Tarifpolitik im weißen Kittel

Matthias Möhring-Hesse

Erfolge und Defizite exklusiver Solidarität[1]

Die Krankenhausärzte haben im vergangenen Jahr Solidarität und Kampfeseinsatz gezeigt – und sich in einem Arbeitskampf gegenüber Kommunen und Ländern durchsetzen können. Damit haben sie den Nutzen von Solidarität bestätigt – und dies auf dem Feld der Tarifpolitik, deren Nutzen heutzutage häufig bestritten wird. Dass den Ärzten Solidarität jedoch nur auf dem Weg der Absonderung möglich war, wird man gegenüber denen nicht rechtfertigen können, die sie aus ihrer Solidarität ausgeschlossen haben. Der Ärztestreik leitet wahrscheinlich nicht die Zukunft einer nach Berufsgruppen gespaltenen Tarifpolitik ein. Allerdings werden die Gewerkschaften zukünftig stärker auf die Beschäftigtengruppen mit höheren Einkommen Rücksicht nehmen; das deutsche Tarifvertragssystem wird daher weniger als in der Vergangenheit für ein ausgeglichenes Einkommensgefälle sorgen.

„Unser Lohn ist Hohn", empörte sich ein Krankenhausarzt auf seinem Transparent. Mit ihm gingen im vergangenen Jahr die im Marburger Bund organisierten Klinikärzte auf die Straßen dieser Republik – und traten für höhere Gehälter und bessere Arbeitsbedingungen in den Streik. Wenn man den Medienberichten Glauben schenken mag, haben sie mit ihrem Ausstand öffentliche Zustimmung gefunden. Vereinzelt wurde zwar kritisiert, dass die Ärzte ihre Patienten im Stich gelassen hätten, dass Krankenhäuser geräumt und Operationen verschoben werden mussten. Doch allgemein blieb die Stimmung bis zum erfolgreichen Tarifabschluss für die streikenden Ärzte wohlwollend – und war damit weitaus besser, als wenige Monate zuvor, als Müllfahrer und Kindergärtnerinnen in Stuttgart und anderen Städten in den Ausstand traten. Wurde deren Streik gegen Arbeitszeitverlängerung ohne „Lohnausgleich" häufig als überzogen und überflüssig („Wegen 12 Minuten Mehrarbeit pro Tage streiken?") abgetan, hat man den Arbeitskampf der Klinikärzte für 30 Prozent mehr Gehalt allgemein als ein ernsthaftes Unternehmen akzeptiert.

Gleichwohl hatte ihr Arbeitskampf ein „Manko" – und hat dieses auch noch über den Tarifabschluss hinaus: Die Assistenz- und Oberärzte streikten ausschließlich für sich und ihre eigenen Interessen. Ihr Marburger Bund trennte sich unter der Leitung des Hamburger Oberarztes Frank Ulrich Montgomery, von der für den öffentlichen Dienst zuständigen Gewerkschaft ver.di, präsentierte sich als die einzige und einzig wahre Interessenvertretung angestellter Ärzte. Nach dieser Absonderung konnte der Bund seine Mitgliederzahl innerhalb weniger Monate verdoppeln und die alten und vielen neuen Mitglieder motivieren, für einen „ärztespezifischen" Tarifvertrag, die Einführung einer eigenen Gehaltsordnung für Ärzte, extrem hohe Gehaltssteigerungen und bessere Arbeitsbedingungen in den Ausstand zu treten.[2] Der Verdacht steht im Raum: Die Ärzte ließen es dabei an Solidarität mit ihren Kolleginnen und Kollegen missen. Unter den gegebenen Bedingungen begrenzter öffentlicher Ressourcen ging ihre „gruppenegoistische" Tarifpolitik zu Lasten all der anderen, mit denen sie in den Krankenhäusern zusammen arbeiten müssen.

Niemand „verdient", was er verdient

Es ging den streikenden Ärzten um bessere Arbeitsbedingungen und um höhere Gehälter, wobei sich diese zweite Forderung im Zuge des Streiks in den Vordergrund schob. Zu deren Rechtfertigung verwiesen sie auf ihre Verdienste, die sie Tag für Tag an Krankenbetten, in OP-Sälen und Ambulanzen erwerben: ihre Verantwor-

[1] Für ihre kritischen Kommentare dankt der Autor Andreas Koppenhagen, Essen, und Friedhelm Hengsbach SJ, Frankfurt/Main.

[2] Siehe: http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/mb-zeitung/mbz2006/mbz18-06/05.php.

tung für „Leben und Tod", ihr unermüdlicher Arbeitseinsatz „rund um die Uhr", ihr unermesslicher Beitrag für den Wohlstand im Lande. Sie beriefen sich damit auf eine der ältesten und bis heute gängigsten Begründungen für soziale Ungleichheiten, den Verdienst. Bereits die griechischen Philosophen Platon und Aristoteles hielten es für gerecht, wenn ein jeder entsprechend seiner Verdienste an den zu verteilenden Gütern Anteil erhält. War die verdienstethische Vorstellung in der Antike und im Mittelalter tugendethisch aufgeladen, wird sie in der Neuzeit – und bis heute – im Sinne von Leistungsgerechtigkeit gedeutet: Jeder und (später auch:) jede erhalte so viel vom gesellschaftlichen Reichtum, wie er oder sie zu dessen Erstellung beigetragen hat.

Zumindest wenn es um die Entlohnung von Erwerbsarbeit geht, verpufft diese altehrwürdige Gerechtigkeitsvorstellung allerdings. Um bestimmte Verhältnisse zwischen ungleichen Leistungen und ungleichen Einkommen ausweisen und darüber die Gerechtigkeit der Einkommen behaupten zu können, müsste man über einen vom Einkommen unabhängigen Maßstab zur Bewertung der Leistungen verfügen. Nur dann könnte man diese in Relation zu allen anderen Leistungen messen und diese Relationen in Verhältnisse zu unterschiedlich hohen Einkommen setzen. Ein solcher Maßstab steht aber nicht zur Verfügung, so dass unterschiedliche Leistungen von Erwerbstätigen nur über deren unterschiedliche Einkommen erhoben werden können. Die so bemessenen Leistungsunterschiede können nicht

Es gibt keinen leistungsgerechten Lohn

wiederum zur Rechtfertigung unterschiedlich hoher Einkommen herangezogen werden, zumindest wäre eine solche Rechtfertigung zirkulär und deswegen nicht überzeugend. Leistung ist daher kein möglicher Maßstab gerechter Entlohnung, so dass es einen leistungsgerechten Lohn prinzipiell nicht geben *kann*: Niemand, auch kein Arzt, verdient, was er bekommt, und keiner, auch kein Arzt, bekommt, was er verdient.[3]

Jedoch hat sich die Vorstellung von einer leistungsgerechten Entlohnung hartnäckig gehalten – und dies wohl vor allem deshalb, weil die Erwerbstätigen zumeist nach Tarif, also gemäß verbindlicher Preisvorgaben entlohnt werden. Tarife sehen von den individuellen Besonderheiten sowohl der Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeber ab und legen die von den ersten an die zweiten zu zahlenden Arbeitseinkommen durch allgemeine Regeln fest. Solche Regeln „sorgen" etwa dafür, dass Krankenschwestern mehr als Reinigungskräfte, jedoch weniger als Assistenzärzte und diese wiederum weniger als Oberärzte verdienen. Entsprechende Regelungen können – im Gegensatz zu den Arbeitsentgelten, die dadurch bestimmt werden, – darauf hin geprüft werden, ob sie die Zustimmung aller von ihnen Betroffenen finden und entsprechend gerechtfertigt werden können und in diesem Sinne gerecht sind. Über die Tarifierung von Löhnen und Gehältern zieht also die Gerechtigkeit in die Entlohnung der Erwerbsarbeit ein. Dass die zur Tarifierung notwendigen Regeln eine zumindest breite Zustimmung finden, dafür sind offenbar auch Vorstellungen der Leistungsgerechtigkeit ausschlaggebend. Damit sie aber tarifpolitisch wirksam werden können, müssen diese Vorstellungen in allgemeine, allerdings wenig valide und kulturell stark eingefärbte Annahmen übersetzt werden. Diese spiegeln identifizierbare Eigenschaften der Erwerbstätigen und ihrer Arbeit wider, etwa welche Positionen in der betrieblichen Hierarchie sie einnehmen, welche Bildungstitel und Ausbildungszertifikate sie vorzuweisen haben oder welche Anteile an den arbeitsteilig erstellten Produktionsergebnissen sie für sich beanspruchen. Ob ein bestimmtes Einkommen den Leistungen des Einkommensbeziehers entspricht und i. d. S. leistungsgerecht ist, lässt sich zwar auch über derart begründete Tarife nicht beurteilen. Immerhin können aber deren Regeln auf ihre Gerechtigkeit und dazu auch die Annahmen auf ihre Plausibilität hin geprüft werden. Wenn also Ärzte zur Verbesserung ihrer Gehälter auf ihre „Verdienste" pochen, dann lässt sich ihr Protest als Kritik am bestehenden Regelwerk auf der Grundlage überkommener Annahmen über den Wert gerade ihrer Leistungen deuten – und prüfen.

Tarifpolitik braucht Solidarität

Prinzipiell können Tarife auf unterschiedlichste Weise gesetzt, zum Beispiel vom Staat erlassen werden. In der Bundesrepublik wurde es grundsätzlich den beiden Arbeitsmarktparteien überlassen, entsprechende Regelwerke über ihre Interessenvertretungen, also Gewerkschaften auf der einen und Arbeitgeberverbände auf der anderen Seite, auszuhandeln und sie über Kollektivverträge in Kraft zu setzen (vgl. Blanke 2003). Unter dem Gerechtigkeitsaspekt spricht für dieses System, dass bereits das *Verfahren* eine gewisse Gewähr für die Gerechtigkeit der ausgehandelten Regelwerke bietet: Zumindest wenn die Verhandlungsmacht zwischen den Tarifparteien annähernd symmetrisch verteilt ist und wenn die

[3] Während die Leistungsgerechtigkeit von Arbeitsentgelten prinzipiell ausfällt, lässt sich deren Gerechtigkeit jedoch über den Bedarf der diese Entgelte beziehenden Erwerbstätigen beurteilen. Zumindest war es traditionelle Vorstellung der katholischen Soziallehre, dass die Erwerbstätigen mindestens Löhne und Gehälter beziehen sollen, von denen sie und die Ihren anständig leben können. Angesichts eines wachsenden Bereichs von niedrigentlohnter Erwerbsarbeit erfährt diese Vorstellung in der Forderung nach gesetzlichen Mindestlöhnen gegenwärtig und *zurecht* eine Renaissance.

Interessen aller Betroffenen einigermaßen vollständig zur Sprache kommen, darf unterstellt werden, dass die ausgehandelten Regelungen zum gegenseitigen Vorteil der Vertragspartner und der durch sie vertretenen Arbeitnehmer und Arbeitgeber sind.

Die Gerechtigkeitsgewähr beruht auf der Verhandlungsparität der Tarifparteien

Bei Verhandlungsparität zwischen den Tarifparteien besteht für die Ergebnisse ihrer Verhandlungen (1.) eine materielle Gewähr dafür, dass diese ihrer beider Interessen gerecht werden. Und in dem Maße, in dem sie die Interessen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber umfassend vertreten, erweitert sich (2.) diese Gewähr auf die Berücksichtigung der unterschiedlichen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberinteressen. Diese Gewähr wiederum begründet, analog zum Legitimationsprinzip privater Verträge zum gegenseitigen Vorteil freier Vertragsparteien, (3.) so etwas wie eine Gerechtigkeitsgewähr, zumindest bei den Fragen, die nicht moralische oder sittliche Gerechtigkeitsfragen, sondern Klugheitsabwägungen zum gegenseitigen Vorteil betreffen: Sofern die tarifvertraglichen Regelungen den Interessen aller Beteiligten gleichermaßen gerecht werden, können sie zumindest von ihnen und vor ihnen gerechtfertigt werden und deshalb auch zwischen ihnen als gerecht gelten. Eine solche Gerechtigkeitsgewähr ist so etwas wie eine verfahrensethisch begründete Vermutung – und damit weniger als eine erfolgreiche Rechtfertigung und der sich dadurch ergebende Gerechtigkeitserweis, aber mehr als die bloße „Normativität des Faktischen".

Das Tarifvertragssystem mit eingebauter Gerechtigkeitsgewähr stellt an die Tarifparteien hohe Anforderungen – und dabei vor allem die, in den jeweils eigenen Reihen Solidarität zu üben. Um gemeinsame Interessen zu entdecken und sie gegenüber dem Tarifpartner vertreten und durchsetzen zu können, müssen Arbeitnehmer wie Arbeitgeber ihre Konkurrenz untereinander außer Kraft setzen und sich gemein machen. Tarifpolitik bedarf also eines Minimums an Solidarität – zumindest auf Seiten der Arbeitnehmer, da diese gegebenfalls Tarifverträge mit nur einem Arbeitgeber, Arbeitgeber aber niemals derartige Verträge mit nur einem Arbeitnehmer abschließen können.

Von ihrer Solidarität profitieren die Arbeitnehmer, insofern sie ihre Interessen auf diesem Wege besser in ihre Arbeitsverträge einbringen können, als wenn sie deren Inhalt mit ihrem Arbeitgeber privat aushandeln müssten. Doch sind mit dieser Solidarität Kosten verbunden – und diese steigen mit der Höhe ihrer jeweiligen Einkommen: Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass das deutsche Tarifvertragssystem zu einem vergleichsweise flachen, wenngleich inzwischen ansteigenden Einkommensgefälle führt. Bezieher von niedrigeren Einkommen können also von der in der Bundesrepublik praktizierten Solidarität der Arbeitnehmer stärker profitieren als ihre Kollegen mit den höheren Einkommen. Ihre Tarife liegen tendenziell höher, als wenn sie auf einem anderen Wege als dem deutschen Tarifvertragssystem festgesetzt worden wären. Die Bezieher von höheren Einkommen dagegen können – zumal unter Bedingungen höherer volkswirtschaftlicher Vernetzung und damit bei Vergleich über Grenzen hinweg – ahnen, dass ihre in Solidarität mit den geringer entlohnten Kollegen ausgehandelten Tarife tendenziell unterhalb des Niveaus bleiben, das sie auf dem Arbeitsmarkt hätten durchsetzen können.

Für die Begrenzung des Einkommensgefälles sprechen durchaus gute Gründe: Bei ausgeglichenen Einkommensdifferenzen lässt sich die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit höher steigern als bei einem extremen Einkommensgefälle; mit der Begrenzung sozialer Ungleichheiten wird gesellschaftliche Integration sowie die gleichberechtigte Inklusion wahrscheinlicher, sie ist letztendlich notwendige Bedingung demokratischer Vergesellschaftung. In dem Maße, wie das Tarifvertragssystem für ausgeglichene Einkommensdifferenzen sorgt, wird der Staat davon entlastet, sie durch Umverteilung der marktförmig zugewiesenen Einkommen durchzusetzen. So macht das deutsche Tarifvertragssystem „weniger Staat", wie man heutzutage gerne fordert, möglich. Doch bei allen guten Gründen, die für das deutsche Tarifvertragssystem mit seinen verteilungsbezogenen Ergebnissen sprechen, seine Zumutungen sind gleichwohl ungleich verteilt: Die in diesem System notwendige Solidarität der Arbeitnehmer nimmt die Bezieher höherer Einkommen stärker in Anspruch.

Das bisherige Tarifvertragssystem hält die Einkommensdifferenzen vergleichsweise gering

Neu-Solidarisierung durch Entsolidarisierung

Obgleich grundgesetzlich vorgesehen, geht die Tarifbindung in der Bundesrepublik schleichend zurück. Vor allem das Kernstück des deutschen Tarifvertragssystems, der für eine ganze Branche geltende Flächentarifvertrag, hat seit Mitte der neunziger Jahre an Bedeutung verloren. Mit Ausnahme vor allem der Länder Berlin und Hessen wird der Bereich des öffentlichen Dienstes dagegen noch weitgehend durch einen Flächentarifvertrag erfasst. Erst Ende des Jahres 2005 konnte ein neuer Tarifvertrag für den

öffentlichen Dienst (TvöD) als Nachfolger des alten BATs unterzeichnet werden. Aus diesem, auch für sie ausgehandelten Tarifvertrag, sind die im Marburger Bund organisierten Ärzte „ausgestiegen" und haben auf einen eigenen Vertrag gedrungen. Zunächst suchten sowohl die Gewerkschaft ver.di als auch die Kommunen und Länder diese Forderung zu ignorieren. Darauf hin legten der Marburger Bund und die in ihm zusammengeschlossenen Ärzte erst richtig los und organisierten ohne Streikkasse und Streikerfahrung, wenn auch nicht ohne Vorbild, einen Arbeitskampf, den ihnen niemand zugetraut hatte, – und nötigten die öffentlichen Arbeitgeber zur Aufnahme gesonderter Tarifverhandlungen und zu einem eigenständigen Tarifabschluss. Gemessen an den ausgegebenen Streikzielen ist der verhandelte Vertrag wohl eher kläglich, auch wenn Verbesserungen gegenüber den für den öffentlichen Dienst geltenden Tarifen durchgesetzt werden konnten.[4] Erfolgreich war der Marburger Bund aber darin, sich als eigenständiger und für die angestellten Ärzte allein zuständiger Verhandlungspartner durchzusetzen und für die in öffentlichen Kliniken angestellten Ärzte „ärztespezifische Tarifverträge" zu etablieren.

Mit dem Ärztestreik und dem Abschluss eines gesonderten Tarifvertrags wird von einem „Grundgesetz" des deutschen Tarifvertragssystems abgewichen. Galt im Mittelalter Beruf und Stand als das strukturierende Prinzip gemeinsamer Interessen und deren Vertretung, so hat sich für die kollektive Vertretung von Beschäftigten – aus guten (und in der katholischen Sozialethik und -verkündigung letztendlich bestätigten) Gründen – im Betrieb das Prinzip „Ein Betrieb – eine Gewerkschaft" und auf dem Arbeitsmarkt „Eine Branche – ein Vertrag" durchgesetzt. Mit beiden Prinzipien bricht der Marburger Bund, organisiert Ärzte in Absonderung des mit ihnen zusammen arbeitenden Klinikpersonals und betreibt eine gesonderte, von den Interessen der in der selben Branche Beschäftigten absehende Tarifpolitik. Zurecht darf man darin eine Entsolidarisierung der Ärzte mit ihren Kolleginnen und Kollegen sehen.

Allerdings ist dies nur die eine Seite des Ärztestreiks, deren andere Seite Solidarisierung ist. Um die Wirkung erzielen zu können, die sie erzielt haben, mussten sich die Ärzte untereinander gemein machen und gemeinsame Interessen gemeinsam vertreten, sich also solidarisieren. Durch ihre Solidarisierung wurden sie konfliktfähig und erwirkten eine politische Macht, die von den öffentlichen Arbeitgebern – trotz entgegen gesetzter Versuche – nicht ignoriert werden konnte. Man sollte weder diese Solidarität unter den Ärzten noch die daraus erwachsende Konfliktfähigkeit heroisieren: Ihre Position im Arbeitsprozess und der gegenwärtige Ärztemangel sicherten ihnen von vornherein eine hohe Durchsetzungsmacht und hielten die Kosten ihrer Solidarität gering. Während das Pflegepersonal kurz zuvor noch im Widerspruch zu den Ober- und Chefärzten streiken musste, konnten die Assistenzärzte dies wenige Wochen später im Einverständnis mit ihren, wenn nicht: nach Aufforderung durch ihre Vorgesetzten. Gleichwohl: Mit dem Ausmaß ihrer Solidarität und ihrer Arbeitskampfbereitschaft haben die Ärzte ihre Arbeitgeber und die politische Öffentlichkeit, vielleicht auch sich selbst – und schließlich auch die Gewerkschaft ver.di überrascht, die diese Solidarität in den Jahren zuvor nicht hat wecken können.

> Jede Solidarisierung bedarf der Rechtfertigung ihrer Grenzen

Offenbar war die ausgewiesene Entsolidarisierung Bedingung für diese Solidarität, zumindest wurde dies vom Marburger Bund behauptet und so die tarifpolitische Absonderung der Ärztinnen und Ärzte gerechtfertigt. Diese hätten, so wurde gesagt, wegen ihrer besonderen Arbeitsbedingungen besondere Interessen und bräuchten deshalb auch einen auf ihre Arbeitsbedingungen zugeschnittenen, eben „ärztespezifischen Tarifvertrag" und für dessen Aushandlung eine gesonderte Interessenvertretung. Allgemein sollte das Zugleich von Solidarisierung und Entsolidarisierung nicht überraschen, da der Zusammenschluss von Akteuren in Solidarität immer auch die Ausgrenzung derer zur Folge hat, die in diese Solidarität nicht mit einbezogen werden. Und weil Solidarität immer exklusiv ist und nie die ganze Menschheit umfasst, bedarf sie der Rechtfertigung, nicht nur aus den gemeinsamen Interessen der in Solidarität Verbundenen, sondern auch gegenüber den von ihnen ausgeschlossenen „Dritten".

Verletzte Standesehre

Die Verhandlungsmacht von ver.di gegenüber den öffentlichen Arbeitgebern wäre in den letzten Jahren, also auch bei Abschluss des TvöDs größer gewesen, wenn sie auch auf die Solidarität der angestellten Ärzte hätten bauen können. Warum aber haben die Ärzte über Jahrzehnte hinweg diese Solidarität verweigert – und dann im vergangenen Jahr unter Beweis gestellt, dass sie zur Solidarität bereit und in der Lage sind, allerdings nur zu einer Solidarität unter ihresgleichen? Die vom Marburger Bund ausgegebene Begründung, dass besondere Arbeitsbedingungen besondere Tarif-

[4] Siehe: http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere_themen/tarifpolitik/tarifvertraege.php.

regelungen und spezifische Interessen gesonderte Tarifverhandlungen bedürfen, muss nicht überzeugen, mehr noch: Sie wird die nicht überzeugen können, die von den Ärzten aus ihrer Solidarität ausgeschlossen wurden. Hinsichtlich ihrer – zugestanden: unzumutbaren – Arbeitsbedingungen unterscheidet sich ihr Arbeitsalltag zumindest nicht prinzipiell von dem des anderen Klinikpersonals.[5] Auch in ihren Einkommensbelangen stehen die Ärzte nicht allein: Mit Ausnahme vielleicht der Chefärzte werden sie genau wie alle anderen Beschäftigten in den Krankenhäusern und im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen überhaupt nicht gleichberechtigt am wirtschaftlichen Fortschritt beteiligt. Weder spezifischer Regelungsbedarf, noch spezifische Interessenlagen können also rechtfertigen, dass sich Ärzte auf den tarifpolitischen Sonderweg gemacht haben.

Dass die Ärzte ihn dennoch beschritten haben, dürfte *erstens* in den tiefen Verletzungen ihrer Standesehre liegen: Zwar hat die mittelalterliche Differenz über Beruf und Stand im Übergang zur Moderne „ausgedient", aufgegeben wurde sie deswegen jedoch nicht: Sie setzte sich, wie viele andere vormoderne Phänomene, unter den Bedingungen moderner Vergesellschaftung fort. Gerade die Ärzte konnten ihren besonderen Stand in die Moderne hinein „mitnehmen" und mit den Möglichkeiten neuzeitlicher Medizin dessen gesellschaftliche Reputation erheblich ausbauen. In der jüngeren Vergangenheit hat aber nicht nur die mit dem Stand verbundene Ehre gelitten, auch haben die Ärzte entsprechende Privilegien, überhaupt an sozialem Status verloren. Längst schon können sie, zumal wenn öffentlich angestellt, ihren gesellschaftlichen Vorsprung nicht halten; sie wurden von anderen Bevölkerungsgruppen eingeholt, wenn nicht überholt. Der Psychoanalytiker Jürgen Hardt bespricht dies als einen Abstieg der „ehemaligen ›Götter in Weiß‹ zu Facharbeitern der Gesundheitswirtschaft" (FR, 2.1.2007, S. 15). In dem Maße aber, wie verletzte Standesehre die Solidaritäts- und Kampfbereitschaft der Klinikärzte begründet, wird verständlich, warum sich diese gerade nicht in Gemeinschaft mit all' den anderen, mindestens ebenso abgehängten „Facharbeitern", sondern in Abgrenzung von diesen realisiert haben.

Ein *zweiter* Grund wird den ersten verstärkt haben: Höhere Gehälter scheinen den angestellten Ärzten als wahrscheinlicher, wenn sie sich in ihren tarifpolitischen Anstrengungen auf die eigene Berufsgruppe konzentrieren. Zwar versprach der Vorsitzende Montgomery, man werde sich nach einem erfolgreichen Abschluss auch für Einkommenszuschläge und Verbesserungen beim sonstigen Klinikpersonal einsetzen. Eingelöst wurde dieses Versprechen noch nicht; vor allem aber ist es wenig glaubwürdig: Gerade im Bereich der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen ist unter den Bedingungen einer restriktiven Haushaltspolitik mit einem steigenden Gesundheitsbudget nicht zu rechnen. Indem sie für sich steigende Einkommen durchsetzen, nehmen sie – bei ansonsten gleichbleibenden Bedingungen – einen wachsenden Teil dieses Gesundheitsbudgets für sich in Anspruch. Damit stehen sie in dieser Gesellschaft keineswegs in schlechter Gesellschaft. Deren wirtschaftliche Fortschritte werden schon längst nicht mehr an alle Bevölkerungsgruppen – bei gleichbleibenden sozialen Ungleichheiten – weitergegeben. Statt dessen nehmen die sozialen Ungleichheiten in der Bundesrepublik zu – was aber nichts anderes heißt, als dass einige Bevölkerungsgruppen Zugewinne zu Lasten anderer erzielen.

> Zugewinne lassen sich leichter zu Lasten anderer erzielen

Dem Marburger Bund ist es gelungen, Ärzte in Solidarität und darüber zur kollektiven Vertretung ihrer Interessen zu bringen. Er hat damit den Nutzen von Solidarität bestätigt – und dies auf dem Feld der Tarifpolitik, wo eben dieser Nutzen zunehmend bestritten und der Vorrang der Selbstvertretung von „Arbeitskraftunternehmern", zumindest aber der Vorrang betrieblicher Aushandlungssysteme behauptet wird. Dass ihre Solidarität nur auf dem Weg der Absonderung und damit der Entsolidarisierung möglich war, wird man aus den beiden genannten Gründen verstehen, nicht aber rechtfertigen können.[6] Auch wenn verletzte Standesehre eine wirkmächtige Triebfeder ihres solidarischen Protestes ist, so ist gleichwohl die standesgemäße Ehrsetzung von Ärzten weder gesundheitspolitisch berechtigt, noch ist sie gesellschaftspolitisch erwünscht. In einer arbeitsteiligen Gesellschaft erbringen Ärzte eine gesellschaftlich notwendige Leistung, aber das tun alle anderen auch – und es gibt niemanden mit ausreichender Autorität, der gesellschaftsweit ihre Leistungen anderen Leistungen vorziehen und in der Folge besondere Standesehren begründen könnte. Ärzte verdienen eine angemessene Entlohnung ihrer Arbeit, und diese wird ihnen, wie auch allen anderen Beschäftigten im Gesundheitssystem, überhaupt im Bereich der

[5] Da sich die Rationalisierungsanstrengungen in den Krankenhäusern in Folge der Kostendämpfungspolitik vermutlich nicht auf die Ärzte in ihren strategisch wichtigen Positionen, sondern auf das pflegende und „zuarbeitende" Personal konzentriert haben, dürften sich deren Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren vergleichsweise stärker verschlechtert haben.

[6] Als ein weiterer Grund mag gelten, dass es der Gewerkschaft ver.di, nachdem sie vom Beamtenbund die Tarifpolitik für die angestellten Ärzte übernommen hatte, offenbar nicht gelungen ist, Ärzte in ausreichendem Umfang zu organisieren. Vermutlich liegt das nicht nur an den Ärzten, sondern auch an deren Ansprache durch ver.di.

personenbezogenen Dienste und öffentlichen Güter, versagt. Sollen diese Dienste auch in Zukunft auf hohem Niveau und in ausreichendem Maße bereitgestellt werden, dann muss diese Entwicklung korrigiert werden. Eine gesonderte Tarifpolitik der Ärzte trägt dazu nicht bei, sondern verschärft, gerade wenn sie erfolgreich ist, nur die Benachteiligungen der in diesem Bereich Beschäftigten. Eine wirksame Aufwertung des öffentlichen Gesundheitssystems und darüber hinaus der sozialen Dienste erreichen auch die Ärzte nur gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen – und mit ihren Patientinnen und Patienten.

Kein Vorbild für zukünftige Tarifpolitik

Zumindest in sozialethischer Hinsicht kann der vom Marburger Bund beschrittene Weg kein Vorbild für zukünftige Tarifpolitik sein: Wenn man konfliktfähigen Berufsgruppen eine gesonderte Tarifpolitik bieten müsste, damit sie die tarifpolitisch erforderliche Solidarität üben und Arbeitskampfbereitschaft zeigen, dann würde sich das deutsche Tarifvertragssystem mit seiner Gerechtigkeitsgewähr bald zerschlagen. Exklusive Solidarität mit entsprechenden Vorrechten privilegierter und spiegelbildlicher Benachteiligungen anderer Berufsgruppen bieten keine Gewähr dafür, dass die ausgehandelten Regelwerke in einem gemeinsamen Interesse der den Arbeitgebern gegenüberstehenden Arbeitnehmern liegen. Sollte die Entlohnung dann nicht jeglicher Gerechtigkeitsbewertung entzogen werden, müssten andere Wege gesucht werden, um gruppenspezifische Regelwerke zu beurteilen, – und Wege, entsprechende Beurteilungen, notfalls gegen die Sonderinteressen einzelner Gruppen, durchzusetzen. Zudem müssten die Tarife für alle nicht konfliktfähigen Beschäftigtengruppen festgesetzt werden, da ihre Belange tarifpolitisch nicht mitverhandelt würden. Da in modernen Gesellschaften – wenn überhaupt – nur noch der Staat über entsprechende Macht verfügt, käme diese Aufgabe unvermeidlich auf den Staat zu – und mit ihr eine gigantische Überforderung.

> Exklusivität bietet keine Gerechtigkeitsgewähr

Zudem würde die Zersplitterung der Arbeitnehmer nach unterschiedlich konfliktfähigen Gruppen keinen auch nur einigermaßen stabilen Zustand etablieren können. Wird der Weg der Solidarisierung durch Entsolidarisierung beschritten, dann wird man auf diesem Wege bei der Zersplitterung nach den Berufsgruppen nicht einhalten (können) und mit der Zersplitterung innerhalb der Berufsgruppen rechnen müssen. So wird der Marburger Bund erst noch zeigen müssen, dass die von ihm organisierte Solidarität der Ärzte Bestand hat und nicht durch unterschiedliche Interessenlagen unterschiedlicher Ärztegruppen aufgebrochen wird.

Die Entsolidarisierung der Ärzte ist gleichwohl nicht der Einstieg in diese im Konjunktiv angezeigte Zukunft der Tarifpolitik. Die spezifischen Gründe für deren Solidarisierung bei gleichzeitiger, durch die Stellung im Arbeitsprozess begründeten Konfliktfähigkeit, lassen sich, wenn überhaupt, nur bei wenigen anderen Berufsgruppen finden. Es spricht daher wenig dafür, dass andere Berufsgruppen die Klinikärzte mit vergleichbaren *Erfolgen* nachahmen werden.

Gleichwohl wird der Ärztestreik auf die zukünftige Tarifpolitik Wirkung nehmen: Um die notwendige Solidarität gerade der konfliktfähigen Arbeitnehmer sicherzustellen, werden die Gewerkschaften stärker auf die Interessen der höher entlohnten Gruppen Rücksicht nehmen (müssen). Sie werden also versuchen, die angesprochenen Zumutungen tarifpolitischer Solidarität für diese Beschäftigtengruppen abzubauen – und im Gegenzug immer weniger dafür sorgen (können), dass die sozialen Ungleichheiten auf dem Weg tariflicher Regelungen bereits bei den Primäreinkommen begrenzt werden. Sollen die Ungleichheiten dennoch auf die volkswirtschaftlich nützliche und gesellschaftlich gewollte Spannbreite beschränkt werden, kann man sich weniger als in der Vergangenheit auf die Tarifpolitik verlassen. Stattdessen müssen neue Wege gefunden werden, um die gewünschte Verteilung durchzusetzen. Auch diese Funktion des deutschen Tarifvertragssystems wird in dem Maße, wie sie tarifpolitisch nicht mehr erfüllt wird, keiner anderen gesellschaftlichen Institution als dem Staat zufallen können.

> Die neue Entsolidarisierung macht politische Kompensation erforderlich

So stehen die politisch Verantwortlichen, die mit den streikenden Ärzten die „ärztespezifischen Tarif-

KURZBIOGRAPHIE

Matthias Möhring-Hesse (geb. 1961), Dr. theol., studierte Philosophie, Theologie und Soziologie in Frankfurt und Münster, Privatdozent am Institut für Christliche Gesellschaftswissenschaften der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Münster; Arbeitsschwerpunkte: Sozial- und Arbeitspolitik; neuere Veröffentlichungen: (zusammen mit St. Lessenich) Ein neues Leitbild für den Sozialstaat, Berlin 2004; (Hrsg.) Streit um die Gerechtigkeit, Schwalbach/Ts. 2005; (zusammen mit O. John) (Hrsg.) Heil – Gerechtigkeit – Wahrheit, Münster 2006.

verträge" ausgehandelt haben, gegenwärtig in der Verantwortung, dass die den Ärzten gewährten Zugeständnisse nicht zu Lasten der anderen im Gesundheitsbereich Beschäftigten gehen, dass im Gegenteil deren Vorteile auch auf diese übertragen und somit verallgemeinert werden. Die Entsolidarisierung der Ärzte braucht also eine politische Kompensation, die nun von den gleichen politisch Verantwortlichen geleistet werden muss, denen die Ärzte durch ihre Solidarität Zugeständnisse haben abringen können.

LITERATUR

Blanke, Thomas: Koalitionsfreiheit und Tarifautonomie. Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gewerkschaften in Deutschland, in: Schroeder, W./Weßels, B. (Hrsg.): Die Gewerkschaften in Politik und Gesellschaft der Bundesrepublik. Ein Handbuch, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2003, 144–173.

Hardt, Jürgen (2007): Das Unwort „Krankheit" in der Gesundheitswirtschaft, in: Frankfurter Rundschau, 02.01.2007, 15.