS von der Regierung 2011, vorerst für Beschäftigte auf Gemeindeebene, wieder abgeschafft, um kleineren Dienstleistungsbetrieben den Zugang zu NHS-Ausschreibungen zu ermöglichen (Galetto/Marginson 2011). Dies blieb jedoch aufgrund der nur begrenzten Privatisierung von Krankenhäusern bisher ohne große Auswirkungen (Interview 15).

Die jüngsten Reformen des NHS fanden vor dem Hintergrund des strikten Sparkurses der liberal-konservativen Regierung statt und zielten auch auf mehr Wettbewerb mit privaten Anbietern ab. Bisher hatten die Strukturreformen laut

Interviewaussagen aber noch keine Auswirkungen auf das nationale Tarifsystm und die Praxis der zentralen Lohnverhandlungen im NHS (Interviews 11, 12).

Lokale Ebene der Tarifverhandlungen im NHS

Verhandlungen auf der Ebene der Krankenhaus-Trusts spielen bei der Festlegung der Löhne und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten (vor allem des Pflegepersonals) eine untergeordnete Rolle. Lohnsteigerungen und Kernarbeitsbedingungen werden durch nationale Abkommen geregelt. Zur Verhandlung auf Unternehmensebene bleiben wenige Regulierungsinhalte übrig (Galetto/Marginson 2011, S. 13). Dezentrale Tarifverhandlungen sind aufgrund von Auslagerungsstrategien der Krankenhausleitungen für das nichtmedizinische Personal von größerer Bedeutung. Lokale Arrangements und Abkommen, vor allem zur Regulierung der Arbeitszeit, die manchmal zwischen den verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses variieren, werden von sozialpartnerschaftlichen Experten als »informell« und wenig transparent beschrieben (ebd., S. 15). In materieller Hinsicht stellen die im »NHS Staff Handbook of Terms and Conditions of Services« festgelegten Bedingungen eine Untergrenze dar, die auf Betriebsebene nicht unterschritten werden sollte. Auf Krankenhausebene können Anpassungen der nationalen Abkommen zwischen dem Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretern erfolgen. Ob dies durch Tarifverhandlungen oder die Konsultation der Arbeitnehmervertreterinnen geschehen soll, ist im *Handbook* nicht in allen Fällen eindeutig bestimmt.

Ebenfalls nicht eindeutig ist, welche Themen auf lokaler Ebene verhandelt werden. Galetto und Marginson unterscheiden in ihrer Studie (2011) zwischen drei grundlegenden Formen lokaler Tarifverhandlungen. Erstens handelt es sich dabei um Regulierungsinhalte, die in den nationalen Abkommen nicht vollständig und eindeutig festgelegt sind. Zweitens werden Themenbereiche, die auf nationaler Ebene gar nicht reguliert sind, auf Betriebsebene ausgehandelt. Und drittens finden dezentrale Verhandlungen in Krankenhäusern statt, die von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, aus dem nationalen Tarifabkommen auszusteigen. Solche »Opt-Outs« sind seit den Reformen der Rechtsform von Krankenhäusern und deren von der Regierung geförderten Umwandlung in *Foundation Trusts* mit autonomen und von zentraler staatlicher Kontrolle unabhängigeren Managements möglich. Zu den Regulierungsinhalten, die im nationalen Tarifvertrag nicht detailliert bestimmt sind und auf dezentraler Ebene umgesetzt werden, zählen vor allem das Jobevaluierungssystem der »Agenda for Change« und die im Rahmen des »Knowledge and Skill Frameworks« zu-

zuweisenden Berufspositionen zu den dort formulierten Lohngruppen. Auch bestimmte Zusatzzahlungen in Form lokaler Anwerbungs- oder Halteprämien (*retention premia*) für bestimmte Berufsgruppen werden auf betrieblicher Ebene festgelegt. Die Arbeitsbedingungen der in ausgelagerten Bereichen beschäftigten Arbeitnehmer werden häufig im Rahmen der (2011 von der Regierung in bestimmten Bereichen abgeschafften) »Two-tier Code«-Regulierung auf lokaler Ebene bestimmt. Obwohl die Regelungen nicht rechtsverbindlich sind, stellen sie eine etablierte Praktik der freiwilligen Regulierung im NHS dar. So behalten die meisten Arbeitgeber nach einem Betriebsübergang die im nationalen Tarifabkommen festgelegten Kernarbeitsbedingungen bei; Abweichungen von den nationalen Rahmenbedingungen finden nur für einzelne Regulierungsinhalte, wie Urlaub oder Krankenstände, statt (Interview 12).

Zu den wichtigsten Themenbereichen, die Gegenstand betrieblicher Verhandlungen sind, zählen Restrukturierungs- und Reorganisationsmaßnahmen, die Einfluss auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen haben. Beispielsweise ist die Eingruppierung von Arbeitnehmern in niedrigere Lohngruppen oder die Bestimmung der Löhne und Arbeitsbedingungen von »ausgelagerten« Beschäftigten häufig ein Thema in lokalen Verhandlungen. Auch Arrangements für den Bereitschaftsdienst oder Schichtarbeitsmodelle, die häufig zwischen verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses variieren, sind oft Gegenstand von Verhandlungen auf Organisationsebene. Themenbereiche, in denen die Gewerkschaften vom Krankenhausmanagement konsultiert werden, sind beispielsweise der Einsatz von Leiharbeitsagenturen, Outsourcing oder die Personalbeurteilung bei Ein- und Aufstufungen im nationalen Lohngruppensystem.

Ein Ausstieg aus bestimmten Teilen der nationalen Tarifabkommen für den NHS ist für Krankenhäuser, die als *Foundation Trusts* geführt werden, prinzipiell möglich. Bisher ist nur ein Fall eines Krankenhauses bekannt, das vom Opt-Out Gebrauch gemacht hat (Galetto/Marginson 2011). Im *Southend University Hospital Foundation Trust* fand 2006 eine Mitarbeiterabstimmung über den Verbleib im nationalen tariflichen Regelwerk oder die Verhandlung eines lokalen Abkommens statt; 95 Prozent der Belegschaft stimmten für lokale Verhandlungen. Mit dem Ausbruch der Fiskalkrise und dem scharfen Sparkurs der neuen liberal-konservativen Regierung kam eine Reihe von Krankenhäusern in finanzielle Schwierigkeiten, und die Universitätsklinik in Southend kündigte für das Jahr 2010 Lohnkürzungen an, gegen die das Pflegepersonal protestierte. Aufgrund des Opt-Outs des Hauses aus den nationalen Tarifbedingungen blieben die Proteste der Arbeitnehmerseite jedoch ohne Erfolg. Im NHS haben sich die Tarif-

verhandlungspraktiken trotz der Dezentralisierungsrhetorik als vergleichsweise stabil erwiesen. Als Gründe werden die weiterbestehende zentrale Kontrolle des NHS-Budgets, gewerkschaftlicher Widerstand gegen die Dezentralisierung der Tarifverhandlungen sowie die Zurückhaltung der Arbeitgeber, um einen Anwerbungswettbewerb von (qualifiziertem) medizinischem Personal über die Löhne zu vermeiden, genannt (Galetto/Marginson 2011, S. 13). Welche Auswirkungen jedoch die jüngsten Reformen im Gesundheitssektor auf das Tarifsystem und die Tarifverhandlungspraktiken haben werden, ist noch nicht abzusehen.

Tarifbindung und gewerkschaftliche Organisationsgrade im Gesundheitssektor

Die gewerkschaftlichen Organisationsgrade und Tarifbindungsraten sind im öffentlichen Gesundheitssektor deutlich höher als im privaten Segment des Sektors. Gewerkschaften sind auf allen Ebenen des NHS fast uneingeschränkt anerkannt. Die Tarifbindungsrate liegt in den Gesundheitseinrichtungen des NHS bei fast 100 Prozent, während im Segment der privaten Krankenhäuser die Arbeitsbedingungen von ungefähr 40 Prozent der Beschäftigten durch tarifliche Abkommen reguliert werden (Prosser 2011). Diese Schätzung kann als eher hoch angesehen werden, da einer anderen Quelle zufolge die Tarifbindungsrate der Beschäftigten im öffentlichen *und* privaten Gesundheits- und Sozialwesen *insgesamt* auf rund 44 Prozent geschätzt wird (Brownlie 2012) und aufgrund der deutlich niedrigeren Tarifbindung in der Privatwirtschaft (16 Prozent) im Vergleich zum öffentlichen Sektor (rund 64 Prozent, s. BIS 2014) ein ähnlicher Trend im Gesundheitssektor angenommen werden kann. Die Gehaltsordnungen des NHS haben jedoch indirekte Auswirkungen auf die Lohnentwicklung im privaten Krankenhaussektor, da sie häufig als Benchmark für die Lohnfindung in privaten Häusern herangezogen werden. Den Daten des *Income Data Service* zufolge kam es zu einer Harmonisierung der Lohnniveaus zwischen Krankenpflegern, die in öffentlichen und privaten Krankenhäusern beschäftigt sind (Galetto/Marginson 2011, S. 15). Für die Beschäftigten in ausgelagerten Servicegesellschaften, die vor allem Dienstleistungen wie Reinigung, Catering und Instandhaltungsarbeiten erbringen, haben die Gewerkschaften und Unternehmensleitungen in einigen Fällen tarifliche Vereinbarungen getroffen, die gleiche Bedingungen wie jene im nationalen Regelungswerk vorsehen. Für den Abschluss solcher Abkommen ist die organisationale Stärke der Gewerkschaften im jeweiligen Krankenhaus entscheidend.

Schätzungen zur gewerkschaftlichen Organisation der Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitssektor gehen von einem Organisationsgrad von rund 58

Prozent aus (Pond 2006, S. 13). Der Organisationsgrad liegt deutlich über jenem in der Gesamtwirtschaft (26 Prozent 2012) und entspricht ungefähr dem durchschnittlichen Organisationsgrad im öffentlichen Dienst (56 Prozent 2012). Für den Sektor der privaten Krankenhäuser fehlen Daten zu den gewerkschaftlichen Organisationsgraden.⁶ In großen Krankenhauskonzernen ist die Gewerkschaftspräsenz höher als in kleineren Kliniken. In großen Dienstleistungskonzernen wie TDL, ISS und Circle, die nicht nur gesundheitsbezogene Dienstleistungen erbringen, haben die Gewerkschaften zum Teil beachtliche Mitgliederzahlen (Interview 15). Insgesamt ging der gewerkschaftliche Organisationsgrad im Vereinigten Königreich von über 27,4 Prozent 2008 auf 26 Prozent 2012 zurück (BIS 2014). Im Bereich der sozialen und Gesundheitsdienste blieb der Organisationsgrad im selben Zeitraum stabil bei rund 41 Prozent (BIS 2014). Der Organisationsgrad der Berufsgewerkschaft für Krankenpflegepersonal, des RCN, liegt bei deutlich über 90 Prozent. Das RCN übt neben typischen Gewerkschaftsfunktionen wie Tarifpolitik auch berufsverbandliche Aufgaben, wie die Sicherstellung beruflicher wie Aus- und Weiterbildungsstandards und den Zugang zu beruflichen Netzwerken, aus. Gegenüber den Multi-Branchen-Gewerkschaften bietet eine Mitgliedschaft im RCN somit einen zusätzlichen Nutzen. Für die Beschäftigten ist eine Doppelmemberschaft im RCN und in einer der allgemeinen Gewerkschaften möglich. Auch die Berufsgewerkschaft der Ärzte, die BMA, übernimmt eine Doppelfunktion als tarifpolitische Akteurin im NHS sowie als Berufsverband. Der Organisationsgrad der BMA beträgt derzeit etwa 60 Prozent.

6 | Die Multi-Branchen-Gewerkschaften unterscheiden nicht zwischen ihren Mitgliedern im privaten und öffentlichen Sektor (Galletto/Marginson 2011).

4 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen

4.1 Deutschland

Ende 2013 waren knapp 1,2 Mio. Menschen an deutschen Krankenhäusern beschäftigt¹. Nach einem zwischenzeitlichen Beschäftigungsrückgang ist diese Zahl etwas höher als noch im Jahr 1991. Gegenüber 2012 nahm die Beschäftigtenzahl um 1,5 Prozent zu. Zwar stieg die Beschäftigung auch umgerechnet auf Vollzeitkräfte, dennoch ist gegenüber 2012 eine Zunahme an Teilzeitbeschäftigung zu verzeichnen. Insgesamt arbeiteten 2013 fast die Hälfte (46,3 Prozent) der Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst in einem Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigungsverhältnis. 2012 waren es noch 45,9 Prozent (Statistisches Bundesamt 2014c). Simon (2012, S. 3 f.) relativiert daher die Aussage, dass der Gesundheits- bzw. Krankenhaussektor ein wichtiger Motor des Beschäftigungswachstums sei. Der Anstieg an Teilzeitarbeit sei eher Ausdruck von Beschäftigungsflexibilisierung und einer Strategie der Kostensenkung. Außerdem würden Beschäftigte im Pflegedienst ihre Arbeitszeit oft aufgrund des hohen Drucks reduzieren.

In Bezug auf die Beschäftigungsstruktur im Krankenhaussektor ist festzuhalten, dass der Anteil der Ärzte in den letzten Jahrzehnten im Verhältnis zum nichtärztlichen Dienst angestiegen ist. Der Anteil der Ärzte an allen Vollkräften machte 2013 17,3 Prozent aus, gegenüber 10,9 Prozent 1991. Demgegenüber sank der Anteil des nichtärztlichen Personals an den Vollkräften von 89,1 Prozent 1991 auf 83 Prozent 2013 (Statistisches Bundesamt 2014c). 2013 arbeiteten 919.650 Beschäftigte als nichtärztliches Personal in Krankenhäusern gegenüber 164.720 Ärztinnen (ebd.). Der Rückgang an Beschäftigten im nichtärztlichen

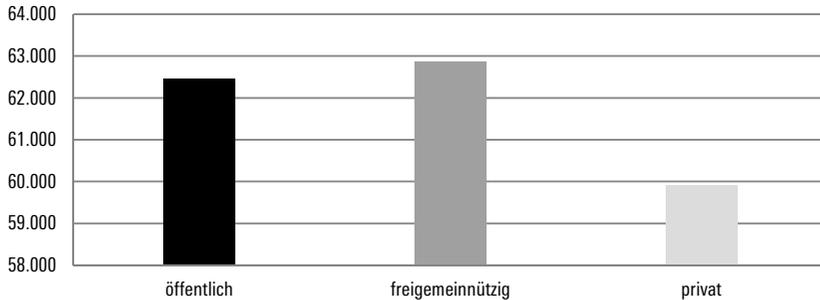
1 | Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes, die die hauptsächliche Grundlage der folgenden Ausführungen bilden, umfassen explizit nicht das Personal von Fremdfirmen, die auch im Krankenhaus tätig werden, wie z. B. (ausgelagerte) Reinigungsdienste.

Dienst kann insbesondere durch die Outsourcing-Aktivitäten der letzten Jahrzehnte erklärt werden, durch die diverse Dienstleistungen (beispielsweise Technik und Instandhaltung) ausgelagert wurden (Busse/Riesberg 2005, S. 122). Die größte Beschäftigtengruppe im Krankenhaus macht in Deutschland der Pflegedienst aus (419.140 Beschäftigte bzw. umgerechnet in Vollzeitkräfte 316.275 im Jahr 2013, gegenüber 184.013 Beschäftigten bzw. 140.195 Vollzeitkräften im medizinisch-technischen Dienst, die die nächstgrößere Gruppe darstellen). Innerhalb des Pflegedienstes stellen die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen die mit Abstand größte Beschäftigtengruppe dar (gut 80 Prozent), gefolgt von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern (knapp 9 Prozent). Krankenpflegehelfer (4,25 Prozent) und »Sonstige Pflegepersonen« (6,45 Prozent) machen nur einen kleinen Teil des Personals aus (Statistisches Bundesamt 2014c).

Innerhalb des Gesundheitssektors sind Krankenhäuser die Hauptarbeitgeber für Pflegepersonal. Etwa 40 Prozent aller Pflegekräfte sind an Krankenhäusern angestellt. Gleichzeitig stellt Simon (2012) strukturelle Veränderungen innerhalb der Pflegeberufe fest. Während der Anteil der Altenpflege unter den Pflegeberufen anstieg, sank der Anteil von Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Dies hänge einerseits mit dem demografischen Wandel zusammen, andererseits jedoch auch mit Personalabbau in den Krankenhäusern (Simon 2012, S. 4). In den Krankenhäusern hat sich die Beschäftigtenstruktur innerhalb des Pflegedienstes in den letzten Jahren allerdings nur minimal verändert (s. zum Vergleich etwa Statistisches Bundesamt 2008).

Obwohl Leiharbeit im Pflegebereich insbesondere seit 2004 stark angestiegen ist, wird diese Beschäftigungsform in anderen Wirtschaftsbereichen noch immer deutlich intensiver genutzt (Klöpffer 2011). Insbesondere im Pflegedienst der Krankenhäuser spielt Leiharbeit (noch) eine untergeordnete Rolle. Umgerechnet in Vollzeitkräfte waren Ende 2013 an deutschen Krankenhäusern etwa 2 Prozent der Beschäftigten im Pflegedienst ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung (Statistisches Bundesamt 2014c, S. 30).

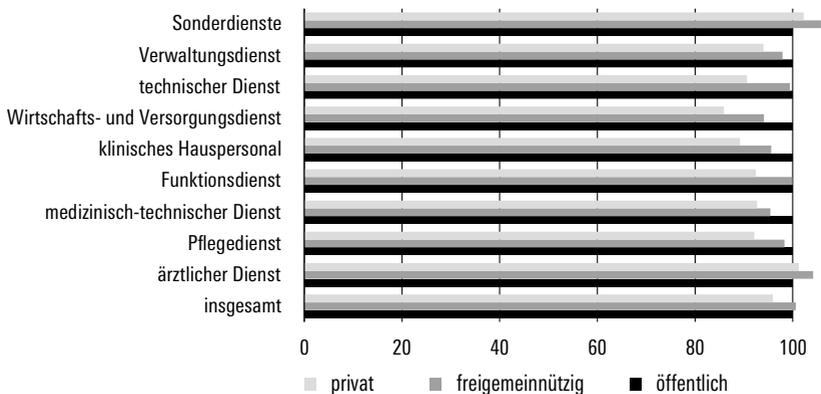
Abbildung 3: Durchschnittliche Personalkosten je Vollkraft nach Trägerschaft 2013 in Euro



Quelle: Statistisches Bundesamt 2014d, S. 44

Vor dem Hintergrund des zunehmenden ökonomischen Drucks stellt die Reduktion der Personalkosten eine Hauptmotivation für die Umstrukturierung von Krankenhäusern dar. 2013 machten die Personalkosten etwa 60 Prozent der gesamten Kosten der Krankenhäuser in Deutschland aus. Dabei entfielen insgesamt 30,7 Prozent der Personalkosten auf den Pflegedienst und mit 31 Prozent geringfügig mehr auf den ärztlichen Dienst (Statistisches Bundesamt 2014d, S. 6 ff.).

Abbildung 4: Personalkostenvergleich nach Trägerschaft
(öffentliche Krankenhäuser = 100 Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2014d, S. 44

Die höchsten durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft fallen in den freigemeinnützigen Krankenhäusern an, dicht gefolgt von denen in öffentlicher Trägerschaft (s. [Abbildung 3](#)). Bei einer nach Beschäftigtengruppen differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass im Pflegedienst die durchschnittlichen Kosten je Vollkraft in den öffentlichen Krankenhäusern am höchsten sind, im ärztlichen Dienst am niedrigsten (Statistisches Bundesamt 2014d). [Abbildung 4](#) gibt einen Überblick über die Personalkosten differenziert nach Beschäftigtengruppen im Vergleich der verschiedenen Krankenhausträger.

Für die Bestimmung der Entgelte sind neben arbeits- und tarifvertraglichen Regelungen auch gesetzliche und tarifliche Regelungen zu Mindestlöhnen bedeutsam. Neben dem 2015 neu eingeführten gesetzlichen Mindestlohn von 8,50 Euro brutto pro Stunde sind für den deutschen Gesundheitssektor zwei Mindestlöhne relevant. Einerseits ist dies der seit 2010 bestehende Mindestlohn für Pflegekräfte in der Grundpflege in Pflegeeinrichtungen der stationären oder ambulanten Pflege. Krankenhäuser zählen allerdings nicht zu Pflegeeinrichtungen im Sinne der Pflegearbeitsbedingungenverordnung, die den Mindestlohn regelt (PflegeWiki 2015). Der zweite Mindestlohn besteht in der Gebäudereinigung und ist damit auch für Krankenhauservicegesellschaften relevant. In der für die Innenreinigung relevanten Lohngruppe 1 beträgt der Mindestlohn in Ostdeutschland ab dem 1.1.2015 8,50 Euro pro Stunde, in Westdeutschland 9,55 Euro. Dieser Mindestlohn lässt sich nur durch illegale Praktiken umgehen (Interview 01). Allerdings gibt es im Krankenhaus diverse Servicebereiche, in denen der Mindestlohn der Gebäudereinigung keine Anwendung findet, wie beispielsweise die Küche oder Hol- und Bringdienste. Manche dieser Tätigkeiten wurden früher durch Krankenpfleger ausgeführt, werden aber heute von einfach qualifizierten Fachkräften oder Serviceassistenten übernommen, für die keine Mindestlohnregelungen existieren (Interview 01).

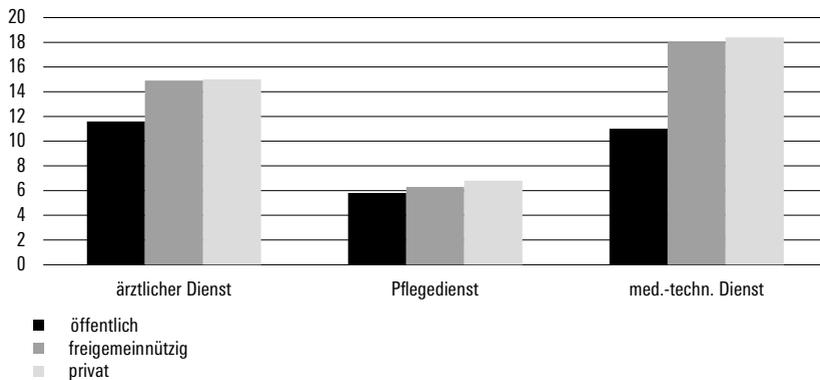
Die Ökonomisierung der Krankenhäuser hat die Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals stark beeinflusst (Kühn/Klinke 2006; Marrs 2007). Insbesondere die Einführung des DRG-Systems kann als ein wichtiger Faktor für eine Veränderung von Arbeitsbedingungen und -inhalten gesehen werden. Beispielsweise hatte diese Umstellung eine erhöhte Bürokratisierung der Tätigkeit durch umfangreiche Dokumentationsanforderungen zur Folge (Marrs 2007).

Eine Begleiterscheinung der Ökonomisierung der Arbeitsorganisation in deutschen Krankenhäusern ist die Arbeitsintensivierung und -verdichtung. Einige private Krankenhausträger drängen insbesondere auf eine Erhöhung der Arbeitszeit, wie dies beispielsweise im Zuge der Privatisierung des Hamburger

LBK der Fall war. Nachdem der Asklepios-Konzern den LBK erworben hatte, wurde die wöchentliche Arbeitszeit für Neueingestellte von 38,5 Stunden auf 42 Stunden erhöht. Gleichzeitig wurden weitere Maßnahmen mit dem Ziel der Effizienzsteigerung und Kostenreduzierung geplant, wie beispielsweise Beschäftigungsabbau (in Verbindung mit Outsourcing und Zeitarbeit) und die Reduzierung von bezahltem Urlaub (Greer 2008b, S. 4f.).

Ein Bericht der *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (Eurofound) zeigt, dass 80 Prozent der Beschäftigten im deutschen Sozial- und Pflegesektor – also nicht nur im engeren Sinne Gesundheitssektor – ihren Job innerhalb von fünf Jahren wieder verlassen (Eurofound 2006, S. 28). Eine signifikante Anzahl an Frauen kehrt nach der Geburt eines Kindes nicht in ihren Beruf im Sektor zurück, da sie Schwierigkeiten bei der Vereinbarung von Familie und Beruf haben (Eurofound 2011, S. 10). Gut drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitswesen 2012 waren weiblich (Statistisches Bundesamt 2014a).

Abbildung 5: Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft pro Arbeitstag zu versorgenden belegten Betten nach Trägern 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt 2014c, S. 35

Darüber hinaus lässt sich bei privaten (und freigemeinnützigen) Krankenhäusern in allen Berufsgruppen eine höhere Belastung, was die Zahl der zu versorgenden Betten angeht, feststellen (s. [Abbildung 5](#)). Gewerkschaftsvertreter beobachten in allen Krankenhäusern, am stärksten aber bei den Privaten, eine

Personalknappheit und die Rationalisierung des Arbeitskräfteeinsatzes aufgrund des ökonomischen Drucks (Interview 01). Nach Berechnungen von ver.di fehlen an deutschen Krankenhäusern 162.000 Vollzeitstellen, 70.000 davon in der Pflege. Arbeitsintensivierung und Personalmangel erhöhten die Unfallgefahr (Interview 02). Zeitdruck und Personalmangel im Krankenhaus können auch Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben. Gewerkschaftsvertreter berichten beispielsweise von Fällen, in denen die Betten aus Zeitmangel nicht mehr korrekt gereinigt werden könnten (Interview 01).

Laut Gewerkschaftsvertreterinnen führen die Arbeitsintensivierung und die nicht leistungs- und anforderungsgerechte Entlohnung zu einer ausgesprochenen Knappheit von qualifiziertem Pflegepersonal (Interview 05). Im internationalen Vergleich betrachtet, kommen in Deutschland mit 11,5 dennoch vergleichsweise viele Pflegekräfte und Entbindungshelfer auf 1.000 Einwohner. Deutschland liegt im europäischen Vergleich damit im oberen Drittel (WHO 2015). Außerdem bestünden in Bezug auf den Fachkräftemangel auch deutliche regionale Unterschiede, beispielsweise zwischen Metropolregionen, in denen keine Probleme bestehen, und ländlichen Bereichen (Interviews 02, 03).

4.2 Großbritannien

Qualifizierte Krankenpflegekräfte müssen sich in Großbritannien beim Berufsverband *Nursing and Midwifery Council* (NMC) registrieren. Derzeit sind dort etwa 630.000 Krankenpflegerinnen registriert, die jedoch nicht unbedingt alle praktizieren müssen (Interviews 12, 13). Eine Analyse der *Labour Force Surveys* zeigt, dass die Zahl der Beschäftigten in der Krankenpflege in Großbritannien mit einer Unterbrechung zwischen 2008 und 2010 von 2003 bis 2013 kontinuierlich um 23 Prozent auf 587.000 Beschäftigte angestiegen ist. Ein noch stärkerer Anstieg (um 39 Prozent seit 2003 auf etwa 306.600 Beschäftigte 2013) fand in der Gruppe der Pflegehilfskräfte und -assistenten statt. Insbesondere in den Jahren 2010 und 2011 ist hier starker Zuwachs zu verzeichnen (RCN 2014, S. 4). Von den Krankenpflegekräften war die große Mehrheit im öffentlichen Sektor angestellt, nur 12,5 bzw. 2,8 Prozent arbeiteten bei privaten bzw. gemeinnützigen Arbeitgebern. Bei den Hilfskräften sieht die Situation deutlich anders aus: Hier sind 22,7 bzw. 6,6 Prozent im privaten bzw. gemeinnützigen Sektor beschäftigt (ebd., S. 5). Dies zeigt sich auch darin, dass, nur bezogen auf den NHS England, die Zahl der qualifizierten Pflegekräfte in Vollzeitäquivalenten zwischen 2003

und 2013 um knapp 11 Prozent gewachsen, die der Hilfskräfte jedoch um etwa 5 Prozent gesunken ist (ebd., S. 14).

Die steigenden Beschäftigtenzahlen bei den Krankenpflegekräften sind im Zusammenhang mit einem Skandal in einem Krankenhaus in Birmingham im Jahr 2013 zu sehen. In dem dazu vorgelegten Untersuchungsbericht (*Francis Report*) wurde deutliche Kritik an der dort verfolgten Strategie der Personalkürzung zur Kosteneinsparung auf Kosten der Patientenversorgung geäußert (ebd., S. 15). Nach Einschätzung eines RCN-Vertreterers kam es in der Folge zu einem Umdenken in der Politik (Interview 09).

Ebenso wie England im europäischen Vergleich eine niedrige Zahl an praktizierenden Ärzten pro 1.000 Einwohner hat (Boyle 2011, S. 195 f.), gilt dies trotz des Anstiegs auch für die Zahl der Krankenpflegekräfte. Bis 2013 stieg die Zahl auf 8,8 Krankenpflegekräfte pro 1.000 Einwohner an. In Deutschland liegt sie mit 11,5 dennoch nach wie vor deutlich darüber (WHO 2015). Trotzdem sind die Krankenpfleger die größte Beschäftigtengruppe im NHS (Galetto/Marginson 2011, S. 5). 2015 machten qualifizierte Pflegekräfte einen Anteil von etwa 27 Prozent der 1,3 Millionen Beschäftigten des englischen NHS aus (NHS 2015b). Verglichen mit allen Beschäftigten in Großbritannien arbeiten Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte häufiger in Teilzeit, Letztere dabei noch etwas häufiger, beide Gruppen jedoch mit abnehmender Tendenz. Betrachtet man jeweils nur die weiblichen Beschäftigten, liegt der Anteil an Teilzeitbeschäftigung in anderen Sektoren ähnlich hoch (RCN 2014, S. 7 f.).

Eine wichtige Reform, die 2004 unter der Labour-Regierung umgesetzt wurde, war die sog. *Agenda for Change* (AfC), mit der die Bezahlung und Eingruppierung der Beschäftigten im NHS harmonisiert und vereinheitlicht wurde. Im Rahmen der AfC werden zwar die Entgeltskalen und die Arbeitsbewertungssystematik zentral geregelt, die Zuordnung der einzelnen Tätigkeiten zu den Kategorien der AfC geschieht aber lokal. Die AfC hatte deshalb einerseits einen harmonisierenden, andererseits aber auch einen differenzierenden Effekt, der auch als »organised decentralisation« bezeichnet werden kann (Galetto/Marginson 2011, S. 10). Hinzu kommt, dass auch eigentlich »gleiche« Tätigkeiten sich zwischen oder sogar innerhalb von Krankenhäusern in den ihnen zugewiesenen Aufgaben unterscheiden können (ebd., S. 15 f.). Grundsätzlich ist das Tätigkeitsbewertungssystem der AfC aber darauf ausgerichtet, eine gleiche Bezahlung für gleichwertige Tätigkeiten zu gewährleisten (ebd., S. 10). Das System der AfC sei »equality proved« und »equal pay proved« (Interview 15). Zuvor sei es aufgrund der vielen verschiedenen Entgeltfindungs- und Aushandlungsstrukturen

zu einer unterschiedlichen, diskriminierenden Bewertung von typischen Frauen- und Männertätigkeiten gekommen. Von Gewerkschaftsvertretern wird die AfC daher als große Errungenschaft gesehen (Interview 15). In Deutschland scheiterte ein ähnlich ambitioniertes Vorhaben, eine einheitliche und diskriminierungsfreie Entgeltordnung für den öffentlichen Dienst zu vereinbaren. Inwieweit die AfC tatsächlich dazu beiträgt, dem Ziel einer diskriminierungsfreien und anforderungsgerechten Bezahlung für Krankenpflegekräfte näher zu kommen, scheint allerdings umstritten. Während Pillinger (2010) feststellt, dass qualifizierte Krankenpflegekräfte noch immer weniger verdienen als andere, vergleichbar qualifizierte Beschäftigte in männerdominierten Berufen und der *gender pay gap* im britischen Gesundheits- und Pflegesektor besonders hoch sei (Pillinger 2010, S. 40f.), kommt das RCN einige Jahre später zu dem Ergebnis, dass das wöchentliche Medianeinkommen von Krankenpflegekräften über dem Durchschnitt aller Beschäftigten liege und der *gender pay gap* innerhalb der Gruppe der Krankenpflegekräfte mit 6 Prozent deutlich geringer ausfällt als bezogen auf alle Beschäftigten (21 Prozent) (RCN 2014, S. 29f.).

Obwohl die AfC und die Empfehlungen des PRB nicht für den privaten Sektor gelten, scheinen die Löhne und Arbeitsbedingungen in privaten Unternehmen und NHS-Krankenhäusern nicht stark voneinander abzuweichen. Brandt und Schulten (2008, S. 6) stellen sowohl im britischen als auch im deutschen Krankenhaussektor einen »moderaten« Wettbewerb über Entgelte fest.

Der NHS steht seit den letzten Jahren unter einem starken Austeritätsdruck. Da 70 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen Personalkosten sind, wird seitens der Regierung und der Arbeitgeber hier nach Einsparungsmöglichkeiten gesucht. Nachdem die Strategie der Kosteneinsparung über Personalkürzungen durch den oben erwähnten Skandal delegitimiert wurde, wird nun nach Ansicht von Gewerkschaftsvertretern versucht, durch die Verschlechterung der Bezahlung und der Arbeitsbedingungen der Krankenpflegekräfte Einsparungen zu erreichen. Diese Debatte in Verbindung mit den gleichzeitig steigenden Verwaltungskosten im NHS durch neue Ausschreibungs- und Vergaberegulungen hat negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten (Interview 09). Aufgrund der jüngsten Einsparungsmaßnahmen im öffentlichen Sektor liegen die Reallöhne der Krankenpflegekräfte 2014 auf demselben Niveau wie 2010 (ähnlich wie in großen Teilen der britischen Wirtschaft) (RCN 2014, S. 2).

Gewerkschaftsvertreter sehen die Gefahr, dass NHS-Arbeitgeber, die Einsparungen vornehmen müssen, die national festgelegten Beschäftigungsstandards

erodieren. Nicht nur die Bezahlung sondern viele verschiedene Elemente der Arbeitsbedingungen würden so unter Druck geraten, beispielsweise Weiterbildungsmöglichkeiten, Pensionen, Überstundenbezahlung oder Urlaubsregelungen (Interview 10). Als ein Mittel zur Kosteneinsparung wurde auch eine stärkere Leistungsorientierung der Bezahlung im NHS eingeführt. Dies wird von Gewerkschaftsvertretern einerseits sehr kritisch gesehen, andererseits jedoch aufgrund der Größe vieler Krankenhäuser auch für kaum praktikabel gehalten. Es diene vielmehr der Regierung dazu, zu signalisieren, dass die Bezahlung im NHS leistungsorientiert erfolge (Interview 15).

Ein weiterer Weg für Trusts und private Anbieter, Kosten einzusparen, liegt in der Veränderung der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten. So wurde seit Anfang der 1990er das – lokal unter Umständen stark variierende und nicht regulierte – neue Tätigkeitsprofil »*Health Care Assistant*« geschaffen, mit dem Beschäftigte zu niedrigeren Kosten als qualifizierte Pflegekräfte eingestellt werden können (Galetto/Marginson 2011, S. 21; Bach/Kessler/Heron 2008, S. 173). Ein Blick auf die Zahlen der Pflegekräfte, differenziert nach unterschiedlichen AfC-Entgeltgruppen, zeigt auch einen Rückgang an Kräften in Führungsfunktionen oder mit Spezialqualifikationen an (RCN 2014, S. 18). Aus Sicht von Gewerkschaftsvertretern ist dies problematisch, denn um die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten zu gewährleisten, sei es nicht nur entscheidend, dass es genug Krankenpflegekräfte gebe, sondern dass diese auch die »richtigen« Qualifikationen hätten (Interview 09).

Auch im britischen Krankenhaussektor ist wie in Deutschland eine Arbeitsverdichtung zu beobachten. Einerseits müssen mehr Patienten von einer Krankenpflegekraft versorgt werden, andererseits müssen die Krankenpfleger mehr administrative Tätigkeiten verrichten. Dies liegt zum einen daran, dass sich die Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus verringert und daher häufiger Aufnahme- und Entlassungsprozeduren anfallen. Zum anderen werden aber auch administrative Tätigkeiten auf Krankenpfleger übertragen, um Stellen in der Verwaltung einzusparen (Flecker et al. 2009, S. 92). Insbesondere in privaten Krankenhäusern werden die Arbeitsprozesse intensiv überwacht und gemanagt, um schlechte Leistungserbringung sofort abstellen zu können (Krachler/Greer 2015, S. 221).

Trotz der steigenden Anzahl an Beschäftigten in der Krankenpflege sehen Gewerkschaftsvertreter einen deutlichen Mangel an Pflegekräften. Das RCN schätzt, dass in England derzeit etwa 20.000 Stellen unbesetzt seien bzw. der Anteil unbesetzter Stellen bei 8 Prozent liege. Dies führe einerseits zur verstärk-

ten Rekrutierung ausländischer Fachkräfte (s. unten) und andererseits zu einem starken Anstieg der Ausgaben für Leiharbeitskräfte. Die Regierung bestreite das Problem und der Fachkräftemangel werde vom großen Ausmaß der Leiharbeit derzeit verdeckt. Das Problem werde sich – wie in Deutschland – durch den demografischen Wandel aber noch verschärfen (Interviews 09, 11, 12, 15). Neben dem demografischen Wandel sei ein wesentliches Problem, dass Krankenpflege-tätigkeiten gemessen am Qualifikationsniveau und verglichen mit anderen Tätigkeiten zu schlecht bezahlt würden und die schwierigen Arbeitsbedingungen (z. B. Schicht- und Wochenendarbeit) nicht kompensiert würden. So sei der Beruf für junge Menschen nicht attraktiv (Interview 14).

Insbesondere im Krankenpflegebereich spielt Leiharbeit oder sog. *bank nursing* eine große Rolle. Leih- oder Zeitarbeitskräfte werden durch (private) Agenturen vermittelt, während *bank nurses* direkt beim betreffenden Trust angestellt sind und auf Gelegenheitsbasis arbeiten. Seit Mitte der 1990er Jahre ist der NHS zunehmend auf Zeitarbeitskräfte angewiesen. Dies verursacht einerseits hohe Kosten für den NHS, andererseits sind die betroffenen Arbeitskräfte oft von Arbeitsplatzunsicherheit betroffen und von bestimmten Vergünstigungen wie Pensionsregelungen ausgeschlossen. Dies gilt insbesondere für Leiharbeitskräfte, die häufig schlechter bezahlt werden, während *bank nurses* zu den Bedingungen der AfC beschäftigt werden (Galetto/Marginson 2011, S. 17 f.). In einem aktuellen Report prangert das RCN die explosionsartig gestiegenen Kosten des NHS für Leiharbeit an (Steigerung um 150 Prozent seit 2012/13 auf voraussichtlich 980 Millionen Pfund 2014/15) (RCN 2015a).

5 Transnationale Arbeitsmobilität im Krankenhaussektor

Durch Regelungen zur einfacheren Anerkennung von Berufsqualifikationen zwischen den Mitgliedstaaten soll die transnationale Arbeitsmobilität in der EU weiter erhöht werden. Für verschiedene Berufsgruppen, wie auch die Krankenpfleger, regelt die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) (eine überarbeitete Fassung trat 2014 in Kraft) die Anerkennung von beruflichen Qualifikationen. Obwohl die Richtlinie für die europäischen Gewerkschaften und Berufsverbände der Krankenpfleger für die potenzielle Neuregelung der nationalen Ausbildungssysteme von Bedeutung ist, spielt sie für migrationspolitische Strategien der Gewerkschaften in Deutschland und Großbritannien eine eher untergeordnete Rolle. Grund dafür ist, wie unten ausgeführt, die (beispielsweise im Vergleich zur Berufsgruppe der Ärzte) geringe transnationale Mobilität des in Krankenhäusern beschäftigten Pflegepersonals.

5.1 Migration im Gesundheitswesen Deutschlands

Im deutschen Krankenhaussektor spielt Migration eine deutlich geringere Rolle als in Großbritannien. Während die Einwanderung nach Deutschland im Zuge der EU-Osterweiterung stark zunahm (Hardy/Eldring/Schulten 2012, S. 351), gilt dies nicht im gleichen Maße für Fachkräfte des Gesundheitssektors. Der Zuzug von Pflegefachkräften war in Deutschland – ebenso wie in Großbritannien – geringer als erwartet (Ognyanova/Busse 2011, S. 211).¹ Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist für 2006 einen Anteil von 12 Prozent der Gesundheits- und Krankenpfleger im deutschen Gesundheitswesen aus, die eigene Migrationserfah-

1 | Anders als Großbritannien machte Deutschland von Übergangsfristen bei der Arbeitnehmerfreizügigkeit nach der EU-Osterweiterung Gebrauch.

rung haben, 4 Prozent sind Ausländer. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern sind die Anteile mit 15,5 bzw. 6 Prozent etwas höher (Afentakis/Böhm 2009). Bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Pflegeberufen, machten ausländische Fachkräfte mit 5,5 Prozent 2013 – trotz eines Anstiegs im Vergleich zum Vorjahr – noch immer einen recht geringen Anteil der Arbeitskräfte aus. Dieser Anteil ist deutlich niedriger als in anderen Branchen (Bonin/Braeseke/Ganserer 2015, S. 28). Von den ausländischen Pflegekräften, die 2013 sozialversicherungspflichtig in Deutschland beschäftigt waren, kamen die meisten aus Polen, gefolgt von der Türkei und Kroatien (ebd., S. 29).

Im Gegensatz zum Bereich der Altenpflege (insbesondere der Pflege im privaten Haushalt) hat Migration für den deutschen Krankenhaussektor (bisher) also keine herausragende Bedeutung. Weit mehr Migration gibt es – vermutlich – in den grauen oder schwarzen Pflegemarkt, in dem Pflegekräfte entweder als Selbstständige oder als Entsandte über Agenturen Dienstleistungsverträge mit Privathaushalten schließen (Interview 02; Ognyanova/Busse 2011, S. 211 f.). Die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften in Deutschland weist auch starke regionale Unterschiede sowie Unterschiede nach Berufsgruppen auf. Einige Regionen Ostdeutschlands beispielsweise sind zunehmend auf Ärztinnen aus dem Ausland angewiesen (Ognyanova/Busse 2011, S. 228). Hardy et al. stellen fest, dass eine signifikante Auswanderung von Arbeitskräften des Gesundheitswesens aus den neuen EU-Mitgliedstaaten stattgefunden hat, wobei Deutschland eines der beliebtesten Zielländer ist. Ärzte sind dabei deutlich häufiger ausgewandert als Pflegekräfte, jedoch muss hier berücksichtigt werden, dass, wie oben erwähnt, viele Pflegekräfte nicht bei der Agentur für Arbeit registriert und in privaten Haushalten tätig sind (Hardy et al. 2012, S. 25, 41). Die Autorinnen argumentieren an anderer Stelle, dass in Deutschland, wie in vielen anderen westeuropäischen Ländern, der Pflegesektor zunehmend von ausländischen Arbeitskräften abhängig werde (Hardy/Eldring/Schulten 2012).

In Deutschland wird zunehmend über einen drohenden oder schon akuten Fachkräftemangel im Gesundheits- bzw. Pflegesektor diskutiert. Aufgrund des demografischen Wandels steigt einerseits die Zahl älterer, pflegebedürftiger Menschen und sinkt andererseits die Zahl der potenziellen Arbeitskräfte (s. auch Hardy et al. 2012, S. 10). Der dadurch steigende Bedarf an Pflegefachkräften, Prognosen über einen sich noch verschärfenden Fachkräftemangel sowie starke Unterschiede bezüglich Entgelt und Arbeitsbedingungen haben laut Hardy et al. (2012) die Mobilität von Arbeitskräften im Sektor erhöht. Sie kommen zu dem Schluss, dass aus diesen Gründen der »care labour market is one of the

most dynamic in the EU« (Hardy et al. 2012, S. 12). Dabei gebe es viele verschiedene Mobilitätsmuster, z. B. von ländlichen in städtische Regionen, tatsächliche Auswanderung oder zirkuläre Migration (Hardy et al. 2012, S. 11). Insbesondere Muster der temporären und zirkulären Migration erschweren die Erfassung des Phänomens und die Identifizierung bestimmter Länder als Sender- oder Empfängerländer.

Dass bisher im deutschen Krankenhausesektor (noch) keine starke Abhängigkeit von aus dem Ausland rekrutierten Fachkräften besteht, könnte auch daran liegen, dass das deutsche Gesundheitswesen – im Gegensatz zum britischen – dezentraler organisiert und stärker von privaten Trägern geprägt ist, was die aktive staatliche Anwerbung von Fachkräften behindere (Ognyanova/Busse 2011, S. 211). Teilweise werden ausländische Arbeitskräfte von Krankenhauskonzernen oder auch öffentlichen Krankenhäusern angeworben, allerdings befindet man sich hier nach Einschätzung ver.di.s noch in der Experimentierphase und es liege noch keine ausgearbeitete Strategie vor (Interview 01). Auch kirchliche Krankenhäuser suchen offenbar nach Fachkräften. Beispielsweise arbeite der Agaplesion-Konzern derzeit eine Strategie zur europaweiten Rekrutierung von Fachkräften aus (Interview 03). Darüber hinaus gibt es seit den 1970er Jahren immer wieder bilaterale Abkommen zwischen Deutschland und anderen Ländern zur Anwerbung von Krankenpflegekräften. Da es in Deutschland keine umfassende Strategie zur Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor gibt, haben diese Abkommen jedoch eher den Charakter von Ad-hoc-Maßnahmen in Zeiten steigender Nachfrage nach Pflegekräften (Ognyanova/Busse 2011, S. 230).

In jüngster Zeit wurden Maßnahmen getroffen, um die Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte nach Deutschland zu erleichtern. Durch das sog. Anerkennungsgesetz, das 2012 in Kraft trat, soll es Migrantinnen – auch von außerhalb der EU – erleichtert werden, ihre beruflichen Qualifikationen in Deutschland anerkennen zu lassen. In dem Gesetz ist auch geregelt, dass eine amtliche Statistik zur Anerkennungspraxis erstellt werden soll. Diese zeigt, dass 2014 die häufigsten deutschen Referenzberufe, zu denen eine Anerkennung der beruflichen Qualifikation beantragt wurde, der der Ärztin (5.763 Anträge) und der des Gesundheits- und Krankenpflegers (4.986 Anträge) waren. Dies entspricht insgesamt etwa drei Viertel aller Anträge (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015).

5.2 Migration im Gesundheitswesen Großbritanniens

In Großbritannien besteht eine lange Tradition der Rekrutierung von Krankenpflegekräften aus anderen Ländern, um dem eigenen Mangel an Fachkräften zu begegnen. Der vom demografischen Wandel verstärkte Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen in Verbindung mit der Alterung der Pflegekräfte selbst hat immer wieder zu verstärkten Bemühungen Großbritanniens geführt, ausländische Pflegekräfte zu rekrutieren (Buchan 2007, S. 1321). Das Problem des Mangels wurde Bach (2010) zufolge in den 1950er Jahren angeheizt, indem die konservative Regierung eine Politik der Ausgabenbegrenzung verfolgte. Diese hatte niedrigere Gehälter und schlechtere Arbeitsbedingungen für Krankenpflegekräfte zur Folge und verstärkte damit den Mangel an Krankenpflegekräften. Eine Strategie der Regierung, diesem Mangel zu begegnen, war die Schaffung eines »imperial labour market for nurses« (Bach 2010, S. 253). 1977 kamen 12 Prozent aller auszubildenden Krankenpfleger und Hebammen in Großbritannien aus Übersee, insbesondere aus den Commonwealth-Ländern. Das wichtigste nicht dem Commonwealth zugehörige Herkunftsland waren die Philippinen (Bach 2010, S. 253). Im Laufe der Zeit sind einige Teile des britischen Gesundheitssystems stark von ausländischen Pflegekräften abhängig geworden (Aiken et al. 2004, S. 73). Auch in den 2000er Jahren gab es eine Phase, in der massiv Pflegekräfte aus Übersee (außerhalb der EU) rekrutiert wurden und in der aus gewerkschaftlicher Sicht ebenfalls politische Entscheidungen die Ursache waren. Um Einsparungen zu erzielen, waren weniger Pflegekräfte im Land ausgebildet worden, was schließlich in einem Mangel resultierte, auf den durch das Anwerben ausländischer Arbeitnehmer reagiert werden musste. Dies war begleitet von einer breiten öffentlichen und medialen Diskussion über die ethischen und moralischen Fragen eines solchen Vorgehens (Interview 09). Die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland bietet aus Sicht des Empfängerlandes einige Vorteile. Die Arbeitskräfte sind bereits ausgebildet und damit unmittelbar einsetzbar, und diese Ausbildung musste vom Empfängerland nicht selbst finanziert werden, sondern vom Senderland oder den Krankenpflegekräften selbst (Buchan/Secombe 2011, S. 14) – ein von den Gewerkschaften kritisiertes Aspekt (Interview 01). Einerseits stehen Berufsverbände und Gewerkschaften Migration grundsätzlich positiv gegenüber, andererseits sehen Vertreter des RCN auch ein Risiko in der Strategie, das NHS zu stark von ausländischen Arbeitskräften abhängig zu machen, da man nie wissen könne, wie lange Migrantinnen im Aufnahmeland bleiben würden. Während einige zwar dauerhaft nach Großbritannien auswanderten,

bleibe die Mehrheit der ausländischen Krankenpflegekräfte für eher kürzere Zeiträume (Interview 09). Die Gewerkschaften kritisieren darüber hinaus, dass Fehlplanungen bzgl. Ausbildung und Rekrutierung von Pflegekräften und unattraktive Arbeitsbedingungen die Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte erst nötig werden lassen. Unison und das RCN haben sich außerdem in der Vergangenheit dafür eingesetzt, dass die internationale Rekrutierung von Pflegekräften durch Großbritannien keinen Fachkräftemangel in den Herkunftsländern zur Folge hatte und dass sich sowohl öffentliche als auch private britische Arbeitgeber an ethische Grundsätze bei der grenzübergreifenden Rekrutierung halten müssen (Bach 2010, S. 256).

Von Mitte der 1990er bis Anfang bzw. Mitte der 2000er Jahre stieg die Zahl ausländischer Personen, die beim NMC registriert sind, stetig an. Der Höhepunkt dieser Entwicklung wurde 2002 erreicht, als die Zahl der neu Registrierten aus dem Ausland jene der neu registrierten Personen aus Großbritannien überstieg (Buchan/Secombe 2011, S. 16). Seit Mitte der 2000er Jahre ist ein deutlicher Rückgang von Neuregistrierungen ausländischer Krankenpflegekräfte zu verzeichnen. Dies begründet sich maßgeblich durch Änderungen in der Einwanderungspolitik Großbritanniens. Einerseits wurde 2008 ein »Points-based-system« zur Steuerung der Migration eingeführt, das durch Kriterien bzgl. Einkommen und Qualifikation den Zugang von Nicht-EU-Ausländern zum britischen Arbeitsmarkt stark erschwert (Bach 2010, S. 261; Interviews 09, 12, 13). Das RCN kritisiert darüber hinaus, dass die Qualifikation zur Krankenpflegekraft durch das Punktesystem nicht angemessen anerkannt werde (Bach 2010, S. 261). Vertreter des RCN sind besorgt, weil es durch die neuen Regelungen ab 2016 sehr schwer für ausländische Pflegekräfte aus Nicht-EU-Ländern sein wird, länger als fünf Jahre im Land zu bleiben. Das RCN befürchtet dann einen Verlust von erfahrenen Pflegekräften, beispielsweise aus Indien oder von den Philippinen (Interviews 12, 13).

Weiterhin strich die Regierung 2006 allgemeine Krankenpfleger von der »shortage occupation list«. Für Tätigkeiten, die sich nicht auf der *shortage list* befinden, muss der Arbeitgeber zunächst nachweisen, dass kein geeigneter Bewerber in Großbritannien oder der EU gefunden werden konnte, bevor eine Arbeitserlaubnis für Nicht-EU-Ausländer erteilt wird. Weiterhin wurde 2007 das *Migration Advisory Committee* (MAC) geschaffen, das für die Aufstellung der *shortage list* verantwortlich ist und dies restriktiver handhabt als in der Vergangenheit (Bach 2010, S. 257 f.). 2011 verblieb nur noch eine kleine Zahl von Spezialtätigkeiten von Krankenpflegekräften auf der *shortage list*. Gewerkschafts-

vertreter – die ebenso wie die Arbeitgeberseite Stellungnahmen bzgl. der Erstellung der *shortage list* abgeben können – sehen einerseits auch in anderen Bereichen weiterhin einen Mangel an Fachkräften, gleichzeitig besteht aus ihrer Sicht aber auch das Problem, dass die Arbeitgeberseite – insbesondere im Bereich der Pflegeheime – darauf dränge, Berufe auf der *shortage list* zu halten, um durch angeworbene ausländische Arbeitskräfte die Preise für den Faktor Arbeit niedrig zu halten (Interview 15).

Nach einem deutlichen Rückgang der Zahl ausländischer neu registrierter Personen von rund 15.000 in den Jahren 2003/2004 auf rund 2.500 in den Jahren 2009/10 stieg die Zahl bis 2013/14 wieder auf über 6.000 Personen an. Dies geht mit einer deutlichen Veränderung der Zusammensetzung ausländischer Registrierungen einher. Noch 2007 waren 19 Prozent der in Großbritannien angestellten ausländischen Pflegefachkräfte in Staaten geboren, die nicht zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehören, im Gegensatz dazu nur drei Prozent in EWR-Staaten (Bach 2010, S. 253). Dies zeigt, dass der vorhergesagte Ansturm osteuropäischer Arbeitskräfte auf den britischen Arbeitsmarkt² nicht unbedingt auch Krankenpfleger umfasste (Bach 2010, S. 253). Seit 2008 allerdings ist – insbesondere aufgrund der oben beschriebenen restriktiveren Zuwanderungsregelungen – die Zuwanderung aus Nicht-EWR-Staaten eingebrochen, während die Zuwanderung aus EWR-Staaten anstieg (RCN 2014). Während 2003/2004 erst etwa sieben Prozent der ausländischen neu registrierten Personen aus EU-Ländern kamen, waren es 2013/14 87 Prozent. Von den EU-Registrierten kamen 2013/14 die meisten aus Spanien (38 Prozent), gefolgt von Portugal (25 Prozent) und Irland (19 Prozent). Von den Nicht-EU-Registrierten kam 2013/14 jeweils ein gutes Drittel aus Indien und von den Philippinen (RCN 2014, S. 10).

Wie sich anhand der Herkunftsländer vermuten lässt, muss der Anstieg der Migration aus den EU-Ländern vor allem im Kontext der Krise und deren Folgen (z. B. hohe Arbeitslosigkeit) gesehen werden. Weitere Gründe für die zunehmende EU-Migration in das britische Gesundheitswesen sind laut Gewerkschaftsvertretern die relativ weite Verbreitung englischer Sprachkenntnisse unter EU-Bürgern und die Freizügigkeitsregeln der EU, aber auch die Tatsache, dass in Großbritannien zuletzt zu wenig Krankenpflegekräfte ausgebildet wurden (Interviews 12, 13, 16).

2 | Großbritannien öffnete – wie Irland – schon 2004 vollständig seinen Arbeitsmarkt für Arbeitskräfte aus den neuen Mitgliedstaaten. Zwischen 2004 und 2008 kamen 812.000 Migranten nach Großbritannien, 67 Prozent davon aus Polen (Meardi 2012, S. 88).

6 Kritische Diagnose und Fazit

Gegentrends zur Ökonomisierung des Krankenhausesektors

6.1 Dynamiken und Grenzen der Privatisierung in Deutschland und Großbritannien

Dass sich Programme zur Liberalisierung von Märkten und zur Privatisierung von öffentlichen Unternehmen weltweit durchgesetzt haben, ist eine in der Literatur relativ unstrittige Tatsache (Bernhard/Münch 2011; Streeck 2010; Thelen 2014). Eine empirisch offene Frage ist, in welcher Weise sie in den nationalen Systemen und Sektoren jeweils zur Wirkung gelangen. Eine plausible theoretische Antwort, gegeben durch Pierre Bourdieu (1985), inspirierte feldtheoretische Ansätze, in denen angenommen wird, dass soziale Felder – etwa der nationale Krankenhausesektor – relativ dichte Konfigurationen von miteinander in Beziehung stehenden ressourcenausgestatteten Akteuren sind (Bernhard/Münch 2011, S. 170). Felder weisen spezifische Institutionen (das sind Regelsysteme, Normen und Weltansichten) auf, die ebenso wie materielle Ressourcen und Machtpositionen umkämpft sind. In welcher Weise sich globale und europäische Ökonomisierungs- und Privatisierungstrends in den Krankenhausesektoren in Deutschland und Großbritannien manifestieren, wird daher als Ergebnis von Kämpfen der im Feld agierenden Akteure, Staat, Arbeitgeber-, Berufs- und Arbeitnehmerverbände, Patientengruppen, zivilgesellschaftliche Bewegungen etc., verstanden. Die in den jeweiligen Organisationsprinzipien verankerten historischen Wertemuster (etwa das Beveridge-Modell einer umfassenden, steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung) wirken in diese aktuellen Kämpfe hinein und begünstigen oder schwächen jene Akteure, die eine Ökonomisierung vorantreiben. Auch wenn im britischen Krankenhausesektor Prozesse der Vermarktlichung sowie funktionaler und formaler Privatisierung, etwa über *public-private partnerships* in Gebäudemanagement und -instandhaltung, zunehmen, ist die zentrale Koordinierungsmacht weitgehend bei den staatlichen Ak-

teuren verblieben.¹ Demgegenüber hat in Deutschland eine Verschiebung der Kräfteverhältnisse zugunsten privater Krankenhausbetreiber stattgefunden, die zu einer weiteren Fragmentierung und Zersplitterung der Tariflandschaft und zu einer symbolischen Aufwertung der Managementlogik in Krankenhäusern beigetragen hat. Nicht die optimale medizinische Behandlung und Versorgung, zu der sich Ärzte und Pflegekräfte qua ihrer Berufsethik verpflichtet fühlen, sondern die kosteneffiziente Durchführung standardisierter Diagnose- und Behandlungsmethoden dominieren als normative Grundlagen guten Krankenhausmanagements. Ein durch die aktuelle Wirtschafts- und Finanzkrise ausgelöster umfassender Wertewandel, der die Steuerungsfähigkeit von Wettbewerbsmärkten in Zweifel ziehen würde, kann weder für den deutschen noch für den britischen Krankensektor konstatiert werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Akteure potenziell in der Lage wären, wirksame Gegenmachtstrategien hinsichtlich einer umfassenden Privatisierung und Ökonomisierung des Krankensektors zu entwickeln. In den folgenden beiden Abschnitten richten wir unsere Aufmerksamkeit daher auf zivilgesellschaftliche, politische und arbeitnehmerseitige Reaktionen auf Prozesse der Ökonomisierung sowie auf gewerkschaftliche Revitalisierungsstrategien in Deutschland.

6.2 Gegenbewegungen gegen eine Ökonomisierung des Krankensektors

Die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern und die damit verbundene Verschlechterung der Arbeitsbedingungen haben zu steigendem Widerstand geführt. In den letzten Jahren fanden zahlreiche Volks- und Bürgerinitiativen, häufig unter Beteiligung der Gewerkschaften, statt. Ein bekanntes Beispiel ist die Volksinitiative »Gesundheit ist keine Ware« (2004) gegen die Privatisierung des

1 | Die Austeritätslogik hat auch den NHS erreicht, wie die jüngsten Reformen und die zunehmende Konfliktorientierung der sektoralen Sozialpartnerorganisationen zeigen (s. [Abschnitt 3.2](#)). Während sich Sozialpartner und Regierung in den ersten Jahren seit der Fiskalkrise auf ein zeitlich befristetes Einfrieren der Löhne einigten, folgte die Regierung der Empfehlung des Lohnausschusses 2014 erstmals nicht, um einen weiteren Lohnstopp durchzusetzen. Die Gewerkschaften Unison und Unite riefen zu Streiks auf. Nach der Androhung eines weiteren Streiks, an der sich auch die NHS-Arbeitgeber beteiligten, kam es zu Beginn des Jahres 2015 zu einem Kompromiss (zu moderaten Lohnerhöhungen) mit der Regierung.

Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK) Hamburg, an der sich ver.di mit mehreren Bündnispartnern beteiligte und die einen Volksentscheid gegen den Verkauf der städtischen Anteile des Krankenhausunternehmens zur Folge hatte. Obwohl sich eine deutliche Mehrheit der Bürgerinnen gegen den Verkauf ausgesprochen hatte, wurde das LBK Hamburg an den privaten Asklepios-Konzern verkauft. Nach einem 18-monatigen Arbeitskampf, der Demonstrationen, Arbeitsniederlegungen und Warnstreiks umfasste, konnte 2007 ein Haustarifvertrag (der allerdings nicht für alle Konzernbetriebe gilt) abgeschlossen werden, der an den Tarifbedingungen für den öffentlichen Dienst orientiert war (Greer/Schulten/Böhlke 2013; Greer 2008a; Ries-Heidtke/Böhlke 2009). In anderen Fällen waren die Bürgerbegehren jedoch erfolgreicher. Als Beispiele gelten die Bürgerbegehren gegen die Privatisierungen von Kliniken in Nordfriesland (2002) und Zwickau (2003) sowie die Verhinderung des Verkaufs der Städtischen Kliniken in Dresden 2008. Im selben Jahr konnte die Ausgliederung von Wäscherei, Sterilisationsabteilung und Küche am Universitätsklinikum Düsseldorf durch wiederholte Warnstreiks verhindert werden (Böhlke/Schulten 2008). Der geplante Mehrheitsverkauf der Elblandklinik in Sachsen konnte durch ein Bürgerbegehren verhindert werden (Anschütz 2009). Nach der formalen Privatisierung der Klinik stimmte ver.di aufgrund der prekären wirtschaftlichen Lage des Hauses dem Abschluss eines Notlagentarifvertrags für 2005 bis 2007 zu. Dem von den politischen Entscheidungsträgern forcierten Verkauf des Krankenhauses setzte der Betriebsrat ein eigenes Konzept zur Restrukturierung entgegen, das den Schutz bestehender Arbeitsstandards und den Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen für sechs Jahre vorsah. Dies wurde von der Landesregierung aber ignoriert. Die regionalen Oppositionsparteien (Grüne, SPD und PDS) initiierten daraufhin ein Bürgerbegehren, das von der regionalen Organisation des DGB für Dresden, ver.di und dem Krankenhausbetriebsrat mitorganisiert wurde und von einer Medienkampagne begleitet war. Die Allianz gegen die geplante Privatisierung und das Bürgerbegehren waren erfolgreich. Die Regierung sah vom Mehrheitsverkauf des Elblandklinikums ab. Nach der Fusionierung der Elblandkliniken mit einem anderen bereits formal privatisierten Krankenhaus 2008 und der Einstellung eines vom privaten Krankenhauskonzern Helios kommenden Geschäftsführers kam es jedoch zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen durch Managementstrategien wie Outsourcing, Tariffucht und die Absenkung der Lohnstandards bestimmter Beschäftigtengruppen (Anschütz 2009).

Die Bildung von Allianzen mit Politikern und Bürgern hat innerhalb von ver.di, häufig im Rahmen von Organizing-Kampagnen, wie beispielsweise im

Einzelhandel, Verbreitung gefunden. Im Bereich der Krankenhäuser wurde eine ähnliche Kampagne, an der sich lokale Politiker, Kulturschaffende und andere engagierte Bürgerinnen beteiligen, an der Berliner Charité initiiert (Interview 06). Durch die Mobilisierung der Pflegekräfte zu einer Unterschriftenaktion versucht ver.di, auf die lokalen politischen Entscheidungsträger Einfluss zu nehmen. Eine wichtige Forderung von ver.di ist eine Vereinbarung zur Personalbemessung für Ärzte und Pflegekräfte auf der Grundlage eines Tarifvertrags. Die durch den Kostendruck entstandene Intensivierung der Pflegearbeit in den Krankenhäusern ist zu einem wichtigen Kampagnen-Thema von ver.di geworden. Die Gewerkschaft kooperiert dabei auch mit zivilgesellschaftlichen Bündnissen, die innovative Formen von Protestaktionen durchführen. So finden beispielsweise in mehreren deutschen Städten regelmäßig »Flash-Mobs« von Krankenhausbeschäftigten statt. Die Arbeitnehmer legen sich in Dienstkleidung in Fußgängerzonen auf die Straße, um dem Namen des Bündnisses »Pfleger am Boden« Ausdruck zu verleihen. Den Interviewaussagen zufolge findet das Thema bei den Passanten viel Anklang und trifft auf breites Verständnis bei den Bürgern. Neben zivilgesellschaftlichen und politischen Akteuren arbeitet ver.di auch mit Wissenschaftlerinnen zusammen, die für ver.di Gutachten und Studien zum Thema Arbeitsverdichtung und Personalbemessung verfassen (Interview 07).

Kampagnen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen haben starke Öffentlichkeitswirksamkeit, wenn sie mit dem Thema Patientensicherheit verknüpft werden, allerdings sind diese Kampagnen sehr ressourcenintensiv (Interview 01). Eine wichtige bundesweite Kampagne von ver.di (»Der Deckel muss weg«) entstand 2008 mit der Forderung nach der Änderung der gesetzlichen Regelungen zur Krankenausfinanzierung. Die Kampagne wurde in Krankenhäusern aller Trägerschaften umgesetzt (Interview 03). Dabei kam es zu einigen innovativen Aktionen der Gewerkschaft. Beispielsweise nahmen Mitglieder des Bundestages und des Landtages als Praktikanten in Krankenhäusern an Protestaktionen teil, oder es wurde ein »Bettenstau« auf Kreuzungen aufgebaut, eine gemeinsame Unterschriftensammlung mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) organisiert oder mit einigen Arbeitgeberverbänden ein Bündnis zur »Rettung der Krankenhäuser« gegründet (ver.di 2011a, S. 13). Im September 2008 organisierte ver.di im Rahmen der Kampagne die bisher größte Demonstrationsveranstaltung im Gesundheitssektor. Die bundesweite Kampagne war – begrenzt – erfolgreich. Ende 2008 wurde ein Gesetz zur Reform der Krankenhausfinanzierung verabschiedet, das die prekäre finanzielle Lage der Krankenhäuser – zumindest kurzfristig – abmilderte. Eine weitere, aktuel-

le bundesweite Kampagne (»Der Druck muss raus«) fordert eine Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz und der finanziellen Ausstattung von Krankenhäusern sowie eine gesetzliche Personalbemessungsgrundlage, die eine Entlastung des Pflegepersonals vor dem Hintergrund massiven Personalabbaus sicherstellen würde. Die noch immer laufende Kampagne hat derzeit wieder an Dynamik gewonnen und wurde mit dem Lobbying für eine gesetzliche Regulierung der Personalbemessung verknüpft. Die ver.di-Initiative hat dazu geführt, dass das Thema nach der deutschen Bundestagswahl in den Koalitionsvertrag aufgenommen wurde (Interview 07).

6.3 Gewerkschaftliche Reaktionen am Beispiel der bedingungsgebundenen Tarifarbeit

Der Aufbau gewerkschaftlicher Gegenmacht gegen Prozesse der Ökonomisierung hängt von deren Machtressourcen sowie deren Handlungsfähigkeit und -bereitschaft ab. Die Erosion der Tarifverträge im Krankenhaussektor, die Tariffucht vieler Arbeitgeber sowie Managementpraktiken wie Outsourcing und der Unterschreitung tariflicher Normen haben die institutionelle Macht der Gewerkschaften reduziert. Unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen in den Arbeitsbeziehungen des deutschen Gesundheits- und Krankenhaussektors gehen wir aber davon aus, dass den Gewerkschaften weiterhin institutionelle Ressourcen zur Verfügung stehen. Institutionen wie der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst beispielsweise finden nach wie vor in der großen Mehrheit der öffentlich betriebenen Krankenhäuser Anwendung (s. [Abschnitt 3.1](#)). Deshalb nehmen wir sowohl gewerkschaftliche Revitalisierungsstrategien, die auf eine Stärkung der Organisationsmacht und der Mobilisierungs- und Kampagnenfähigkeit abzielen, sowie tarifpolitische Strategien, etwa die Durchsetzung des Branchentarifs bzw. der Standards des TVöD und die »Tarifizierung« von Häusern, in denen keine oder stark fragmentierte Tarifverträge gelten, in den Blick.

Die Grundvoraussetzung für die gewerkschaftliche Mobilisierung in industriellen Konflikten sind »streikfähige Belegschaften« in den Krankenhäusern. Durch verschiedene, teilweise innovative Ansätze war ver.di im letzten Jahrzehnt immer wieder beim Aufbau starker und kampffähiger Belegschaften erfolgreich. Ein neuer Ansatz, der von ver.di entwickelt wurde, ist die sog. »bedingungsgebundene Tarifarbeit«, die die Stärkung der Organisationsmacht mit der tarifpolitischen Verhandlungsfähigkeit verknüpft. Der Ansatz basiert auf zwei

Grundannahmen: Zum einen sollen die von den Beschäftigten tatsächlich als wichtig erachteten Themen von den Gewerkschaftsfunktionären erkannt und in die Tarifforderungen integriert werden, zum anderen sollen Tarifverhandlungen mit der Arbeitgeberseite nur unter der Bedingung existierender gewerkschaftlicher Organisationsmacht aufgenommen werden (Dilcher/Gröschl-Bahr 2013; Wiedemuth 2013). Die Einbindung der Akteure der betrieblichen Ebene ist dabei entscheidend, sie sind es, die die drängendsten Anliegen der Beschäftigten ermitteln, im Betrieb artikulieren und zur Mobilisierung und Mitgliederwerbung nutzen. Von entscheidender Bedeutung ist die Vermittlung, dass nur eine geeinte und durchsetzungsstarke Belegschaft in der Lage ist, diese Themen in Tarifverhandlungen zu adressieren und durchzusetzen (Dilcher/Gröschl-Bahr 2013; Interview 07). Damit verknüpft der Ansatz der bedingungsgebundenen Tarifarbeit zwei auf die gewerkschaftliche Erneuerung abzielende Dimensionen: Erstens sollen die Mitglieder am Tariffindungsprozess beteiligt werden, und zweitens sollen während der Tarifverhandlungsrunden neue Mitglieder geworben werden (Wiedemuth 2013, S. 278). Ein wichtiges Anliegen der bedingungsgebundenen Tarifarbeit ist, dass die Beschäftigten selbst in die Lage versetzt werden, tarifpolitisch aktiv zu werden. Sie sollen im Betrieb selbst ihre Interessen organisieren, artikulieren und auf dieser Grundlage Tarifverhandlungen mit dem Management aufnehmen. Wichtig dafür sind Transparenz und die Argumentation auf der Grundlage von Zahlen, Daten und Fakten, die es z. B. erlauben, Gehaltsvergleiche innerhalb von Konzernen und zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Häusern anzustellen (Interviews 04, 07). Im Gegensatz zu den meistens hauptamtlichen Organizationalisten, die häufig in einen ihnen unbekanntem Betrieb kommen, um für eine bestimmte Dauer und unabhängig davon, ob sich Erfolge einstellen oder nicht, die Beschäftigten zu mobilisieren, sieht der Ansatz der bedingungsgebundenen Tarifarbeit einen Rückzug der gewerkschaftlichen Funktionäre vor, wenn die Belegschaften kein Interesse an einer Mobilisierung haben bzw. keine eigenen Anstrengungen zur Stärkung der Organisationsmacht unternehmen (Interview 04). Stattdessen können die Funktionäre ihre Erfahrungen und ihr Engagement in einem anderen Betrieb aufs Neue einsetzen und somit deutlich flexibler, ressourcenschonender und erfolgsorientierter vorgehen.

Der Ansatz der bedingungsgebundenen Tarifarbeit hat in den letzten Jahren innerhalb von ver.di weite Verbreitung gefunden; im Bereich der Haus- und Konzerntarifvertragspolitik wird er als eine »evaluierte« Strategie bezeichnet (Interview 05). Vor allem in dem von tariflichen Erosionsprozessen gekennzeich-

neten Gesundheitssektor hat sich der Ansatz als erfolgreich beim Abschluss von Haustarifverträgen in Krankenhäusern gezeigt, in denen bisher keine Tarifverträge galten oder stark fragmentierte tarifliche Regelwerke, die vom Tarifstandard des öffentlichen Dienstes stark abweichen (Interview 07). Ein Beispiel, in dem der Ansatz der bedingungsgebundenen Tarifarbeit erfolgreich angewandt wurde, ist die Rhön-Klinikum AG, in der Haustarifverträge galten, die ein niedrigeres Tarifniveau als im öffentlichen Dienst vorsahen. Durch die fortgesetzten Bemühungen der Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsvertreter gelang es, eine Annäherung an die Tarifstandards des öffentlichen Sektors zu erreichen und »Tausende Mitglieder zu gewinnen« (Interview 04). Durch die Umsetzung einer längerfristigen und schrittweisen Strategie der Mitgliedergewinnung war ver.di im privaten Gesundheitskonzern Damp in der Lage, einen für die Belegschaft vorteilhaften Tarifvertrag abzuschließen, der Signalwirkung auch in anderen Konzernbetrieben hatte und als Anreiz für die Mobilisierung der Belegschaften dieser Standorte diente. So konnten über die Jahre Organisationsgrade von 80 bis 90 Prozent im Pflegebereich und 60 bis 70 Prozent in den Servicebetrieben erreicht werden (Interview 01). Auch als Damp 2012 vom Krankenhauskonzern Helios übernommen wurde, gelang es, durch die Mobilisierung der Gewerkschaftsmitglieder vergleichsweise hohe Tarifstandards zu sichern. Zu längeren Streiks, die zur Aufnahme von Tarifverhandlungen führten, kam es in jüngster Zeit auch beim privaten Klinikkonzern Ameos (Interview 07). Als schwieriger erweist sich die Umsetzung des Ansatzes der bedingungsgebundenen Tarifarbeit in den gewerkschaftlich schwach organisierten kirchlichen Krankenhäusern. In den kirchlichen Einrichtungen, in denen man sich zu lange auf die Übernahme des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst verlassen hat, fehlt eine »Streikkultur« weitgehend (Interview 03). Ziele sind laut ver.di der Aufbau aktiver Gewerkschaftsgruppen und das Schaffen einer »kollektiven Erfahrung von Gewerkschaftsarbeit« in den Diakonie- und Caritas-Einrichtungen (Interview 03). In der Vergangenheit hatte ver.di auch einige Erfolge mit einem 2009 begonnenen Projekt zur Organisierung von Beschäftigten in Servicegesellschaften zu verzeichnen, in denen der Ansatz der bedingungsgebundenen Tarifarbeit zum Einsatz kam (ver.di 2011a). Voraussetzung dafür war eine Einigung mit anderen DGB-Gewerkschaften wie der IG BAU und der NGG, die eine Vertretung der Beschäftigten für sich in Anspruch nehmen wollten (Interview 04). Die Lösung der gewerkschaftlichen Abgrenzungskonflikte sah vor, dass ver.di die Organisationshoheit in krankenhauseigenen Servicegesellschaften hat (oder in solchen, die ihre Dienstleistungen hauptsächlich für Krankenhäuser erbringen), während

die anderen Gewerkschaften für nicht bzw. nicht vorwiegend krankenhausbezogene Dienstleistungsbetriebe zuständig sind. In einer Servicegesellschaft des Helios-Konzerns beispielsweise gelang es ver.di, einen hohen Anteil der Mitarbeiter gewerkschaftlich zu organisieren und »streikfähig« zu machen (Interviews 01, 04).

Durch innovative Ansätze wie die bedingungsgebundene Tarifarbeit ist es deutschen Gewerkschaften wie ver.di und der IG Metall gelungen, ihren Mitgliederrückgang zu stoppen bzw. neue Mitglieder zu gewinnen. Der Ansatz erscheint vor allem im Kontext der deutschen Arbeitsbeziehungen effektiv, da er sowohl die Organisations- als auch die Tarifverhandlungsmacht der Gewerkschaften stärkt. Die hier beschriebenen Beispiele verdeutlichen jedoch, dass der Aufbau von Gegenmacht gegen die Ökonomisierung des Krankenhausesektors auch eine breite Unterstützung von Politikerinnen und Bürgern erfordert. Die jüngste Finanz- und Fiskalkrise hat in Europa, zumindest in Teilbereichen, zu einer Delegitimierung der Privatisierungs- und Liberalisierungsideologie beigetragen, die arbeitnehmerseitige Gegenbewegungen stärken könnte.

Literatur

- Afentakis, A./Böhm, K. 2009: Beschäftigte im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46. Internet: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Beschaeftigte.pdf?__blob=publicationFile [zuletzt aufgesucht am 28.05.2015]
- Aiken, L. H./Buchan, J./Sochalski, J./Nichols, B./Powell, M. 2004: Trends in International Nurse Migration. In: Health Affairs, Jg. 23 (2004), H. 3, S. 69–77
- Anschütz, W. 2009: Patient Elblandkliniken (Sachsen) – erfolgreiches Bürgerbegehren verhindert 2006 mehrheitlichen Verkauf. In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, S. 245–253
- Asklepios 2015: Asklepios. Internet: www.asklepios.com/ [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- AWO 2015: Die AWO in Zahlen. Internet: <https://www.awo.org/wir-ueber-uns/zahlen-und-fakten/> [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- Bach, S. 2010: Managed migration? Nurse recruitment and consequences of state policy. In: Industrial Relations Journal, Jg. 41 (2010), H. 3, S. 249–266
- Bach, S./Kessler, I./Heron, P. 2008: Role design in a modernised NHS: the case of health care assistants. In: Human Resource Management Journal, Jg. 18 (2008), H. 2, S. 171–187
- BAG 2013: Bundesarbeitsgericht – Beschluss vom 11.6.2013, 1 ABR 33/12. Internet: http://juris.bundesarbeitsgericht.de/zweitesformat/bag/2015/2015-01-22/1_ABR_33-12.pdf. [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- Beese, B./Vogel, S. 2009: Representativeness of the European social partner organisations: Hospitals – Germany. EurWORK. European Observatory of Working Life. Internet: www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn0802017s/de0802019q.htm [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]

- Bernhard, S./Münch, R. 2011: Die Hegemonie des Neoliberalismus. Ein gesellschaftstheoretischer Erklärungsansatz. In: *Sociologia Internationalis*, Jg. 49 (2011), H. 2, S. 165–197
- BIS 2014: Trade Union Membership 2013: Statistical Bulletin, Department for Business, Innovation and Skills. Internet: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/313768/bis-14-p77-trade-union-membership-statistical-bulletin-2013.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Bispinck, R./Bahn Müller, R. 2007: Abschied vom Flächentarifvertrag? Der Umbruch in der deutschen Tariflandschaft und seine Konsequenzen für eine betriebsorientierte Tarifpolitik. In: Bispinck, R. (Hg.): *Wohin treibt das Tarifsysteem?* Hamburg, S. 9–28
- Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M./Steffen, P. 2013: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2013. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf. Internet: www.dkgev.de/media/file/16291.Umfrage_2013.pdf [zuletzt aufgesucht am 17.03.2015]
- Blum, K./Offermanns, M./Perner, P. 2007: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf. Internet: www.dkgev.de/media/file/3889.KH-Barometer-2007_gesamt.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- BMA 2013: BMA Briefing. Lords Debate on Motion to Annul Section 75 Regulations 24 April 2013. Internet: www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/working%20for%20change/shaping%20healthcare/competition%20and%20choice/section75briefinglordsdebateapril2013.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- BMA 2014: BMA Annual Report – Financial Statements for the year ended 31 December 2013. London
- Böhlke, N./Schulten, T. 2008: Unter Privatisierungsdruck. In: *Mitbestimmung* (2008), H. 6, S. 24–27
- Bonin, H./Braeseke, G./Ganserer, A. 2015: Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Internet: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf [zuletzt aufgesucht am 07.07.2015]
- Bourdieu, P. 1985: Sozialer Raum und Klassen. *Leçon sur la leçon*. Frankfurt a. M.
- Boyle, S. 2011: United Kingdom (England). Health System Review. In: *Health Systems in Transition*, Jg. 13 (2011), H. 1, S. 1–486
- BPA 2015: Über uns. Internet: www.bpa.de/Der-bpa.40.0.html [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]

- Brandt, T./Schulten, T. 2007: Liberalisation and privatisation of public services and the impact on labour relations: A comparative view from six countries in the postal, hospital, local public transport and electricity sectors. Internet: www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_028478_Del8.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Brandt, T./Schulten, T. 2008: The impact of liberalisation and privatisation on labour relations. Internet: http://pique.at/reports/pubs/PIQUE_PP2_15_10_2008.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Brownlie, N. 2012: Trade Union Membership 2011. Department for Business, Innovation and Skills. Internet: www.bis.gov.uk/assets/biscore/employment-matters/docs/t/12-p77-trade-union-membership-2011.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Buchan, J. 2007: International Recruitment of Nurses: Policy and Practice in the United Kingdom. In: HRS: Health Services Research, Jg. 42 (2007), H. 3, Teil II, S. 1321–1335
- Buchan, J./Seccombe, I. 2011: A decisive decade. The UK nursing labour market review 2011. Internet: https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/405483/LMR2011_FINAL.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Bundesministerium des Innern 2011: Verfassungsschutzbericht. Berlin
- Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015: Anerkennung in Deutschland. Statistik zum Bundesgesetz. Internet: www.erkennung-in-deutschland.de/html/de/statistik_zum_bundesgesetz.php [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]
- Bundesministerium für Gesundheit 2015: Krankenhausfinanzierung. Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen. Internet: www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhausfinanzierung.html [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]
- Busse, R./Riesberg, A. 2005: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik
- dbb 2015: Der dbb. Internet: www.dbb.de/ueber-uns.html [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]
- DBfK 2015: Aktionsprogramm 2020. Stark für die Pflege. Internet: www.dbfk.de/de/presse/allgemeine-presseinformationen/DBfK_BV_Aktionsprogramm2020_100909.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- DBR 2015: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. Internet: www.bildungsrat-pflege.de [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]
- Department of Health 2005: A short Guide to NHS Foundation Trusts. London

- DHV 2015: DHV – Die Berufsgewerkschaft. Wir über uns. Internet: www.dhv-cgb.de/ [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]
- Dilcher, O./Gröschl-Bahr, G. 2013: Bedingungsgebundene Tarifarbeit. In: Kocsis, A./Sterkel, G./Wiedemuth, J. (Hg.): Organisieren am Konflikt. Tarifauseinandersetzungen und Mitgliederentwicklung im Dienstleistungssektor. Hamburg, S. 50–64
- Dribbusch, H./Schulten, T. 2007: The End of an Era: Structural Changes in German Public Sector Collective Bargaining. In: Leisink, P./Steijn, B./Veersma, U. (Hg.): Industrial Relations in the New Europe. Cheltenham, S. 155–176
- Esping-Andersen, G. 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge
- Eurofound 2006: Employment in Social Care in Europe. Internet: http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Eurofound 2011: Employment and industrial relations in the health care sector. Internet: www.eurofound.europa.eu/docs/eiro/tn1008022s/tn1008022s.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Flecker, J./Hermann, C./Verhoest, K./Van Gyes, G./Vael, T./Vandekerckhove, S./Jefferys, S./Pond, R./Kilicaslan, Y./Tasiran, A.C./Kozek, W./Radzka, B./Brandt, T./Schulten, T. 2009: Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE). Summary Report. Internet: www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_SummaryReport_Download_May2009.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Fulton, L. 2013: Worker Representation in Europe. Internet: www.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/United-Kingdom [zuletzt aufgesucht am 02.07.2015]
- 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: Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden, S. 35–69
- GKV-Spitzenverband 2015a: Alle gesetzlichen Krankenkassen. Internet: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp#lightbox [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]

- GKV-Spitzenverband 2015b: Die gesetzliche Krankenversicherung. Internet: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp [zuletzt aufgesucht am 17.3.2015]
- Glassner, V. 2010: The public sector in the crisis. Working Paper 2010.07. European Trade Union Institute. Brüssel
- Greer, I. 2008a: Social Movement Unionism and Social Partnership in Germany: The Case of Hamburg's Hospitals. In: *Industrial Relations*, Jg. 47 (2008), H. 4, S. 602–624
- Greer, I. 2008b: Von sozialen Bewegungen lernen: Ein Impuls für deutsche Gewerkschaften. In: *WSI-Mitteilungen* (2008), H. 4, S. 1–8
- Greer, I./Schulten, T./Böhlke, N. 2013: How Does Market Making Affect Industrial Relations? Evidence from Eight German Hospitals. In: *British Journal of Industrial Relations*, Jg. 51 (2013), H. 2, S. 215–239
- 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. In: *Industrial Relations Journal*, Jg. 38 (2007), H. 6, S. 591–613
- Gröschl-Bahr, G./Stumpfögger, N. 2008: Krankenhäuser. In: Brandt, T./Schulten, T./Sterkel, G./Wiedemuth, J. (Hg.): *Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik*. Hamburg, S. 165–180
- Halbwachs, M. 1985: *Das Gedächtnis und seine sozialen Bedingungen*. Berlin
- Hall, P./Soskice, D. 2001: *Varieties of Capitalism. The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. Oxford
- Hardy, J./Eldring, L./Schulten, T. 2012: Trade union responses to migrant workers from the ›new Europe‹: A three sector comparison in the UK, Norway and Germany. In: *European Journal of Industrial Relations*, Jg. 18 (2012), H. 4, S. 347–363
- Hardy, J./Calvey, M./Shellay, S./Zahn, R. 2012: Opportunities and Challenges related to Cross Border Mobility and Recruitment of the Health Sector Workforce. Study and Report commissioned by EPSU. Internet: www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU-Report-Migration-Health-Workers-Final-Version_Appendices-EN.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Hassel, A. 1999: The Erosion of the German System of Industrial Relations. In: *British Journal of Industrial Relations*, Jg. 37 (1999), H. 3, S. 483–505
- Helios AG 2015: Helios Kliniken. Internet: <https://www.helios-kliniken.de/> [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]

- Hermann, C./Hinrichs, K. 2012: Die Finanzkrise und ihre Auswirkungen auf Sozialstaaten und Arbeitsbeziehungen – ein europäischer Rundblick. Wien
- Hermann, C./Verhoest, K. 2012: The Process of Liberalisation, Privatisation and Marketisation. In: Hermann, C./Flecker, J. (Hg.): Privatization of Public Services. Impacts for Employment, Working Conditions, and Service Quality in Europe. New York, S. 6–32
- Keller, B. 2007: Wandel der Arbeitsbeziehungen im öffentlichen Dienst: Entwicklungen und Perspektiven. In: Die Verwaltung. Zeitschrift für Verwaltungsrecht und Verwaltungswissenschaften, Jg. 40 (2007), H. 2, S. 173–202
- Keller, B. 2010: Arbeitspolitik im öffentlichen Dienst. Ein Überblick über Arbeitsmärkte und Arbeitsbeziehungen. Berlin
- KKVD 2015: Unser Auftrag. Internet: www.kkvd.de/70419.html [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]
- Klöpper, A. 2011: Verbreitung, Einsatzformen und Gestaltungsmöglichkeiten von Leiharbeit in der stationären Pflege. Bericht zum Forschungsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen. (Hg. von der Arbeitnehmerkammer Bremen.) Bremen
- KPMG 2014: Das deutsche Gesundheitssystem – Qualität und Effizienz. Internet: www.kpmg.com/DE/de/Documents/deutsche-gesundheitssystem-qualitaet-effizienz-2014-kpmg-compressed.pdf [zuletzt aufgesucht am 19.03.2015]
- 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. In: Social Science & Medicine, Jg. 124 (2015), S. 215–223
- Kraemer, B. 2011: Germany: Industrial Relations in the Health Care Sector. EUROWORK. European Observatory of Working Life. Internet: www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1008022s/de1008029q.htm [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Kühn, H./Klinke, S. 2006: Krankenhaus im Wandel. Zeit- und Kostendruck beeinflussen die Kultur des Heilens. In: WZB-Mitteilungen (2006), H. 113, S. 6–9
- Lamping, W./Tamm, I. 1994: Die Grundlegung der Krankenversicherung in Deutschland und England: Analyse ihrer Genese, Funktion und politischen Ausgestaltung. In: Blanke, B. (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen, S. 111–148
- Lührs, H. 2008: Arbeit in der Kirche. Analyse einer bundesweiten Befragung von Beschäftigten in den beiden großen Kirchen und ihren Wohlfahrtsver-

- bänden Diakonie und Caritas. WIP (Wirtschaft und Politik), Working Paper Nr. 41 – 2008. Internet: https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/47589/pdf/Luehrs_Arbeit_in_der_Kirche.pdf?sequence=1&isAllowed=y [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Marburger Bund 2015: Der Marburger Bund. Internet: www.marburger-bund.de/der-marburger-bund [zuletzt aufgesucht am 22.10.2015]
- Marrs, K. 2007: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: WSI-Mitteilungen (2007), H. 9, S. 502–507
- Meardi, G. 2012: Social Failures of EU Enlargement. A Case of Workers Voting with their Feet. New York
- Meerabeau, E. 2001: Back to the bedpans: the debates over preregistration nursing education in England. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 34 (2001), H. 4, S. 427–435
- Monitor 2014: Annual Report and Accounts 2013/14. Internet: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/329952/Monitor_-_annual_report_and_accounts_2013-14.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Mosebach, K. 2009a: Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and Managed Care under Neoliberal Conditions. In: German Policy Studies, Jg. 5 (2009), H. 1, S. 65–98
- Mosebach, K. 2009b: Zwischen Konvergenz und Divergenz: Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozesse in europäischen Krankenhaussystemen. In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, S. 43–65
- Newell, H. 2009: Representativeness of the European social partner organizations: Hospitals – United Kingdom. EurWORK. European Observatory of Working Life. Internet: www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn0802017s/uk0802019q.htm [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- NHS 2015a: The NHS in England. The NHS structure explained. Internet: www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- NHS 2015b: The NHS in England. About the National Health Service (NHS). Internet: www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]

- NHS England 2014: Understanding The New NHS. Internet: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Ognyanova, D./Busse, R. 2011: A destination and a source: Germany manages regional health workforce disparities with foreign medical doctors. In: Wismar, M./Meier, C./Glinos, I./Dussault, G./Figueras, J. (Hg.): Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries. Kopenhagen, S. 211–242
- PflegeWiki 2015: Mindestarbeitsbedingungen in der Pflegebranche. Internet: www.pflegewiki.de/wiki/Mindestarbeitsbedingungen_in_der_Pflegebranche [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Pillinger, J. 2010: Pay and the gender wage gap in health and social care. Report of EPSU Study on pay in the care sector in relation to overall pay levels and the gender pay gap in different countries in the European Union. Internet: www.epsu.org/IMG/pdf/FINAL_REPORT_ON_PAY_IN_HEALTH_AND_SOCIAL_CARE.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Pond, R. 2006: Liberalisation, privatisation and regulation in the UK healthcare sector/hospitals. Country report on liberalisation and privatisation processes and forms of regulation. Internet: www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Health_UK_November2006.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Prosser, T. 2011: UK: Industrial Relations in the Health Care Sector. EurWORK. European Observatory of Working Life. Internet: www.eurofound.europa.eu/euro/studies/tn1008022s/uk1008029q.htm [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- RCN 2014: An uncertain future. The UK nursing labour market review 2014. Internet: www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/597713/004_740.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- RCN 2015a: Runaway agency spending. Internet: www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/608684/FF-report-Agency-spending_final_2.pdf [zuletzt aufgesucht am 28.05.2015]
- RCN 2015b: Working for the RCN. Internet: www.rcn.org.uk/aboutus/working_for_the_rcn [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- Rhön-Klinikum AG 2015: Rhön-Klinikum Aktiengesellschaft. Internet: www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/index.html [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- Ries-Heidtke, K./Böhlke, N. 2009: Vom LBK Hamburg zur Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker,

- R./Schulten, T. (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, S. 127–140
- Sana Kliniken AG 2015: Sana Kliniken AG. Internet: www.sana.de/home.html?no_cache=1 [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- Schulten, T. 2006: Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Country reports on liberalisation and privatisation processes and forms of regulation. Internet: www.boeckler.de/pdf/wsi_pj_piq_sekkkrankh.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Schulten, T./Böhlke, N. 2009: Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkung auf Beschäftigte und Patienten. In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, S. 97–123
- Schulten, T./Brandt, T./Hermann, C. 2008: Liberalisation and privatisation of public services and strategic options for European trade unions. In: Transfer: European Review of Labour and Research, Jg. 14 (2008), H. 2, S. 295–311
- Seifert, H./Massa-Wirth, H. 2005: Pacts for employment and competitiveness in Germany. In: Industrial Relations Journal, Jg. 36 (2005), H. 3, S. 217–240
- Simon, M. 2012: Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover
- Statistisches Bundesamt 2008: Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt 2014a: 5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen im Jahr 2012. Pressemitteilung Nr. 075 vom 5.3.2014. Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/03/PD14_075_23621.html;jsessionid=ACDD4CB5D447E25E0028E9127FAC254.cae1 [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Statistisches Bundesamt 2014b: Gesundheitsausgaben 2012 übersteigen 300 Milliarden Euro. Pressemitteilung Nr. 126 vom 7.4.2014. Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/04/PD14_126_23611.html [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Statistisches Bundesamt 2014c: Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt 2014d: Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser 2013. Fachserie 12, Reihe 6.3. Wiesbaden

- Streeck, W. 1997: German Capitalism: Does it Exist? Can it Survive? In: Crouch, C./Streeck, W. (Hg.): Political Economy of Modern Capitalism: Mapping Convergence and Diversity. London, S. 33–54
- Streeck, W. 2010: Re-Forming Capitalism: Institutional Change in the German Political Economy. Oxford
- Stumpfögger, N. 2009: Wenn die Gründerzeit zu Ende geht. In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, S. 199–219
- Thelen, K. 2014: Varieties of Liberalization. The New Politics of Social Solidarity. New York
- UK Government 2012: The Health and Social Care Act 2012. Internet: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138257/A1-Factsheet-Overview-240412.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- Unite 2013: Unite guide to Privatisation of the NHS England. Internet: www.unitetheunion.org/uploaded/documents/GuideToNHSPrivatisation11-10734.pdf [zuletzt aufgesucht am 28.05.2015]
- VdDD 2015: Mitglieder. Internet: www.v3d.de/Mitglieder.14.0.html [zuletzt aufgesucht am 27.05.2015]
- ver.di 2011a: Viel bewegt! Geschäftsbericht Fachbereich 3. 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2010. Berlin
- ver.di 2011b: ver.di-Positionspapier: Streikrecht ist Grundrecht. Wettbewerb und Arbeitnehmerrechte bei Caritas und Diakonie. Berlin
- ver.di 2014: Auf einem guten Weg. Erstmals Mitgliederzuwachs bei ver.di. Internet: <https://www.verdi.de/themen/nachrichten/++co++66487530-792f-11e3-b19b-52540059119e> [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]
- WHO 2015: Health Workforce. Internet: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/NursingMidwiferyDensity/atlas.html [zuletzt aufgesucht am 19.03.2015]
- Wiedemuth, J. 2013: Mitgliederorientierte Tarifpolitik und Mitgliedergewinnung. Szenarien entlang einer Tarifrunde. In: Kocsis, A./Sterkel, G./Wiedemuth, J. (Hg.): Organisieren am Konflikt. Tarifaueinandersetzungen und Mitgliederentwicklung im Dienstleistungssektor. Hamburg, S. 277–293
- WSI Tarifarchiv 2015: Statistisches Taschenbuch. Tarifpolitik 2015. Internet: www.boeckler.de/pdf/p_ta_tarifaschenbuch_2015.pdf [zuletzt aufgesucht am 30.06.2015]

Interviewübersicht

Nr.	Datum	Funktion anonymisiert
01	29.05.2013	ver.di-Bundesverwaltung
02	29.05.2013	ver.di-Bundesverwaltung
03	11.06.2013	ver.di-Bundesverwaltung
04	29.10.2014	ver.di-Bundesverwaltung
05	04.11.2014	ver.di-Bundesverwaltung
06	05.11.2014	ver.di-Landesbezirk NRW
07	19.11.2014	ver.di-Bundesverwaltung
08	07.12.2014	ver.di-Bundesverwaltung
09	16.10.2014	RCN nationale Ebene
10	20.10.2014	Unite nationale Ebene
11	10.11.2014	Unison nationale Ebene
12	11.11.2014	RCN nationale Ebene
13	11.11.2014	RCN nationale Ebene
14	12.11.2014	Unite nationale Ebene
15	12.11.2014	Unite nationale Ebene
16	19.12.2014	Unison nationale Ebene

Autorinnen

Dittmar, Nele, Dipl.-Sozialwiss., ist Mitarbeiterin im DFG-Projekt »Arbeitsbeziehungen in Europa« und Dissertantin an der Abteilung für Wirtschafts- und Organisationssoziologie der Johannes Kepler Universität Linz. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Industrielle Beziehungen und die Europäisierung und Transnationalisierung von Gewerkschaften.

Glassner, Vera, Dr., ist Forscherin an der Abteilung für Wirtschafts- und Organisationssoziologie des Instituts für Soziologie an der Johannes Kepler Universität Linz. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Europäisierung der Arbeitsbeziehungen.

Pernicka, Susanne, Univ.-Prof. Dr., ist Professorin für Wirtschafts- und Organisationssoziologie an der Johannes Kepler Universität Linz. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Arbeitsbeziehungen im internationalen Vergleich und in transnationaler Perspektive, Europasozioogie, neue Kontrollformen der Arbeit sowie neo-institutionalistische und sozialtheoretische Feldtheorien.