

Helmut Martens

***Primäre Arbeitspolitik
und Gewerkschaften
im Gesundheitswesen***

Primäre Arbeitspolitik und Gewerkschaften im Gesundheitswesen

**Der Ärztestreik 2006 als Beispiel primärer Arbeitspolitik in Zeiten tiefgreifender
gesellschaftlicher Umbrüche**

Helmut Martens

Helmut Martens, geb. 1948, Studium der Politik- und der neueren deutschen Literaturwissenschaften, Dr. rer. Pol., Mitglied des Forschungsrates der Sozialforschungsstelle Dortmund, zentrale Einrichtung der Universität Dortmund (www.sfs-dortmund.de).

Neuere Veröffentlichungen: Nach dem Ende des Hype. Zwischen Interessenvertretungsarbeit und Arbeitspolitik (Münster 2005), Industriosozilogie im Aufbruch? (Münster 2007), Mitherausgeber von: Turnaround? Strategien für eine neue Politik der Arbeit (Münster 2006). Mitglied im Trägerkreis „Forum neue Politik der Arbeit“ (www.forum-neue-politik-der-arbeit.de).

Impressum

Herausgeber: **Hans-Böckler-Stiftung**
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon (02 11) 77 78-175
Fax (02 11) 77 78-283
E-Mail: Karsten-Schneider@boeckler.de

Redaktion: Dr. Karsten Schneider, Referat Forschungsförderung 2
Best.-Nr.: 11143
Gestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, März 2008
€ 12,00

Inhalt

1	Ein Gegenstand von ‚ferner Nähe‘ – eine persönliche Vorbemerkung	5
2	Vorwort	7
3	Einleitende Bemerkungen zu Thema und Gegenstand der Untersuchung	9
4	Das Gesundheitswesen unter Kostendruck	13
5	Arbeitsbedingungen und professionelle Rolle von Krankenhausärzten	17
6	Zur Funktion und Bedeutung berufsständischer Verbände der deutschen Ärzteschaft	23
7	Der Ärztestreik 2006 – Genese, Verlauf und unmittelbare Ergebnisse des Konflikts	27
7.1	Chronologie der Ereignisse	27
7.2	Die symbolische Gehaltsforderung und die tieferliegenden Gründe des Streiks und der Aufkündigung der Tarifvollmacht seitens des MB	30
7.3	Primäre Arbeitspolitik: Aspekte der Streikorganisation	33
7.4	Primäre Arbeitspolitik: manifeste Konfliktlinien und latente arbeitspolitische Gehalte des Konflikts	37
7.5	Streikergebnisse – nicht nur graduelle Unterschiede zwischen den Tarifverträgen	41
8	Konfliktdynamiken, zwischengewerkschaftliche Konkurrenzen und zukünftige Perspektiven	45
9	Zusammenfassende Thesen	49
10	Methodische Nachbemerkung	57
	Literatur	61
	Selbstdarstellung der Hans-Böckler-Stiftung	65

1 Ein Gegenstand von ‚ferner Nähe‘ – eine persönliche Vorbemerkung

„Ich habe auch einen ganz persönlichen Zugang zu diesem Thema. Ich bin in den 1950er Jahren in einer kleinen Privatklinik als Sohn des Chefarztes aufgewachsen. Das Ritual der Chefvisite, das einmal wöchentlich um meinen Vater herum inszeniert worden ist, gehört so zu meinen Kindheitserinnerungen. Der Mikrokosmos dieser kleinen Klinik – sonst in wenigem mit den städtischen Kliniken, geschweige denn den Universitätskliniken, vergleichbar, um die es bei diesem Streik geht – war um ihn herum aufgebaut und von mir alltäglich zu beobachten.“

Mit Sätzen wie diesem, habe ich viele meiner Gespräche zu dieser Untersuchung eröffnet. Nicht nur gegenüber den Ärzten war das ein guter „Türöffner“. Diese frühe Hintergrunderfahrung ragte aber auch in die Untersuchung hinein. Sie bewirkte eine „ferne Nähe“, die der Untersuchungsgegenstand Ärztestreik für mich bekam. Meine phänomenologische, also von den Tatsachen und den handelnden individuellen gesellschaftlichen Subjekten ausgehende, Untersuchung nimmt ja auch deren Erfahrungen, also die Frage, wie die soziale Wirklichkeit, um die es mir geht, ihnen unmittelbar gegeben ist, sehr ernst. Und auch die Reflexion auf die eigene Subjektivität als Forschender gehört bei den einzelnen Erhebungs- und Verarbeitungsschritten dazu, die am Ende ein möglichst zuverlässig objektiviertes Gesamtbild ergeben sollen.

Ich bin empirischer Sozialforscher und beschäftige mich seit ca. 35 Jahren professionell mit Fragen der Entwicklung unserer – immer noch, wenn auch zunehmend vermarktlichten und postindustriell geprägten – institutionell verfaßten, industriellen Arbeitsgesellschaft. Industrielle Konflikte, die Zukunft der Arbeit, die Entwicklung von Gewerkschaften und Mitbestimmung waren in dieser Zeit für mich herausgehobene Themen. Zum Teil hatten sie im letzten Jahrzehnt als Themen empirischer Sozialforschung wenig Konjunktur. Und hätte man mich vor fünf Jahren gefragt, ich hätte es schwerlich für möglich gehalten, dass ich von meinen Themen her nunmehr professionell mit dem Gesundheitswesen, bzw. im heutigen „Neusprech“ der Gesundheitswirtschaft, den dortigen Pflegeberufen und insbesondere auch mit Ärzten, mit einem Ärztestreik und einer Ärztegewerkschaft in Berührung kommen würde.

Der Gegenstand der vorliegenden Untersuchung belegt so einmal mehr, dass Konjunkturen in der sozialen Wirklichkeit bisweilen anders verlaufen, als sie es dem Selbstverständnis der mit ihnen befaßten sozialwissenschaftlichen Spezialdisziplinen nach tun müßten. Die Sozialismusforschung, um nur ein Beispiel zu nennen, hat diese Erfahrung vor 18 Jahren ja auch machen müssen. Zugleich ist mir mein Untersuchungsgegenstand in der überraschenden Gestalt der erwähnten ‚fernen Nähe‘ entgegengetreten. Es stellte sich sehr rasch als wichtige Hintergrundfrage heraus, wie sehr jene alten, nach meinen Kindheitserfahrungen noch ganz selbstverständlichen, hierarchischen Ordnungen auch in die heutige soziale Wirklichkeit des Krankenhauses, und so auch in die der mich hier interessierenden sozialen Konflikte, hinein ragen.

2 Vorwort

Es geht in dieser Untersuchung um eine Analyse des Ärztestreiks im Frühjahr und Sommer 2006, der sich im Zusammenhang mit den unter der Tarifführerschaft der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) geführten Tarifaueinandersetzungen um einen neuen TVöD im Sommer 2005 aus der Eigentätigkeit von in diesen Verhandlungen kaum repräsentierten Assistenzärzten heraus entwickelte, dann vom Marburger Bund (MB) als der Standesorganisation vornehmlich im öffentlichen Dienst angestellter Ärzte und Ärztinnen aufgegriffen in einen der längsten Streiks der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland überführt wurde, der sich über die Monate März bis August 2006 erstreckte. Über diesen Streik hat der Marburger Bund als berufsständische Organisation ein deutliches gewerkschaftliches Profil gewonnen. Er hat, bei ohnehin seit Jahren steigenden Mitgliederzahlen, neue erhebliche Mitgliederzuwächse zu verzeichnen und ein, vor allem hinsichtlich der Vergütungen gegenüber dem unter der Tarifführerschaft von ver.di abgeschlossenen TVöD, verbessertes Ergebnis in einem eigenständigen Tarifvertrag für die Krankenhausärzte in Universitätskliniken und kommunalen Krankenhäusern vorzuweisen, die ca. 15 Prozent der Beschäftigten in den Krankenhäusern ausmachen. Angesichts der durch die Fallpauschalen gedeckelten Kosten im Gesundheitswesen bedeutete der Ärztestreik die Drohung eines verschärften Rationalisierungszwangs für die Krankenhäuser und/oder einer Umverteilung von Einkommen zu Lasten anderer Beschäftigtengruppen.

Der Ärztestreik zieht aus vielfältigen Gründen Aufmerksamkeit auf sich. Zum ersten haben hier Angehörige einer Berufsgruppe gestreikt, von denen dies wissenschaftliche Beobachter zuvor schwerlich erwartet hätten – noch weniger vermutlich als bei anderen Gruppen hochqualifizierter Beschäftigter, etwa in der IT-Branche. Tiefere Ursachen, die in der Entwicklung der Arbeitsbedingungen junger Ärzte in Krankenhäusern zu suchen wären, und die Organisationsformen dieses Streiks verdienen schon deshalb großes Interesse. Zum zweiten zeigt der Streik, zumindest auf den ersten Blick, dass man wohl nicht so einfach in Bezug auf die deutschen Ärzteverbände vom „Niedergang eines Erfolgsmodells“ sprechen kann, wie dies noch in der neuesten einschlägigen verbandssoziologischen Literatur geschieht (Bandelow 2005). Allerdings wäre in diesem Zusammenhang zu fragen, welche Folgen ein zunehmende „Vergewerkschaftlichung“ einer berufsständischen Organisation letztlich für diese mit sich bringt. Zum dritten schließlich stellt sich der Erfolg des Marburger Bundes zugleich dar als das Aufbrechen eines bis dahin noch bestehenden einheitsgewerkschaftlichen Handlungszusammenhangs und als, aus seiner Verbandssicht, Infragestellung eines „an der Seite von ver.di erduldeten (...) Solidaritätskorsetts“ (Montgomery 2006b). Damit sind gleichermaßen gewerkschaftssoziologische Fragestellungen wie auch arbeits- und gesundheitspolitische Fragen nach den Herausforderungen und Möglichkeiten einer solidarischen Gestaltung des Gesundheitswesens wie auch der Arbeitsbedingungen der dort Beschäftigten aufgeworfen.

Die vorliegende Studie wäre nicht möglich gewesen ohne die finanzielle Förderung durch die Hans-Böckler-Stiftung, der an dieser Stelle Dank zu sagen ist. Sie stützt sich neben einer systematischen Sichtung und Auswertung einschlägiger sozialwissenschaftlicher Literatur sowie vielfältiger Dokumente, insbesondere in Bezug auf Verlauf und Ergebnisse der Streiks, auf relativ eng begrenzte qualitative Recherchen. Dies sind zum einen einige wenige, insgesamt elf, Interviews mit Ärzten, Betriebsräten und einem Pflegedienstleiter aus Krankenhäusern sowie eine Gruppendiskussion mit Ärzten, zum anderen Expertengespräche mit den an den Konflikten um den TVöD den „eigenständigen, ärztespezifischen Tarifvertrag“ und den „Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern“ beteiligten Verbänden ver.di und Marburger Bund. Ein weiteres Hintergrundgespräch sowie eine Gruppendiskussion wurden darüber hinaus genutzt, um gezielt wissenschaftliche Expertise von Medizinsoziologen, Experten in Bezug auf die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft, Experten zur Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern sowie zur Entwicklung der Tarifpolitik im öffentlichen Dienst zu nutzen. Darüber hinaus wurden im Untersuchungszeitraum (Ende November 2006 bis Ende März 2007) einzelne Gelegenheiten zur teilnehmenden Beobachtung von für die Untersuchung

thematisch relevanten Tagungen – zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft, zur Ökonomisierung und Effektivierung der Organisation von Krankenhäusern und zur Entwicklung des ärztlichen Berufsbildes – genutzt, um ein möglichst dichtes Bild von Binnensichten maßgeblicher Personen dieser Akteursgruppe zu gewinnen. Im Sinne einschlägiger methodologischer und methodischer Grundlegungen einer qualitativen Sozialforschung ist dieses, um wenige Interviews und Gruppendiskussionen mit kenntnisreichen Beobachtern fokussierte, Vorgehen trotz seines spezifisch begrenzten Mitteleinsatzes in besonderer Weise geeignet die Besonderheiten des Untersuchungsfeldes und -gegenstandes adäquat zu erfassen (Blumer 1973, Martens 2003). Das gewählte methodische Vorgehen wird am Schluss dieses Berichts ausführlich dargestellt und, wie bei qualitativen Vorgehensweisen angezeigt (Müller 1978), reflektiert.

Es versteht sich aber von selbst, dass der gewählte Zugang, und insbesondere der eng begrenzte Umfang, der Recherche es nicht ermöglicht, so etwas wie ein vollständiges, abschließend objektiviertes Bild der hier interessierenden Prozesse und ihrer Resultate zu zeichnen. Weiter zielende Objektivierungen der im folgenden ausgebreiteten Befunde sind schon deshalb nicht möglich, weil der Ärztestreik im Frühjahr und Sommer 2006, einschließlich „vorlaufender“ Auseinandersetzungen im Sommer und Herbst 2005, in den Kontext übergreifender Überlegungen zu tiefgreifenden Umbrüchen der Arbeitsbeziehungen in der Bundesrepublik Deutschland, wie in allen fortgeschrittenen westlichen Industrienationen, gestellt werden muss. In diesem weiteren Kontext ist er ein Moment übergreifender, noch gänzlich unabgeschlossener und ergebnisoffener Prozesse, die in der hier vorgelegten Untersuchung von der Leithypothese eines tiefgreifenden „Epochenbruchs“ (Scholz u.a. 2006, Martens 2007a) ausgehend betrachtet werden. Es gilt sie besser zu verstehen im Hinblick auf Ansatzpunkte einer neuen Politik der Arbeit als deren Akteuren den Beschäftigten selbst und – immer noch – ihren Gewerkschaften besondere Bedeutung beigemessen wird. Das methodische Vorgehen ist in diesem Sinne also eher problemaufschließend, aber gleichwohl am Maßstab einschlägiger qualitativer empirischer Sozialforschung solide fundiert.

3 Einleitende Bemerkungen zu Thema und Gegenstand der Untersuchung

Der Ärztestreik im Jahre 2006 ist der Fokus dieser Untersuchung: Er entwickelte sich, beginnend im Sommer 2005, zunächst an den Universitätskliniken, dann in den kommunalen Krankenhäusern und er gehört im Zusammenhang der tiefgreifenden Umbrüche in den Arbeitsbeziehungen in der Bundesrepublik Deutschland zu den bemerkenswertesten Ereignissen dieses Jahres: Dass junge Ärzte, Angehörige einer Berufsgruppe¹, die „seit fast vier Jahrzehnten unangefochten an der Spitze der öffentlichen Wertschätzung steht“ (Spengler 2005, 492)², einen der längsten Streiks in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland geführt haben, ist überraschend und allein aus quasi „objektiven“ Gegebenheiten heraus, also der vom Marburger Bund (MB) immer wieder betonten verschlechterten Lage der Ärzteschaft (Marburger Bund 2006a), kaum schlüssig zu erklären. Die Einkommenssituation junger Ärzte hat sich von 1993 bis 2002 relativ zu anderen Akademikergruppen zwar verschlechtert, deren Beruf wird aber von wissenschaftlichen Beobachtern „weiterhin als pekuniär attraktiv eingestuft“ (Spengler 2005, 494). Auch ein Blick auf die Arbeitsbelastungen dieser Beschäftigtengruppe, „die deutlich über der von anderen Akademikern liegen“ (Spengler 2006) taugt nur bedingt als Erklärung. Die neueren Entwicklungen werden in der einschlägigen Literatur kontrovers dargestellt und diskutiert (Marburger Bund 2006, Cobbers/Schöler 2006, Spengler 2005 und 2006). Hinsichtlich der im vergangenen Jahrzehnt allgemein ausgeweiteten Arbeitszeiten anderer hoch Qualifizierter (Satzter 2001, 25ff, Bauer u.a. 2004, Martens 2005, 41ff) kann aber wohl nur von besonders ausgeprägten Entwicklungen innerhalb eines allgemeinen Trends gesprochen werden.³

Einige Journalisten haben während des Streiks auf die „lange Vorgeschichte“ aufgestauter „großer Frustration“ verwiesen, auf den mit den Fallpauschalen gewachsenen Anteil bürokratischer berufsfremder Tätigkeiten, auf paternalistische Strukturen einer angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesens nun vielleicht zu Ende gehenden „Ära des feudalen Chefarztes“ und von einem „Ärzteaufstand“ gesprochen (Wölk, 2006, Albrecht 2006), der noch als bloßer „Protest keine gestalterische, politische Dimension“ habe. Sie haben aber auf eine „kleine Revolution“ gehofft, in deren Ergebnis „moderne, kollegiale Arbeitsstrukturen“ nach dem Vorbild des Kollegialsystems staatlicher britischer Krankenhäuser „das Arbeitsklima wirklich verbessern würden“ (Albrecht 2006). Erste Streiks von AssistenzärztInnen hatten fast ein Jahr zuvor, verknüpft mit den von ver.di geführten Auseinandersetzungen um den TVöD, als eigenständige Aktionen begonnen, die von Sprechern der AssistenzärztInnen an den Universitätskliniken in Baden-Württemberg organisiert wurden, zunächst abgestimmt und koordiniert mit den Aktionen der anderen Beschäftigtengruppen (Busch/Stamm 2006, 34, Interviewaussagen)⁴. Die aufgestaute Unzufriedenheit einer Beschäftigtengruppe, die in den Tarifverhandlungen nirgends direkt repräsentiert und im Klinikalltag in spezifischen Abhängigkeiten gefangen war, artikulierte sich erstmals deutlich und fand auch, anders als der z.T. zeitgleiche Streik von v.er.di an den Universitätskliniken, die (öffentliche) Unterstützung von Fach-, Ober- und Chefarzten, was die Organisation von Streikhandeln seitens der Assistenzärzte erheblich erleichterte. Die vielfältigen Konfliktursachen, die

1 Im Kern geht es um die Gruppe junger Assistenz- und Fachärzte. Im Hinblick auf die Entwicklung von deren Einkommen und Arbeitszeiten vgl. Spengler 2005 und 2006 sowie Walger/Köpf 2005).

2 Und deren Angehörige sich, u.a. im Ergebnis einer beruflichen Sozialisation, die dieses Selbstverständnis systematisch pflegt (Interviewangaben), als einer Leistungselite zugehörig begreifen.

3 Satzter stellt in einer Befragung von Beschäftigten im Bereich der audiovisuellen Medien eine durchschnittliche Arbeitszeit von 45,2 Stunden fest. Ein Drittel der Befragten arbeitet länger als 50 Stunden (Satzter 2001, 26). In der IT-Branche arbeiten Internetprogrammierer nach Erhebungen der IG Metall in der Regel zwischen 50 und 60 Stunden in der Woche (Martens 2005, 46). Der bundesweiten repräsentativen Arbeitszeituntersuchung von Bauer u.a. zufolge arbeiten 52 % der Hochqualifizierten länger als 40 Stunden (Bauer u.a. 2004, 17).

4 Der MB verweist in einer „Chronik des Tarifkonflikts“, die auf seiner Homepage nachzulesen ist hingegen darauf, dass bereits der erste große Aktionstag an den Universitätskliniken ein Ergebnis seiner Mobilisierungsbemühungen gewesen sei.

eine breite Mobilisierung von AssistenzärztInnen ermöglichten, wurden dann in der einen Forderung nach einer dreißigprozentigen Gehaltserhöhung gebündelt und der MB nahm diese Forderung auf, kündigte die Kooperationsvereinbarung mit ver.di auf und setzte sich an die Spitze einer beginnenden Streikbewegung, in der die Forderungen nach einem „eigenständigen Tarifvertrag“ und „normalen Arbeitsbedingungen“ (Wölk 2006) einen besonderen Stellenwert behielten⁵. Der Vorsitzende des MB, F. U. Montgomery, hat den Ärztestreik auf der ersten länderübergreifenden Protestkundgebung von KrankenhausärztInnen kommunaler Kliniken am 25.07.2006 in Dortmund vor diesem Hintergrund als „Sklavenaufstand“ bezeichnen können (vgl. auch die Homepage des MB) und der MB hat, indem er sich an die Spitze dieser Auseinandersetzungen stellte, tarifpolitisch einen bemerkenswerten Erfolg errungen, sich so zu einer berufsständischen Gewerkschaft weiterentwickelt und massive Mitgliedergewinne verbucht. Zugleich hat der MB damit, in den Worten seines ersten Vorsitzenden, „das Prinzip der Einheitsgewerkschaft aufgelöst“, dadurch „dass eine besonders spezialisierte (...) Berufsgruppe mit ihrer eigenen Gewerkschaft ihre Belange selber in die eigenen Hände nimmt (...) und so einen Meilenstein in der Gewerkschaftsgeschichte“ gesetzt. (Montgomery 2006a, 2).

Mit dem Schwung dieses Tarifierfolgs im Rücken richtete sich der Blick zum einen auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse aus Unikliniken und kommunalen Krankenhäusern auf kirchliche und private Krankenhäuser (Montgomery 2006a,3) zum anderen auf die Bildung einer letztlich alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen einschließenden Gesundheitsgewerkschaft (Montgomery 2006 b). Damit werden aber sofort die vielfältigen ungelösten, und durch den Konfliktverlauf z.T. neu entstandenen oder verschärften Probleme sichtbar, auf deren Lösung, im Sinne einer „kleinen Revolution“ einer der oben zitierten Journalisten während des Streiks gehofft hatte – wohl nicht als dessen direktes Ergebnis, aber doch mittel- oder längerfristig durch die Impulse, die dieser Streik auslösen könnte (Albrecht 2006). Denn zunächst einmal ist festzustellen, dass mit dem Ausbruch des MB aus dem „an der Seite von ver.di erduldeten (...) Solidaritätskorsett“ (Montgomery 2006b) angesichts gedeckelter Kosten Konkurrenzen zwischen den verschiedenen Beschäftigtengruppen im Krankenhaus verschärft worden sind, während die alten Hierarchien, die der einschlägigen Literatur zufolge auch die Strukturen der verschiedenen Standesorganisationen der Ärzteschaft prägen, eher bestätigt und gefestigt wurden. Ursachen, Ergebnissen und Folgen des Konflikts ist vor diesem Hintergrund im folgenden näher nachzugehen.

Dabei spielen bestimmte allgemeinere Entwicklungstrends und ihnen Rechnung tragende Ausgangsüberlegungen eine wichtige Rolle: Jüngere Entwicklungen im Bereich der Gewerkschaften waren in den 1990er Jahren vor dem Hintergrund von als schwierig eingeschätzten Anpassungsprozessen an die Herausforderungen von Deutscher Wiedervereinigung, europäischer Integration und Globalisierung v. a. geprägt durch: (1) Gewerkschaftszusammenschlüsse, (2) Debatten über eine Aufgabenkonzentration, (3) Bemühungen um die Erschließung neuer Mitgliederpotentiale sowie (4) Organisationsentwicklungsprozesse. In den rückblickend bewertenden Debatten (z. B. Schröder/Weßels 2003) überwiegt die Akzentsetzung auf die Schwierigkeiten solcher Anpassungsprozesse, Gefährdungen durch eine fortschreitende Erosion überkommener, in der Vergangenheit bewährter, institutioneller Strukturen und einen fortgesetzten Anpassungsdruck an weiteren sozialen Wandel. Prägend ist dabei ein Blickwinkel, der von den überkommenen institutionellen Strukturen der „industriellen Beziehungen“ ausgeht. Szenarien zwischen weiter fortschreitender Erosion, relativ erfolgreichem muddling through oder doch einer Reform des überkommenen institutionellen Settings werden

5 In den „Eckpunkten einer Tarifeinigung zwischen dem Land Hessen und dem Marburger Bund“ vom 06.09. 2006 heißt es im ersten Satz: „Die Tarifvertragsparteien haben sich auf folgende Eckpunkte eines eigenständigen, ärztespezifischen Tarifvertrags für die Ärztinnen/Ärzte an den hessischen Universitätskliniken geeinigt.“ A. Wölk (2006) zitiert Aussagen von Ärzten im Rahmen einer Reportage zu Beginn der letzten Streikphase im August 2006.

aufgemacht. Neuansätze einer „primären Arbeitspolitik“⁶, getragen von einzelnen Beschäftigtengruppen, und i. d. R. in durchaus konfliktorischen Formen entfaltet (vgl. Wolf 2001, Martens 2005), sind demgegenüber kaum im Blick. Schon gar nicht wird mit neuen institutionellen Akteuren gerechnet wie sie hier in Gestalt des Marburger Bundes in Erscheinung getreten sind.

Die Tarifaueinandersetzungen im Öffentlichen Dienst im Frühjahr 2006, in der Bewertung des WSI Markierungspunkt eines „tiefen Einschnitts in der Entwicklung der Tarifpolitik und der Arbeits- und Einkommensbedingungen in diesem Sektor und darüber hinaus“ (Bispinck 2006a, 12, vgl. auch Bispinck 2006b) zählten zu den Ereignissen, die einige Journalisten zu Anfang des Jahres über einen „heißen Frühling“ spekulieren ließen (FR, 10.02.2006). Die Ergebnisse des Tarifkonflikts werden im tarifpolitischen Halbjahresbericht des WSI hinsichtlich einer Begrenzung eines „arbeitszeitpolitischen Durchmarsches im Öffentlichen Dienst“ als „Kompromiss auf Zeit“ bewertet. Konkurrenzen zwischen ver.di und Marburger Bund seien als zusätzliche, noch schwer abschätzbare Konfliktdimension sichtbar geworden (Bispinck 2006a, 22). Die jüngeren Entwicklungen im Gesundheitswesen, und hier insbesondere die Rolle des MB, der immer wirkungsvoller als Ärztegewerkschaft auftrat, ist vor diesem Hintergrund näher zu betrachten. Sie erinnert an zeitlich schon weiter zurückliegende Erfahrungen mit Berufsorganisationen wie Cockpit, die seinerzeit weitgehende tarifliche Forderungen einer einzelnen Berufsgruppe durchzusetzen vermochten. Der erosionssträchtige Anpassungsdruck der Globalisierung auf die industriellen Beziehungen spielte damals noch keine Rolle. Die Vermutung, dass v. a. Sonderinteressen erfolgreich durchgesetzt wurden, lag nahe. Für die großen Gewerkschaften im DGB ging es um „Randphänomene“. Die aktuellen Ärztestreiks erinnern aber auch an zeitlich näher liegende Konflikte, die von hoch qualifizierten und deshalb durchsetzungsstarken Beschäftigtengruppen ausgetragen wurden, allerdings in Marktsegmenten, die sehr viel direkter von Globalisierungsdruck und -folgen betroffen waren, als das Gesundheitswesen. In ihnen ging es primär um die Sicherung von Arbeitsplätzen und in ihnen waren möglicherweise erste Ansätze einer eigensinnigen Arbeitspolitik angesichts des fortgesetzten Drucks einer, beschäftigungspolitisch fatalen, Modernisierungsspirale im Zeichen der Globalisierung zu beobachten. Es handelt sich um Konflikte, die für die großen Industriegewerkschaften keineswegs mehr „Randphänomene“ sind (Martens 2006 und 2007b).

Man könnte an dieser Stelle die folgende allgemeine Leithypothese der vorliegenden Untersuchung anschließen: Die Interessenvertretung der Lebendigen Arbeit gerät nach einer langen Phase der fortschreitenden Erosion gegebener institutioneller Strukturen derzeit neu in Bewegung. Neue arbeitspolitische Impulse in Gestalt „primärer Arbeitspolitik“ sind zunehmend zu beobachten (Martens 2006 und 2007). All dies entwickelt sich in höchst widersprüchlicher Weise angesichts eines zunehmenden Drucks auf die lebendige Arbeit infolge der ungebrochenen kapitalmarktgetriebenen Globalisierung (Zinn 2003 und 2004). Alte korporatistische Strukturen werden brüchig (Co-Management, Bündnisse für Arbeit (Rehder 2006)). Es kommt vermehrt zu heftigen Abwehrkämpfen. Durchsetzungsstarke Gruppen sehen sich z.T. zu spektakulären Konflikten herausgefordert. Die DGB-Gewerkschaften, in ihrem Handeln stärker an ihre klassische Kernklientel rückgebunden, bemühen sich um die Bewahrung der von Erosion bedrohten überkommenen korporatistischen Strukturen, aber zunehmend auch um neue arbeitspolitische Initiativen. Vor diesem Hintergrund ist der Ärztestreik als Streik einer Beschäftigtengruppe, die bislang in institutionalisierten tarifpolitischen Abläufen gewissermaßen

6 Das Begriffspaar von primärer und sekundärer Politik, das F. O. Wolf zunächst am Beispiel der Arbeitspolitik (Wolf 2001, 229f) entwickelt und dann auch für das Feld der Wissenspolitik vertieft hat (Wolf 2002), gilt zunächst der Gegenüberstellung von eigenständigem Handeln der Arbeitenden selbst, das Politik konstituierend sein kann, und dem schon institutionalisierten Interessenvertretungshandeln von Organisationen und Institutionen. Das läuft auf eine Unterscheidung von konstituierender und konstituierter Politik hinaus: „Primäre Politik“ ist demnach als ‚konstituierende Politik‘ zu begreifen, die Sachzwänge im Hinblick auf ihre Voraussetzungen hinterfragt und damit auf ihre Veränderbarkeit hin praktisch relativiert. Umgekehrt ist eine ‚sekundäre Politik‘ eine ‚konstituierte Politik‘, die entsprechenden Sachzwängen unterliegt, die sie nicht relativieren kann oder will“ (Wolf 2002, 4).

„mitlief“⁷ und in dessen Verlauf der diese Gruppe repräsentierende berufsständische Verband, der Marburger Bund, zunehmend als Gewerkschaft agierte, von besonderem Interesse. Damit wären wir wiederum beim engeren Gegenstand dieser Untersuchung, nämlich beim Ärztestreik im Frühjahr und Sommer 2006, dem wir uns nun in weiteren Schritten nähern können.

7 Der MB war in der weiter zurück liegenden über ein Kooperationsabkommen mit der DAG in die Tarifverhandlungen der Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes eingebunden, das nach dem Zusammenschluss der vier DGB-Gewerkschaften ötv, hbv, Postgewerkschaft und IG Medien und der DAG zu ver.di von dieser fortgeführt worden ist.

4 Das Gesundheitswesen unter Kostendruck

Nach Beendigung des Ärzterstreiks im Frühjahr und Sommer 2006 hat das Rhön-Klinikum, eine der großen deutschen Privatkliniken im November 2006 ein Symposium zum „neuen ärztlichen Berufsbild organisiert, in dem es im Kern viel eher um effizienzsteigernde ökonomisch sinnvolle Antworten auf das Problem der Kosten eines in seiner Finanzierung gedeckelten Gesundheitswesens als um ein neues Berufsbild für Ärzte ging. In der anschließenden Debatte stand – anschließend an die drei zentralen Ausgangsthesen des Hauptreferats (Pföhler 2006) zu (1) demografischem Wandel und (2) medizinischem Fortschritt als entscheidenden Ursachen einer Kostensteigerung infolge (3) gedeckelter Finanzierung – die Frage nach den Alternativen zwischen Rationierung oder Rationalisierung im Krankenhaus im Mittelpunkt. Dabei handelte es sich um eine sehr stark ärztezentrierte Diskussion oder, wenn man so will, um eine Debatte; die mit großer Selbstverständlichkeit auf die Ärzte als Leistungsträger im Krankenhaus fokussiert war.⁸ Seitens des Rhön-Klinikums wurde auf diesem Symposium ein Modell funktionaler Differenzierung ärztlicher Tätigkeiten vorgestellt (vgl. auch Der Spiegel, 41, 2006, 216ff), zu dem der Vorsitzende des MB, F. U. Montgomery, bei mancher Zustimmung kritisch anmerkte, dass die Assistenzärzte, für die es kaum Zukunftsperspektiven außerhalb des Krankenhauses gebe, nicht vorkämen. Man müsse sicherlich auch über solche Spezialisierungen nachdenken, wie auf dem Symposium vorgestellt, denn im Krankenhaus würden derzeit viele Ressourcen vergeudet. Das Krankenhaus der Zukunft müsse sich mit Ökonomie vertraut machen und es benötige ein besseres Management. Das Dauerthema sei, wie man traditionell gewachsenen hierarchischen Strukturen dabei so verändern könne, dass sie den Bedürfnissen der Patienten entsprächen. Vor zehn Jahren sei auf ähnlichen Symposien vom Chefarzt als Manager mit wirtschaftlichen Aufgaben die Rede gewesen. In Stellenanzeigen im Allgemeinen Deutschen Ärzteblatt werde für Chefarztstellen noch immer die „eierlegende Wollmilchsau“ gesucht.⁹ Die Fehlsteuerungen der Privatliquidation als Haupteinnahmequelle für die Chefarzte sei zwischen ihm und anderen Referenten auf dieser Veranstaltung sicherlich unstrittig, aber beim Versuch, mehr Wirtschaftlichkeit ins Krankenhaus zu bringen, dürfe man sich nicht an falschen Leitbildern orientieren. Das Krankenhaus sei wesentlicher Teil der Sozial und Dienstleistungskultur unserer Gesellschaft.¹⁰

In der hier nur in knappen Ausschnitten resümierten Debatte spiegelt sich, wie in vielen anderen, der tiefgreifende Wandel des Gesundheitswesens zur Gesundheitswirtschaft wieder, wobei schon dieser Wechsel in der Sprache – einzelne Beobachter sprechen in Anlehnung an George Orwell von einem „Neusprech“ – die Ökonomisierung der Verhältnisse signalisiert.

Dabei ist die Notwendigkeit der „Rationalisierung des Krankenhauses“ aus Sicht von Experten unstrittig. „Das Krankenhaus ist ein gewachsener Organismus zur Vergeudung von Ressourcen,“ heißt es etwa in einem im Rahmen dieser Untersuchung geführten Expertengespräch. Es gebe kaum ein richtiges Qualitätsmanagement. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 sei ein erster Schritt erfolgt, im Grunde eine Vorstufe zur späteren Einführung der Fallpauschale. Chefarzte forderten dann auf Podiumsdiskussionen regelmäßig „Ärztliche Ethik statt Monetik“. Aber das sei natürlich ein Totschlagargument. Im Prinzip habe die Politik völlig Recht damit, in diesem Punkt an der Schraube zu drehen. Ökonomischer Druck von Außen durch eine „Deckelung der Kosten“ sei ein probates Mittel. Aus der Perspektive der einzelnen Kliniken gäbe es dann

8 Angemerkt wurde dieser Punkt, nicht überraschend, allein von einem ver.di-Mitglied und Arbeitnehmervertreter aus dem Aufsichtsrat des Rhön-Klinikums.

9 Ein Pflegedienstleiter berichtet: „Wir erleben hier im Klinikum, dass Chefarzte versuchen, die Ökonomie und die Organisation des Krankenhauses an sich zu ziehen, aber ohne viel davon zu verstehen. (...) Das ist ein Zurück in die 1950er Jahre – und zwar mit hoher Geschwindigkeit. (...) Über die entsprechenden Budgets für die Einstellung von Praktikantinnen entscheidet also der Chefarzt und der Pflegedienst wird dabei an den Rand gedrängt. (...) Die Chefarzte versuchen, diese Etage hier zu verteufeln. Wir hier sind die Revolutionäre hier im Klinikum.“

10 Diese knappe Wiedergabe fußt auf einer Mitschrift zu den Referaten und Debatten auf diesem Symposium.

sicherlich Möglichkeiten zur internen Mobilisierung von Ressourcen. Und da seien die privaten Kliniken im Schnitt sicherlich weiter als kommunale oder kirchliche Häuser:

„Vorstandsmitglieder dort, wie z.B. der Vorstandsvorsitzende des Rhön-Klinikums wollen selbstverständlich ein privatkapitalistisch geführtes und durchökonomisiertes Krankenhaus. Da kommt es also auch darauf an, Gewinne zu machen. Und feudale Strukturen, wie etwa das Chefarztsystem, sind dann eben dysfunktional.“ (Interview Medizinsoziologe)

Nirgendwo stehe im Übrigen geschrieben, so der gleiche Gesprächspartner, dass die deutschen Zahlen an Krankenhausbetten ein Optimum seien:

„In Deutschland hat man die höchste Dichte an Krankenhausbetten (nach den USA) und auch die höchste Dichte an niedergelassenen Ärzten (doppelt so hoch wie im Vereinigten Königreich). Und dort ist das verstaatlichte Gesundheitswesen nur halb so teuer wie das in der Bundesrepublik. Es gibt wesentlich mehr Pflegekräfte in Relation zu den Ärzten und Facharztbehandlung bekommt man nur im Krankenhaus. Man kann aber aufgrund der gängigen Vergleichszahlen nicht sagen, dass das Gesundheitssystem dort weniger leistungsfähig ist. Mehr ökonomisches Denken muss deshalb keineswegs ‚Verbetriebswirtschaftlichung‘ bedeuten.“

Ohne Zweifel sind es auch Auswirkungen dieser Ökonomisierung und des dahinter wirksamen ökonomischen Drucks, die Verfasser von Beiträgen zum Verbändewesen in der Ärzteschaft davon sprechen lassen, dass es im vergangenen Jahrzehnt zu einem Niedergang der Lobbymacht der Ärzteverbände gekommen sei – bei gleichzeitiger Entstehung neuer Lobbygruppen innerhalb der Ärzteschaft, die verschärfte Verteilungskonflikte signalisierten (Hassenteufel 1997, Bandelow 2005).¹¹ Zugleich werden innerhalb der Ärzteschaft Stimmen von Minderheiten laut, die nicht primär auf die Verteidigung überkommener Besitzstände und Privilegien einer Leistungselite orientieren, sondern vor allem die Frage aufwerfen, wie unter den Bedingungen tiefgreifender gesamtgesellschaftlicher Veränderungen und eines wachsenden Erosionsdrucks auf ein im Kern solidarischen Gesundheitssystem neue tragfähige solidarische Lösungen entwickelt werden können.¹²

Diese Argumentation wendet sich gegen eine Politik, die angesichts leerer Kassen seit Jahren mit immer neuen Maßnahmen bemüht ist, eine Kostendämpfung ohne wirklich grundlegende Reformen herbeizuführen. Wachsende Versicherungsbeiträge gelten ihr als Tabu. Die Lohnnebenkosten sollen vielmehr im Interesse der Stärkung der deutschen Wirtschaft in der Standortkonkurrenz gesenkt werden. Die anteilig gleiche Beteiligung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern an der Finanzierung des Gesundheitssystems wird, beginnend mit verschiedenen Schritten der Selbstbeteiligung modifiziert. Maßnahmen der Rationalisierung im Krankenhaus werden forciert (Fallpauschalengesetz), reiben sich aber an dort bestehenden vermachtesten Strukturen. Starke ökonomische Interessen, etwa die der Pharmaindustrie – der vdäa spricht vom Medizinisch-Industriellen Komplex – werden hingegen kaum angetastet (Glaeske 2006). In einem der Interviews, die im Rahmen dieses Projekts durchgeführt wurden, werden die Veränderungsprozesse im Krankenhaus wie folgt charakterisiert:

„Das ganze System der Krankenhäuser wird ökonomisiert. Die Arbeitsabläufe werden industrialisiert bis taylorisiert. Das ist der Punkt. D.h. auch das selbständige Entscheiden wird immer mehr versucht einzulegen. Du hast die Fallpauschalen, dann kommt die Kostenträgerrechnung und dann kommt sogar noch das Workflow-Management, d.h. von der Patientenaufnahme bis zur Entlassung mußt du klar haben, was passiert, was, zu welchem Zeitpunkt. So und alle Abweichungen müssen dann gerechtfertigt werden.“

11 Ähnlich äußert sich ein im Rahmen dieser Untersuchung befragter Experte.

12 Zu nennen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Stellungnahmen des vdäa (www.vdaae.de), etwa die Presseerklärung zur Kampagne der Kassenärztlichen Vereinigung „Geiz macht krank“ oder das Interview von N. Rakowitz, Geschäftsstellenleiterin des vdäa, in dem die Gesundheitsreform der großen Koalition als „Sieg der Lobbyisten“ charakterisiert wird (www.trend.infopartisan.net/trd0207/t150207.html).

Also wenn ne OP sich verlängert: Ist das abstellbar, oder hat sich das aus der OP selbst ergeben, oder war es ein organisatorischer Mangel? D.h. sie haben klinische Pfade, die fangen an bei der Aufnahme und enden bei der Entlassung, d.h. Entlassmanagement und es soll sogar noch darüber hinausgehen. Es muss also sogar geplant werden, wenn der Patient früh entlassen werden soll, wo denn dann hin mit dem? Kann er nach Hause, muss er in eine Reha-Klinik oder muss der in ein Pflegeheim? Da baut man jetzt schon Hotels, wo man dann quasi die Phase, wo man nicht mehr unmittelbar apparativ versorgt werden muss, dass die Patienten dann sozusagen in so eine Art Pflegehotels gegeben werden. Und für jede Station dieses Pfades, da werden dann Qualitätsstandards hinterlegt. Auf welchem Niveau hat dann in diesem Pfad was stattzufinden? Was ist state of the art? D.h. die Pflege definiert dann ihre Tätigkeit und die Ärzte haben dann ihre evidence based medicine, so nennt sich das, wo die dann ihren Standard hinterlegen.“ (Int. Gewerkschaftssekretär, ver.di)

Die Standesorganisationen der Ärzte¹³ sehen in dieser Lage vor allem ihre eigenen Besitzstände bedroht und artikulieren entsprechend lautstark ihre Kritik an der Gesundheitsreform der großen Koalition. Sie riefen zeitweilig offen zum Boykott auf, forderten öffentlichkeitswirksam die zeitweilige Schließung der Praxen der niedergelassenen Ärzte und forderten, so der Vorsitzende des MB auf dem außerordentlichen Ärztetag am 24. 10. 2006, das Ende der paritätischen Finanzierung. Die in diesem Kontext eher altruistische Argumentation des stellvertretenden Vorsitzenden des vda, G. Schwarzkopf-Steinhäuser, fand keine Resonanz.¹⁴ „Die Delegierten lehnten es schlichtweg ab, über seine Anträge zur Bürgerversicherung und Abschaffung von Zuzahlungen und Praxisgebühr abzustimmen“ (Rühmkorf 2006).

In der einschlägigen Literatur (Reinermann 2006, Bandemer 2004, Bandemer/Evans 2004) wird auf stetige Kostensteigerungen infolge zunehmend aufwendigerer und teurerer technischer Ausstattungen einerseits und der älter werdenden Gesellschaft andererseits verwiesen. So argumentiert auch W. Pföhler (2006), der von Kostensteigerungen von jährlich bis zu 4 bzw. zu 2 Prozent infolge dieser beiden Entwicklungen ausgeht. Ähnlich Begründungen führen auch H. Spengler und C. Jámbor an, die zusätzlich die hohe Arbeitslosigkeit in ihrer Argumentation berücksichtigen:

„Hohe Arbeitslosigkeit und die voranschreitende Überalterung der Gesellschaft und dadurch bedingt eine Verringerung der Beitragszahlerquote sowie die stärkere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch voranschreitende altersbedingte Morbidität und technologischen Fortschritt belasten das Gesundheitssystem sowohl von der Einnahmen- als auch von der Ausgabenseite“ (Spengler/Jámbor, 2006, 3).

Die durchaus interessierten Trendaussagen sind eindeutig: Bei gedeckelten Einnahmen, gilt es mit organisatorischen Maßnahmen die Effizienz zu steigern und/oder an der Kostenschraube durch stärkere Eigenbeteiligung der Beitragszahler und Begrenzung der Leistungen zu drehen.

Ein Personalratsmitglied beschreibt diese Entwicklung auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses unter dem Gesichtspunkt entsolidarisierender Effekte wie folgt:

„Die Entsolidarisierung hat ja lange vor den Abschlüssen schon stattgefunden. Es gibt die gedeckelten Kosten und dann eben die Anpassungen beim Personal nach dem Motto: ‚Die, die schon da sind, müssen eben noch mehr bringen.‘ Und der Umverteilungskampf, d.h. das ist zu scharf formuliert, denn das findet ja alles unter der Oberfläche statt, der hat längst begonnen. Also im letzten Jahr hatten wir die Vorgabe: Wir müssen 2,8 Mio einsparen (...) wegen steigender Energiekosten, der Mehrwertsteuererhöhung, der

13 In 12 Landesärztekammern stellen Mitglieder des MB mittlerweile den Vorsitz (Interviewangabe MB)

14 „Wir leben mit über vier Millionen Menschen ohne Arbeit. Diese Menschen haben oftmals gar keine Chance, eine Arbeit zu bekommen. Aufgrund ihrer sozialen Lage ist ihre Lebenserwartung um sieben Jahre geringer als die des gleichaltrigen Akademikers, der geregelt in seinem Beruf arbeitet.“ Diesen Menschen den Aufbau eines kapitalgedeckten Systems der Altersrückstellungen. Mehr Zuzahlungen und Wahltarife mit Selbsterhalt aufzubürden, sei deshalb unmenschlich“ (Rühmkorf 2006)

Tarifverträge von MB und ver.di usw. Das ist dann noch etwas reduziert worden auf ungefähr 2,4 Mio. Aber vor allem: Du hast das Thema anders als sonst im öffentlichen Dienst. Es gibt hier keine klaren Stellenpläne. Wenn sie die mit Soll- und Ist-Zahlen machen würden, dann hätten sie womöglich Probleme mit den Krankenkassen, die dann genauer da drauf gucken. Es wird dann also nie so deutlich und führt zu diesen Schiebereien. (...) Wenn dann gesagt wird, 2,5 % Personaleinsparungen über alle Beschäftigtengruppen, dann ist das nur relativ. (...) Im Bereich der Pflege sollen dann 13 Stellen eingespart werden. Und wir sehen dann, dass z.B. die Kolleginnen im Reinigungsdienst eines der Sparschweine sind, auf die zurückgegriffen wird, während die Ärzte schon ganz gut für sich selber sorgen, auch mit Unterstützung des ärztlichen Direktors. (...) es ist schwierig, da die Balance zwischen den Berufsgruppen zu halten.“

Ähnliche Beispiele werden aus anderen Kliniken berichtet. Veränderungen vollziehen sich unter einem stetigen Anpassungsdruck schleichend. Alle Beschäftigtengruppen sind betroffen, verfügen aber offenkundig über deutlich unterschiedliche, z.T. auch informelle Wege, sich gegen Folgen dieses Drucks zu wehren und die betrieblichen Interessenvertretungen sind zu schwierigen Balanceakten genötigt.

5 Arbeitsbedingungen und professionelle Rolle von Krankenhausärzten

Ein erstes Ursachenbündel für das Entstehen des Ärztestreiks dürfte in *Veränderungen der Arbeitsbedingungen* im Gesundheitswesen (in einem weiten Sinne) liegen. Die die Ärztestreiks organisierende und tragende Organisation „Marburger Bund“ ist eine berufsständische Gewerkschaft, die in diesem Konflikt v.a. die zunächst vielfach eigenständig artikulierten Interessen von Assistenzärzten und jungen Fachärzten in Krankenhäusern aufgegriffen hat und zum Ausdruck bringt.¹⁵ Es handelt sich um hochqualifizierte, und von daher trotz des Drucks leerer Kassen der öffentlichen Hand am Arbeitsmarkt eher durchsetzungsstarke Beschäftigte. Aber welche Interessen dieser Beschäftigtengruppe sind derzeit derart mobilisierungsfähig? Bekannt geworden ist in der jüngeren Vergangenheit, dass die Krankenhausärzte aufgrund belastender und problematischer Arbeitszeiten, insbesondere infolge langer Bereitschaftszeiten einem sehr hohen Druck ausgesetzt sind (Marburger Bund 2006a). Bekannt sind auch die diesbezüglichen Klagen vor dem Europäischen Gerichtshof. Auszugehen ist ferner davon, dass die spezifische Kostenentwicklung im Gesundheitswesen (infolge des demografischen Wandels sowie des technischen Fortschritts durch teure Apparatedizin und Medikamente¹⁶) in Verbindung mit der Budgetierung der Krankenhäuser und der Einführung der Fallpauschalen (Fallpauschalengesetz) den Kostendruck noch einmal spezifisch verändert hat (Reinermann 2006). Über die Auseinandersetzungen um den TvöD gelang es den öffentlichen Arbeitgebern diesem Kostendruck Rechnung zu tragen. Insbesondere dort, wo Bestandssicherungen zum Alten BAT nicht mehr griffen, also etwa bei Arbeitsplatzwechsel oder der Neueinstellung junger Ärzte führte dies zu neuen Unzufriedenheiten. Dies wird in den Interviews mit jungen ÄrztInnen ebenso sehr deutlich, wie in den Gesprächen mit allen anderen beteiligten Beobachtern (vgl. den Kasten). und alles dies sind die alltäglichen Erfahrungen die auf der alltagspraktischen Ebene wirksam wurden und denen gegenüber die auf Verbandsebene ansetzenden Debatten fruchtlos bleiben mußten, die darauf zielten, zu einer Versachlichung der Debatte beizutragen.¹⁷

Weiter gibt es zahlreiche Belege dafür, dass eine gewachsene Ärztedichte den bislang charakteristischen Karriereweg zunehmend verstopft. Hohe Belastungen im Krankenhaus können dann nicht mehr als vorübergehende Erschwernis auf dem Weg in eine etablierte Berufsexistenz als niedergelassener Arzt interpretiert und hingenommen werden.¹⁸ Belege finden sich durchgängig in allen Interviews. Ein Zitat aus der Gruppendiskussion mit Ärzten und zwei Zitate aus dem Interview mit dem Betriebsleiter eines großen städtischen Klinikums heben diese Veränderungen besonders eindringlich hervor. In der Gruppendiskussion, in der zu-

15 Von 70 000 Ärzten an kommunalen Krankenhäusern sind mehr als 50 000 Mitglied beim Marburger Bund, wohingegen ver.di und der Beamtenbund nur wenige Ärzte zu ihren Mitgliedern zählen. Die Wochenzeitschrift Focus spricht von 600 bzw. 400 Ärzten (Focus 32/2006, 30), nach Angaben von ver.di fügt die Gewerkschaft selbst aber nicht über gesicherte Zahlen (vgl. Fn 23).

16 W. Pföhler, Vorstandsvorsitzender des Rhön-Klinikums, geht davon aus, dass wir in den nächsten Jahren in der Gesundheitswirtschaft mit jährlichen Kostensteigerungen infolge des medizinischen Fortschritts von 4 bis 6 Prozent und infolge des demografischen Wandels von 1 bis 2 Prozent rechnen müssen (Pföhler 2006).

17 Vgl. insbesondere Cobbers/Schölkopf 2006 und Marburger Bund 2006. Während die Analyse des Verbandes eine Entwicklung „vom Traumjob zum Jobtrauma“ konstatieren zu können meint, beanspruchen Cobbers/Schölkopf zu einer Versachlichung der Diskussion beizutragen. Schon die jeweils verwendeten Daten zur Entwicklung von Einkommen und Arbeitszeiten sind unterschiedlich, solide Daten zu internationalen Vergleichen (beide beziehen sich u.a. auf die Nera-Studie) sind offensichtlich nicht hinreichend fundiert, weisen Lücken auf oder werden in augenscheinlich interessierter Weise ausgewählt. So kritisieren Cobbers/Schölkopf (2006, 14f) z. B. die auf die Nera-Studie gestützte Behauptung des Marburger Bundes, der zufolge deutsche Assistenzärzte im internationalen Vergleich besonders schlecht bezahlt werden, u. a. mit dem Hinweis darauf, dass dabei Gehälter von Assistenzärzten mit denen von Fachärzten verglichen würden, um dann im Rückgriff auf OECD-Daten für die Einkommen von Hausärzten einen Mittelplatz deutscher Hausärzte im internationalen Vergleich zu belegen. Das mag so sein oder auch nicht, im Blick auf die Auseinandersetzung um als angemessen geltende Gehälter für junge Krankenhausärzte konnten solche Daten schwerlich die von den Autoren angestrebte Versachlichung bewirken.

18 Nicht überraschend sind es in den näher betrachteten Fallstudien dann auch gerade Fachärzte mit Familie an der (weitgehend blockierten) Schwelle zum Oberarzt oder zur Niederlassung, die sich in den Streiks besonders engagiert haben, die aufgrund ihres Status zum Wortführer der Streikenden Ärzte prädestiniert waren und für die insbesondere die Arbeitszeitfrage von Bedeutung war: „Ich verliere als alter Facharzt immer. Es ist also mehr darum gegangen für die jüngeren Kollegen was rauszuholen (...) für mich ging es eher um geregelte Arbeitszeiten“.

Interviewaussagen zur Veränderung der Arbeitssituation junger Krankenhausärzte

- „In der Praxis ist es so, dass die Arbeitssituation junger Assistenzärzte sich der der qualifizierten Pflege deutlich angenähert hat. Aber Teamarbeit, gemeinsame Arbeit mit dem Pflegepersonal ist dann doch sehr von der Hierarchie abhängig. Die Ärzte orientieren sich da nach oben.“ (Gewerkschaftssekretär)
- „Die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege ist wichtige Voraussetzung für gute und sichere Versorgungsqualität der Patienten. Bisher hat die Zusammenarbeit trotz schwieriger Rahmenbedingungen funktioniert. (...) Die Pflege (hat sich) in den letzten Jahrzehnten professionalisiert. Das Pflegepersonal ist nicht mehr nur Befehlsempfänger und Diener, sondern setzt sich reflektiert mit dem auseinander, was Patienten berufsgruppenübergreifend benötigen. (...) Durch Neuordnung der Aufgaben könnte das Pflegepersonal 30 Prozent der ärztlichen Aufgaben übernehmen und die Ärzteschaft dadurch entlasten.“ (M.-L. Müller, Präsidentin des Deutschen Pflegerats)
- Andererseits sind die Assistenzärzte in diesen Hierarchien auch abhängig. „Die Assistenzärzte haben ihre Mehrarbeit nicht aufgeschrieben, weil die Chef- und Oberärzte sagen: Bei uns gibt es keine Überstunden.“ (Gewerkschaftssekretär ver.di)
- „Die Oberärzte gehen hier oft mit den Chefärzten um 17.05 Uhr aus dem Haus. Aber die Assistenzärzte haben schon seit Jahren keine vernünftigen Arbeitszeiten. Seit 89/90 kommt es mit Bereitschaftsdiensten zu Arbeitszeiten bis zu 36 Stunden: Hier bei uns im Klinikum haben wir das auf 24 Stunden begrenzt. D. h. sie machen dann 8 Stunden Normalschicht und haben dann bis zur nächsten Frühschicht Bereitschaft, an 5 – 7 Tagen im Monat. (...) Es hängt dann aber vielleicht auch noch vom Chefarzt ab, ob sie die Morgens Visite dann auch noch mitmachen. (...) In der Zeit des Bereitschaftsdienstes sind die Assistenzärzte allerdings oft stark belastet, vor allem zwischen 16 und 22 Uhr in der Ambulanz, wenn die Hausärzte ihre Praxen geschlossen haben, ist der Andrang von Patienten groß.“ (Personalrat)
- „Eigentlich war eine Mischung aus allem für den Streik wichtig. Die neuen Arbeitszeitbestimmungen sind nach der Entscheidung des EGH nicht umgesetzt worden. Die Überführung des BAT in den TVöD hat für uns Ärzte nur Nachteile erbracht.“ (Facharzt)
- „Also an diesem Tisch hier haben bestimmt schon zehn Sprecher von Assistenzärzten gesessen und haben mir ihr Leid geklagt, sich über die Chefärzte beschwert. Aber sie wagen es eben nicht, ihren Unmut auch außerhalb dieses Raums zu artikulieren. Sie haben Zeitverträge, bestimmte Qualifizierungen dauern dann eben länger, an ihrer Promotion müssen sie ein zusätzliches Jahr arbeiten usw.“ (Betriebsleiter eines Klinikums)
- „Früher ist die Tätigkeit als Krankenhausarzt eine Durchlaufstation gewesen. Das Ziel der meisten ist es gewesen, niedergelassener Arzt zu werden. Das hat sich geändert. Heute müssen wir vom Lebensarbeitsplatz Krankenhaus für viele Ärzte sprechen. Und viele von denen haben nicht die Perspektive Oberarzt oder Chefarzt zu werden.“ (Repräsentant MB)

nächst alle hier angesprochenen Punkte mit viel Zustimmung erörtert wurden, äußert sich ein Arzt zu den Rationalisierungsprozessen zusammenfassend:

„Die Rationalisierung im Krankenhaus, das erlebst Du ja als einen schleichenden Prozess, das kriegt man ja gar nicht bewußt mit. Meine Arbeit vor 25 Jahren, die kommt mir heute ja fast wie Urlaub vor (...). Wenn nichts zu tun war, bin ich Mittags gegangen, oder man hat auch mal Doppelkopf gespielt. Du bist gekommen, wenn Du gebraucht wurdest und du bist gegangen, wenn Du nicht gebraucht wurdest, und hast vielleicht ein paar Einkäufe in der Stadt gemacht. Das ist heute alles undenkbar.“

Der Pflegedienstleiter konstatiert zum Abschluss einer entsprechenden Gesprächspassage:

„Das ist alles richtig (meint die Bewertung der veränderten Arbeitsbedingungen), aber noch wichtiger ist ein anderer Punkt, nämlich die relative Perspektivlosigkeit. Es gibt die Begrenzung der Finanzmittel, es gibt eine Niederlassungsbegrenzung und die jungen Assistenzärzte sind dann, wenn sie ihren Facharzt gemacht haben ohne Chance auf eine Oberarztstelle. Das können sie sich ausrechnen, wenn sie die jungen Oberärzte sehen, die diese Funktionen wahrnehmen. (...) Und bei den etwas Älteren haben sich dann Lebenseinstellungen verändert. Die wollen eine geregelte Arbeitszeit und eine Verbesserung ihrer Möglichkeiten Freizeit zu planen. (...) Das ist ein genereller Paradigmenwechsel, der da in den letzten zwanzig Jahren passiert ist. Die kommen im ärztlichen Dienst bis zum Facharzt und dann sind die Möglichkeiten eh weg. Und das sehen die natürlich auch so, und darüber wird auch geredet.“ (Pflegedienstleiter)

Auch die Fokussierung der Streiks auf die vergleichsweise mäßige Bezahlung als Assistenz- oder Facharzt wird vor diesem Hintergrund verständlich: Die verschlechterten Arbeitsbedingungen sind aufgrund der alltagspraktisch gegebenen Abhängigkeiten in der Ärztehierarchie kaum wirklich zu artikulieren.¹⁹ Mit einer nach dem EHG-Urteil aber vielleicht doch greifbareren neuen Regulierung von Arbeitszeiten und mit den neuen Tarifvertraglichen Bestimmungen des TVöD drohen dann aber schmerzliche Einkommensverluste, nachdem Abstriche bei Weihnachts- und Urlaubsgeld ohnehin schon hingenommen werden mußten – und v.a. ver.di als Mangel an konsequenter Interessenvertretung angelastet werden.²⁰ Was so am einfachsten möglich ist, ist die Einigung auf eine Forderung nach einer dreißigprozentigen Tarifierhöhung – bezogen nicht auf den neuen TVöD, sondern auf den alten BAT – die wenigstens eine deutliche finanzielle Kompensation für zunehmend als unzumutbar empfundene Arbeits- und Karriereperspektiven liefern soll.

Ein zweites Bündel von Konfliktursachen kann in Veränderungen der Professionalität von Ärzten vermutet werden, für deren genaueres Verständnis U. Oevermanns „Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns“ aufschlussreich ist (Oevermann 1995/1996).²¹ Es ist vermutlich nach wie vor davon auszugehen, dass es im Arbeitsalltag der Krankenhäuser deutliche, berufsständisch begründete, Abgrenzungen gegenüber anderen, bei ver.di besser organisierten Beschäftigtengruppen (Pflegeberufe) gibt.²² Aber ebenso sicher dürfte sein, dass der für Ärzte früher gewissermaßen selbstverständlich gegebene, u.a. am Habitus ablesbare, besondere Status für die Gruppe der jungen Assistenz- und FachärztInnen so nicht mehr gegeben ist.

19 Spengler/Jámbor (2006, 13) sprechen von „prekären Beschäftigungsverhältnissen“ trotz faktischer Vollbeschäftigung bei Ärztstellen im öffentlichen Dienst. 42,5 % der vollzeitbeschäftigten Ärzte (und sogar 78,4 % derjenigen unter 35 Jahren) hätten befristete Arbeitsverhältnisse – gegenüber 11,9 (bzw. 38,9 %) im sonstigen öffentlichen Dienst. „Besonders kurz laufende Verträge (mit einer Befristungsdauer von teilweise nur 3 Monaten) existieren z.B. an baden-württembergischen Universitätskliniken.“

20 Dass ver.di selbst hier eine Tarifpolitik in zunehmender Defensive betreiben muss und in nachvollziehbaren gewerkschaftsnahen Bewertungen mit der Tarifaufeinandersetzung 2005 immerhin einen „arbeitszeitpolitischen Durchmarsch im Öffentlichen Dienst“ mit einem „Kompromiss auf Zeit“ verhindert hat (Bispinck 2006a, 22) wird dabei nicht gesehen. Statt dessen wird in einem der Ärzteinterviews hervorgehoben, dass ver.di viel zu sehr auf die Argumente der Gegenseite eingehe. Schließlich sei „der Bsierske ja mal Personalmann in Hannover gewesen“. Scharfe Kritik in dieser Richtung kennzeichnet auch Flugblätter, die während des Streiks von streikenden ÄrztInnen in Umlauf gebracht wurden.

21 Oevermann (1995, 3) bezieht sich dabei ganz ausdrücklich auf „die klassischen Professionen“ wie Arzt, Kriminalist, Kunsthistoriker.

22 Für die wäre allerdings auch noch danach zu fragen, welchen Veränderungen infolge von Professionalisierung und Akademisierung sie ausgesetzt ist. Vgl. das Interview mit der Präsidentin des Deutschen Pflegerats, Marie-Luise Müller in Freitag 26, vom 30.06.2006.

Abstieg: Vom „Halbgott in weiß“ zum „Facharbeiter in der Gesundheitswirtschaft“

Man kann das Fallpauschalensystem zunächst einmal als eine sinnvolle Rationalisierung des Umgangs mit knappen Ressourcen im Krankenhaus ansehen, das sich nicht mehr „an der Mitternachtserwärmung von Betten orientiert“ (Montgomery 2006a, 5). Dass seine Einführung und die Entfaltung seiner Wirkungen unter den Bedingungen eines stetigen massiven Kostendrucks erfolgt sind, ist allerdings in mehrfacher Hinsicht nicht folgenlos:

1. Es unterwirft die Arbeit der Ärzte zunächst einmal einem hohen Zwang zur Disziplin bei der Dokumentation der einzelnen Fälle, die innerhalb dieses Systems unter dem Aspekt durchschnittlicher Kosten betrachtet werden.
2. Es ist damit aber auch die Ursache für die Klagen eines unverhältnismäßigen Anwachsens „berufsfremder“ bürokratischer Arbeiten- insbesondere seitens der Assistenzärzte, deren Arbeit vergleichsweise weniger kostet und bei denen deshalb diese Tätigkeitsanteile in besonderem Maße kumulieren.
3. Der Prozess der Ökonomisierung der „Gesundheitswirtschaft“, für den das Fallpauschalengesetz als exemplarisches Beispiel genommen wird, steht aber auch für eine professionspolitisch höchst bedeutsame Umdefinition des Arzt-Patienten-Verhältnisses und für eine Umdefinition der Rolle des Arztes. Der Psychoanalytiker J. Hardt spricht hier davon, dass „die ehemaligen ‚Götter in Weiß‘ zu Facharbeitern der Gesundheitswirtschaft absteigen sollen“ (Hardt 2007).

Wohl nicht zufällig ist es ein Psychoanalytiker, der hier der Veränderung von „Krankenbehandlung“ zu ‚Gesundheitsversorgung‘ aus der Perspektive des Therapeuten als einer Kluft zwischen zwei Sprachspielen nachgeht, und hier in Anlehnung an George Orwell von einem „‘Neusprech‘, das Denken Regulieren und anderes Denken aus dem Verkehr ziehen soll“ ausgeht. Seiner Argumentation zufolge geht es in der immer dichter werdenden Abfolge vermeintlicher Reformen nicht mehr um eine „Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung bzw. der Gesundheit der Bevölkerung, sondern alleine um die Stärkung des Wettbewerbs. Was das mit Gesundheit zu tun hat, wird nur einsichtig, wenn man nicht in therapeutischer Weise denkt. Gesundheit wird jetzt als Ware aufgefaßt, die auf dem Gesundheitsmarkt gehandelt wird und mit Leiden und körperlich-seelischem Wohlbefinden nur mittelbar zu tun hat. Leiden und dessen Behandlung ist im Gegensatz dazu Sache der Krankenbehandlung, die auf dem Gesundheitsmarkt als Kostenfaktor erscheint.“ Übertrage man aber die Gesetze des Marktes schleichend und zunehmend verbindlich auf die Krankenbehandlung, so richte man schweren kulturellen Schaden an, denn: „In so genannten Qualitätssicherungen und Effizienzkontrollen sowie Normierungen von Arbeitsvorgängen wird (...) Misstrauen in therapeutische Beziehungen implantiert, das die Notwendigkeit des Sich-Anvertrauens konterkariert. Zugleich wird zunehmend eine Entmündigung der vormals freiberuflichen Ärzte und Therapeuten betrieben, die ständiger Fortbildungspflicht unterworfen werden, als wäre nicht ohnehin im Ethos einer Profession enthalten, sich nach bestem Können zu informieren und das Bestmögliche zu tun. Die Entäuberung des Ethos ist ein Angriff auf die Profession des Heilens. Therapeuten, die nur noch normgerechte Leistungen erbringen sollen, sind nicht mehr Professionelle sondern üben einen abhängigen Beruf aus, der Aufträge erfüllt.“

Diese sicherlich auch auf das Arzt-Patient-Verhältnis niedergelassener Ärzte bezogene Feststellung bringt wesentliche Veränderungen eines Gesundheitssystems zielsicher auf den Punkt, die gegenwärtig auf Symposien zur Zukunft des Berufsbildes von Ärzten in der Tat – aus der Perspektive des Krankenhausmanagements – nach dem Bild industrieller Rationalisierung unter dem Blickwinkel der „Herstelltechnik“ von Gesundheit betrachtet werden (Pföhler 2006). Es spricht sehr viel dafür, dass ein Motiv des Ärztestreiks bzw. der Unzufriedenheit junger KrankenhausärztInnen auch darin zu suchen ist, dass „normale Arbeitsbedingungen“, wie sie von Streikenden eingefordert werden auch mit einem bedrohten, oder schon verloren gehenden Ethos ihrer Profession zu tun haben. Aber es ist auch ganz offenkundig, dass dieses Motiv in den Forderungen, für die schließlich gestreikt worden ist, nur als ein verborgenes Motiv eine Rolle spielt.

Der Wandel des einstmaligen paternalistischen Berufsverständnisses zum „Partner des Patienten“ oder zum „Dienstleister“ bereitet Probleme (vgl. Klemperer 2006). Die Einführung der Fallpauschalen wird hier noch einmal unter einem anderen Blickwinkel wichtig, denn es geht nicht nur darum, ob ein je konkreter Behandlungsfall unter Kostengesichtspunkten von der Krankenhausverwaltung überhaupt akzeptiert wird, was den früheren Status des Arztes in sich auch schon verändert, sondern es geht auch um das Erfordernis einer „naturwüchsigen Einstellung zum Fallverstehen“ (Oevermann 1995, 3) in dem Sinne, dass der Erfolg (hier des ärztlichen Handelns) „wesentlich von der Güte des Verstehens lebenspraktischer Konstellationen unter Bedingungen erschwerter Bedeutungsdurchschiffung abhängt“ (Oevermann, 1995, 4). Oevermann spricht hier vom Neuen „als widersprüchlicher Einheit von Innovation und Tradition (a.a.O.)“.

Die Argumentation im Kasten auf der voranstehenden Seite beschreibt die eingetretenen professionspolitischen Veränderungen als einen Abstieg der früheren „Götter in weiß“ zu „Facharbeitern in der Gesundheitswirtschaft“ gerade im Hinblick auf die veränderte Konstellation im Krankenhaus sehr pointiert, im Licht der Interviews zu der hier vorgelegten Untersuchung aber auch zutreffend. Ein befragter Experte (Medizinsoziologe) betont, die Ganzheitlichkeit

in Bezug auf Behandlung des Patienten sei zuerst in der Pflege (ungefähr vor dreißig Jahren) aufgebrochen worden, und heute seien die Ärzte auch an diesem Punkt. Es werde da auch zu unterschiedlichen Ausbildungsgängen im Studium kommen. Über Bachelorausbildungen für Mediziner werde heute bereits nachgedacht. In Bezug auf die Anästhesie sei z.B. schon heiß diskutiert worden, ob es denn ein vollwertiger Arzt sein müsse, der als Anästhesist eine Operation begleite. Von Repräsentanten aus Privatkliniken sei argumentiert worden, es sei absolut hinreichend, wenn das von Personen aus dem Pflegepersonal gemacht werde. Ähnliche Debatten gibt es auch in Bezug auf die nichtärztliche Chirurgie-Assistenz durch Chirurgisch-Technische Assistenten (CTA) (vgl. [home>>DGCH>>Aktuelles>>CTA-Workshop](#))²³.

In der Gruppendiskussion wird die hier angesprochene Dimension professionspolitisch bedeutsamer Veränderungen der Tätigkeit von Krankenhausärzten gestützt. Die Frage des Interviewers, ob „die Umdefinition des einzelnen Falls vom therapeutischen Fall der Behandlung einer Krankheit zur Schablone der fallgerechten Herstellung von Gesundheit und damit die Veränderung der Rolle des Arztes zu der eines ‚Facharbeiters der Gesundheitswirtschaft‘ im Hintergrund des Streiks auch eine Rolle spiele, wird von drei der vier Gesprächsteilnehmer zunächst durch Nicken bestätigt. Die Diskussion kehrt dann aber umgehend auf die veränderten Arbeitsbedingungen in ihrer Bedeutung für das Zustandekommen des Streiks zurück.“²⁴

Auch die Streikforderungen der jungen KrankenhausärztInnen sind, wie noch zu zeigen sein wird, sehr stark auf die zunehmend als unzumutbar empfundenen Arbeitsbedingungen fokussiert. Die Frage nach der eigenen professionellen Rolle an der Schnittstelle zur qualifizierten Pflege, im Verhältnis zum Patienten und im Hinblick auf die Ganzheitlichkeit der therapeutischen ärztlichen Rolle wird hingegen nicht explizit hervorgehoben. Dabei zeigt sich, dass gerade im Streik auch solche Fragen als eine Konfliktdimension enthalten sind, die hinsichtlich ihrer Bedeutung zwar nie wirklich ausgeleuchtet worden ist, als Motivation für das Handeln der Streikenden aber überhaupt nicht überschätzt werden kann. V. a. zusammenfassende Bewertungen des Streiks seitens der streikenden Ärzte machen das sehr deutlich:

23 Hier gibt es entsprechende positive Erfahrungen in den USA und in England und offenbar auch schon in Kliniken privater Träger. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie warnt hingegen vor „einer Deprofessionalisierung des chirurgischen Berufes und fordert v.a. „Entlastung von primär nicht-ärztlichen Tätigkeiten (... wie) Dokumentation und Kodierung zur Erlössicherung, Terminabstimmung, Sammeln von Befunden“ Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Pressemitteilung 07.03.2007).

24 In einem Interview mit einem Personalratsmitglied in einer psychiatrischen Klinik finden sich Hinweise auf ein kontrastierendes Bild. Dort heißt es: „Und die Ärzte können hier relativ eigenverantwortlich arbeiten (...). Das hat natürlich auch mit den Patienten hier zu tun. Du mußt mit ihnen sprechen. Der Arzt hat immer seinen einzelnen therapeutischen Fall (...). Du siehst die Hierarchie auch nicht so. Die Ärzte laufen hier nicht im Kittel herum und haben ein Stethoskop um den Hals hängen; so wie das Pflegepersonal hier auch nicht in Kitteln herumläuft. Und bei der Visite kommt der Oberarzt dann zwar dazu, aber der steht dann dabei.“

„Für uns war der Streik sehr wichtig. Ich greife da ruhig noch einmal die Formulierung von ‚Monty‘ auf der Dortmunder Kundgebung auf, die Sie vorhin zitiert haben. Also dass er vom ‚Sklavenaufstand‘ gesprochen hat. (...) Es ist heute ja auch so: Das Ausland zieht. Viele gehen in die Industrie. Wir haben Ärzte, die gehen. (...) Und durch den Streik haben wir unser Selbstverständnis und unser Selbstbewußtsein gestärkt. Die Streikerfahrung war gut. (...)„Wir standen ständig unter Strom (...) Wir haben uns bewußt gemacht, dass wir das Klinikum über all die Jahre mit unseren unbezahlten Überstunden am Laufen gehalten haben. (...) Und wichtig war auch, dass wir endlich mal gezeigt haben, dass wir da sind. Die Chefärzte haben gesehen, dass wir auch anders können.“ (Facharzt)

Der gleiche Gesprächspartner betont an anderer Stelle, dass dies ja nicht ein Streik gegen die Chefärzte gewesen sei, aber in manchen Kliniken hätten doch gerade auch Chefärzte gemerkt, wie sehr sie auf die Kooperation mit qualifizierten Fachärzten angewiesen seien. Die Chefärzte seien selbstverständlich zu allen Streikversammlungen eingeladen worden. Manche hätten dort auch das Wort ergriffen. Mit einem habe er allerdings einen längeren Disput unter vier Augen gehabt, weil der ihn als ‚Rädelsführer‘ bezeichnet habe. In solchen Situationen während des Streiks klingt dann an, dass es eine markante Konfliktlinie zwischen den alten „Göttern in weiß“ und den neuen „Facharbeitern in der Gesundheitswirtschaft“ in diesem Streik eine erhebliche Rolle spielte. Verbandlicherseits wird diese Konfliktlinie aus naheliegenden Gründen allerdings verdeckt. Statt dessen werden Gemeinsamkeiten in den Vordergrund gerückt. F. U. Montgomery betont so z.B. in einer Rede auf einem Symposium des Rhönklinikums zum „neuen Berufsbild für Ärzte“ die Unterstützung des Streiks durch Oberärzte und auch Chefärzte und bemüht das Bild des Chefarztes, der seine Assistenzärzte zur Streikteilnahme auffordert und selbst die Notdienstaufnahme besetzt hält.²⁵

Geht man von den hier unter Rückgriff auf die einschlägige Literatur skizzierten Veränderungen von Arbeitsbedingungen und Berufsrolle von Krankenhausärzten aus, so kann man die folgenden spezielleren Hypothesen formulieren: Die Assistenzärzte als spezifisch eingegrenzte Teilgruppe der Ärzteschaft sind in besonderer Weise von den relativen Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und dort eben auch für die Ärzte betroffen. Zugleich sind sie aber auch immer noch in spezifischer Weise innerhalb der hierarchischen Strukturen des Gesundheitswesens positioniert. Dies ist die Grundlage dafür, dass die Assistenzärzte, vergleichbar zu anderen durchsetzungsstarken Gruppen am Arbeitsmarkt, Träger neuer arbeitspolitischer Initiativen werden und der MB einerseits zunehmend den organisatorischen Rahmen für ihre Interessenartikulation und -durchsetzung bietet, andererseits in seinem Charakter immer noch im Gefüge des für die Ärzteschaft charakteristischen Verbandswesens zwischen berufsständischem Verband und Gewerkschaft changiert. Um dies besser zu verstehen ist allerdings noch ein etwas genauerer Blick auf das Geflecht der berufsständischen Organisationen von ÄrztInnen in der Bundesrepublik Deutschland erforderlich.

25 Ich beziehe mich hier auf meine Mitschrift der Rede.

6 Zur Funktion und Bedeutung berufsständischer Verbände der deutschen Ärzteschaft

Ärzteverbände gelten in der Bundesrepublik Deutschland als besonders erfolgreiche Interessenverbände. Es gibt in der Bundesrepublik gut 388 000 Ärzte (Stand 31.12. 2003), davon sind 300.000 berufstätig. Neben den 17 Landesärztekammern – als Körperschaften öffentlichen Rechts mit Zwangsmitgliedschaft aller Ärzte –, die u.a. mit Berufs- und Weiterbildungsordnungen, der Umsetzung von Gesetzgebungen auch mit der politischen Interessenvertretung der Ärzte befaßt und in der Bundesärztekammer, die selbst keine Körperschaft öffentlichen Rechts ist, zusammengefaßt sind, gibt es drei große Berufsverbände: (1) Den Marburger Bund (MB) als „Ärztegewerkschaft“, wie C. Bandelow (2005, 3) noch in Anführungszeichen gesetzt schreibt, der angestellte und beamtete Mediziner vertritt und 2004 bei in den 1990er Jahren stetig gestiegenen Mitgliederzahlen ca. 80.000 Mitglieder aufweist, (2) den Hartmannbund, der primär Verband der niedergelassenen Ärzte ist und eine Mitgliederzahl von 60.000 angibt, sowie (3) den NAV-Virchow-Bund mit ca. 20.000 Mitgliedern, der sich an eine ähnliche Klientel richtet. Es gibt ferner eine Vielzahl von Verbänden für spezielle Arztgruppen (Internisten, Chirurgen, Anästhetisten usw.) und – mit einer „ideologischen Sonderstellung innerhalb der fast ausschließlich liberal-konservativ orientierten Ärzteverbände“ (Bandelow 2005, 5) – den 1986 gegründeten Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) mit relativ wenigen (vermutlich unter 1000) Mitgliedern. Auch bei ver.di und beim Deutschen Beamtenbund sind mit 600 bzw. 400 Ärzten (Focus 32/2006, 30)²⁶ nur kleine Minderheiten dieser Berufsgruppe organisiert. Die genaue Zahl der Ärzte in der eigenen Mitgliedschaft ist ver.di selbst nicht bekannt. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass die ötv als größte Vorläuferorganisation 1984 die gesonderte Zusammenfassung der Ärzte als Berufsgruppe aufgegeben hat – „ohne Not“ und „grob fahrlässig“, wie ein hierzu befragter Medizinsoziologe rückblickend kommentiert. Oder aus der Perspektive eines Personalratsmitglieds:

„Ver.di hat ja nie einen besonderen Fokus auf das Gesundheitswesen gelegt. Und jetzt kriegen sie das Thema, weil das ein Markt ist, wo sich viel bewegt. (...) Und ver.di, und früher auch die ötv, hat ja nie geguckt ‚was haben wir da, auch unter den Ärzten, an Mitgliedern und wie können wir die bedienen?‘“ (Personalrat)

Im Rahmen der Gruppendiskussion formuliert ein, immer noch bei ver.di, inzwischen aber auch beim MB organisierter Arzt diese Erfahrungen mit einer großen DGB-Gewerkschaft etwas resigniert wie folgt:

„Mein Vater war auch Arzt, hat nach dem Krieg ein Jahr ohne Geld gearbeitet und war selbstverständlich in der ÖTV, aber die wollte von den Ärzten dann nichts mehr wissen. Für die hat er zu den Privilegierten, zum Klassengegner gehört.“ Und an späterer Stelle heißt es dann in Bezug auf den aktuellen Konflikt: „Geschichte wiederholt sich. Ver.di war nicht bereit, das zu übernehmen, was sich authentisch aus der Gruppe der Assistenzärzte an den Unis heraus entwickelt hat.“

Erst mit der Gründung von ver.di ist über einen entsprechenden Impuls der DAG, mit der der MB bis zum damaligen Zeitpunkt tarifpolitisch kooperierte, so etwas wie eine Berufsgruppenarbeit von Ärzten wieder

26 Zur Mitgliedschaft von Ärzten bei ver.di gibt es keine genauen Angaben. Ver.di selbst verfügt nicht über gesicherte Zahlen (Interviewangabe) und demzufolge müssen die Angaben Anderer spekulativ sein. Als ver.di 1984 die Zusammenfassung von Ärzten als besonderer Berufsgruppe aufgab – ein Schritt, auf den dann zwei Jahre später die Gründung des vdää folgte – waren Interviewangaben zufolge ca. 3.500 Ärzte bei der ötv organisiert, gegenüber einer gut zehnfachen Zahl von Mitgliedern im MB.

neu entwickelt worden.²⁷ Doppelmitgliedschaften, etwa bei ver.di und dem vdää, aber auch beim Marburger Bund sind Interviewaussagen zufolge keine Seltenheit.²⁸

In der Literatur werden die Ärzteverbände, von den Körperschaften bis hin zu den freien Verbänden, als „intern streng hierarchisch organisierte Verbände“ charakterisiert. C. Bandelow beschreibt dies differenziert allerdings nur für die Ärztekammern sowie – mit Verweis auf „ausgeprägtere Strukturen der internen Gewaltenteilung“ – bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und betont dann demgegenüber die relativ größere Homogenität der Mitgliedschaften in den Facharztverbänden, macht auch noch einige Bemerkungen zu Konflikten zwischen Haus- und Fachärzten im Hartmannbund, sagt aber leider nichts im Speziellen zum Marburger Bund. G. Busch und S. Stamm (2006, 38) heben hervor, dass die Satzung des Marburger Bundes keine wirkliche Gegnerfreiheit sicherstelle: „Die Satzung des MB (z.B. in Baden-Württemberg, Stand 2004) erlaubt Ärztinnen in Arbeitgeberpositionen nicht nur die Mitgliedschaft sondern auch die Wahl bis in die Vorstände (38)²⁹ In einem Expertengespräch beim Marburger Bund wird hierzu darauf verwiesen, dass der Verband eine stark föderale Struktur habe und die einzelnen Landesverbände, bei im Ergebnis sehr ähnlichen Regelungen, in der Gestaltung ihrer Satzung autonom seien, zugleich aber auch eingeräumt, dass es in der Tat einen beachtlichen Einfluss von Personen aus der Spitze der Ärzthierarchie in den Krankenhäusern innerhalb des Verbandes gebe. Andererseits wird betont, der MB sei innerhalb der Ärzteschaft; bei aller Bedeutung der Verknüpfung v.a. mit den Ärztekammern, der Verband der jungen Ärzte. Die einzelnen Regionalverbände hätten zudem sehr flache Hierarchien. Der befragte Medizinsoziologe kommentiert, der MB sei doch eher eine Vereinigung, „in der ein paar Oberärzte das Sagen haben, also der Mittelbau. Chefärzte spielen da keine große Rolle.“ (Int.)

In neuesten Veröffentlichungen der Verbandssoziologischen Literatur wird davon gesprochen, dass sich „die Konfliktfähigkeit der Ärzte in den letzten Jahren reduziert“ habe (Bandelow 2005, 5). Ähnlich argumentiert auch Hassenteufel (1997) in einem internationalen Vergleich. Im Zuge der Gesundheitsreformen der 1980er und 1990er Jahre sei es zu einem Machtverlust der Verbände gekommen. C. Bandelow bringt die Entstehung verschiedener Spezialverbände in Verbindung mit einer wachsenden Konkurrenz innerhalb der Ärzteschaft um gedeckelte Ressourcen.

Im Zuge der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen um die Kosten des Gesundheitswesens sind die Ärzteverbände andererseits gerade in der allerjüngsten Vergangenheit vermehrt als Interessenverbände in Erscheinung getreten. Die Heftigkeit der Auseinandersetzung zwischen den als Lobby auftretenden

27 Deren Potential aus auf Grundlage der vorliegenden Recherche, also weniger Expertengespräche und einer Gruppendiskussion mit Ärzten, die bei ver.di organisiert sind, nicht fundiert abzuschätzen. Sicher dürfte aber sein, dass ver.di eine stärkere Resonanz in der Ärzteschaft nur gelingen wird, wenn sie diese Berufsgruppenarbeit stärkt und Ärzten so eine authentische Artikulation eigener Interessen unter dem Dach von ver.di ermöglicht.

28 Einen *Bund Gewerkschaftlicher Ärzte*, der nach 1945 neu gegründet wurde, gab es im Übrigen schon zu Zeiten der Weimarer Republik, der nach 1945 neu gegründet worden sei. „Das waren vor allem Ärzte aus dem öffentlichen Dienst, aus den Gesundheitsämtern und, sagen wir mal der Oberarzt aus dem Knappschafts Krankenhaus Bergmannsheil in Bochum.“ (Int. Medizinsoziologe) Die ÖTV habe das dann ohne Not aufgegeben („grob fahrlässig“) und danach sei dann der vdää entstanden, der sich dann aber vor allem auf oppositionelle Ärztekammerlisten orientiert und fast überall auch bedeutende Minderheitenpositionen errungen habe (vgl. auch Beck u.a. 1987).

29 Die Autoren kommentieren im Anschluss daran: „Die satzungsrechtliche Lage mag dem Handeln als Berufsstand und nicht als Organisation abhängiger Arbeit zwar Vorschub leisten, ist hier aber nicht entscheidend. Faktisch haben aber die ÄrztInnen in diesem Konflikt Interessenübergreifend gehandelt. Und ohne die Unterstützung der ärztlichen Arbeitgeber hätte der MB seinen Streik auch so nicht führen und durchsetzen können. Aufgrund der niedrigen Mitgliedsbeiträge (124 € für AssistenzärztInnen bis 226 € für ChefärztInnen im Jahr, Baden-Württemberg 2006) wird kein Streikgeld gezahlt. Einen wochenlangen Erzwingungsstreik können die streikenden ÄrztInnen nicht durchhalten. Deshalb wurden vielfach beim Streik Arbeitszeitkonten geleert, Überstunden abgebaut, Urlaub genommen oder von den OberärztInnen und ChefärztInnen Überstunden, die bisher nicht dokumentiert wurden, aufgeschrieben und für den Streik genutzt.“ (S. Busch/Stamm 2006, 35) Dies ist einerseits schlüssig, im Licht der hier vorgelegten Streikanalyse (vgl. Kapitel 7) aber doch zu relativieren. Die streikenden Ärzte haben z.T. durchaus einfallsreich (vgl. etwa das Modell der „Solinger Streikkasse“, das in der Verbandszeitschrift des Marburger Bundes zweimal publiziert wurde, im Rahmen ihres eigeninitiativen Handelns durchaus innovative Lösungen gefunden und man kann einen Streik wie den der Ärzte wohl auch nicht nach den Maßstäben klassischer gewerkschaftlicher Erzwingungsstreiks beurteilen. Begrenzte, aber kumulative und öffentlichkeitswirksam in Szene gesetzte Aktionen sind prägend. Vergleichbare, unter dem Gesichtspunkt der Streikkosten anders zu bewertende, Streikformen hat es im Übrigen in der Vergangenheit durchaus auch schon als Modifikationen klassisch industriegewerkschaftlicher Streiks gegeben, z.B. in Gestalt des „aktiven tariflosen Zustands“ während des Chemiestreiks 1971 (Dzielak u.a. 1978).

Verbänden der Ärzteschaft und der Politik, kann allerdings als Signal dafür gesehen werden, dass die stille Lobbyarbeit der Vergangenheit angesichts eines massiv angewachsenen Kostendrucks eben gerade nicht mehr funktioniert.

Zugleich gibt es innerhalb der Ärzteschaft, organisiert v. a. um den Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) eine stetige Kritik an der Dominanz der Leistungsanbieter im deutschen Gesundheitswesen. Gegen die Interessen des „Medizinisch-Industriellen Komplexes (MIK) und der verbandlich organisierten Ärzteschaft habe es auch die große Koalition

„nicht gewagt, Teile der dort gemachten Gewinne in die Prävention, die kurative medizinische Versorgung und die Rehabilitation umzulenken.(...) Von großer Bedeutung ist, dass diese Anbieter kraft ihrer Dominanz definieren, was Gesundheit und was Krankheit ist, und welche Therapie und Diagnostik anzuwenden ist, wie der „medizinische Fortschritt“, diese heilige Kuh unserer Gesundheitspolitiker auszusehen hat. Es ist offensichtlich politischer Konsens, das Gesundheitswesen so zu gestalten, dass ein profitables Umfeld für die Anbieter herrscht – Das Gesundheitswesen als großer Markt und Motor der Wirtschaft, der Patient als Profitquelle.“

Und im Blick auf die Lobbytätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung im Zuge ihrer Kampagne „Geiz macht krank“, heißt es in der gleichen Presseerklärung des vdää weiter:

„Natürlich gibt es Kolleginnen, die deutlich unter dem Durchschnitt(seinkommen niedergelassener Ärzte von 80.000 € allein aus Kassenleistungen H.M.) liegen, die nur wenige Privatpatienten haben und die aus ethischen Gründen IGel (individuelle Gesundheitsleistungen, die privat abgerechnet werden H.M.) ablehnen und damit auf zusätzliche Einkommen verzichten. Dennoch ist es unverantwortlich und uns mehr als peinlich, gegenüber der Öffentlichkeit von Unterfinanzierung zu reden, also finanzielle Not zu beklagen. Dabei sehen wir auch, dass sich die Arbeitsbedingungen im kassenärztlichen Bereich in den letzten Jahren verschlechtert haben.“ Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur KV-Kampagne „Geiz macht krank“)

Wie in Kapitel 4 gezeigt handelt es sich hier um deutliche Minderheitenpositionen ohne große Resonanz innerhalb der Ärzteschaft. Gegenüber eher konservativen Grundorientierungen einer sich als Leistungselite verstehenden Ärzteschaft bleiben eher altruistische Positionen, die gesamtgesellschaftliche Solidarität einklagen, bislang ohne große Resonanz.

7 Der Ärztestreik 2006 – Genese, Verlauf und unmittelbare Ergebnisse des Konflikts

7.1 Chronologie der Ereignisse

Wie einleitend erwähnt gibt es eine „Vorgeschichte“ des Ärztestreiks vom Frühjahr und Sommer 2006, die mit den von ver.di geführten Tarifaueinandersetzungen um den TvöD eng verknüpft ist. Nach zweijährigen Verhandlungen mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA), der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) und dem Bund mit dem TvöD einen Kompromiss aushandeln können, der den alten BAT ablösen sollte. Die TdL allerdings erkannte diesen neuen Tarifvertrag nicht an. Der BAT galt damit als „Auslaufmodell“ weiter. Neu eingestellte Beschäftigte allerdings hatten so keinerlei tariflichen Schutz mehr. Vor allem in einigen CDU-geführten Bundesländern gab es daraufhin Versuche zu einer deutlichen Ausweitung der Arbeitszeit auf 42 Stunden. Und auch die kommunalen Arbeitgeber kündigten die tariflichen Arbeitszeitregelungen umgehend wieder auf, um Arbeitszeitverlängerungen ohne Lohnausgleich zu erreichen. Die längsten Streiks im öffentlichen Dienst der Bundesrepublik waren die Folge. Zu den betroffenen Bereichen der Länder zählten u.a. die Universitätskliniken. Ver.di streikte dort für die Anwendung des TvöD (vgl. Schwering 2006 a und b).

Im Ergebnis hat ver.di einen „Kompromiss auf Zeit“ (Bispinck 2006) erreichen können. Allerdings war diese Politik des Kompromisses, die ver.di in den Jahren vor dieser Auseinandersetzung verfolgt hat, innergewerkschaftlich nicht unumstritten und in ihrer Reichweite begrenzt. Die Personalratsvorsitzende des Klinikums Augsburg, H. Schwering schreibt etwa in einem Kommentar zum späteren Tarifsabschluss des MB in den Kommunalen Krankenhäusern:

„Verdi hat in den letzten Jahren in den Krankenhäusern eine Politik des Kompromisses gemacht: der Tarifvertrag im kommunalen Bereich (TvöD), der Zukunftssicherungstarifvertrag, die Möglichkeit einer Notlagenvereinbarung in der Vergangenheit und die Herabsenkung in den unteren Lohnbereichen zählen dazu. Diese Politik ist innerhalb von Verdi sehr umstritten und wird von vielen KollegInnen in Frage gestellt. Hinter dieser Politik steht das Anliegen, zum Beispiel Flächentarifverträge zu retten, kommunale Krankenhäuser vor der Insolvenz oder dem Verkauf zu bewahren oder Outsourcing zu verhindern, was teilweise auch gelungen ist.

Dieser Weg ist jedoch – das zeigt auch der Konflikt mit dem MB- begrenzt und gefährlich. Kompromisse im Interesse aller Krankenhausbeschäftigten wurden von den Ärzten nicht mitgetragen. Tarifpolitik heißt, für die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen einzutreten; Verzicht kann Krankenhäuser letztlich nicht retten, sondern entwickelt Begehrlichkeiten. Eine Politik der Absenkung zur Rettung des Gesamten funktioniert nicht, das „Gesparte“ wird umverteilt von unten nach oben.“ (Schwering 2006b, 18)

In der Gruppendiskussion mit bei ver.di organisierten Ärzten gibt es ähnlich kritische Einschätzungen, verbunden einerseits mit einer gehörigen Portion Skepsis hinsichtlich der Tragfähigkeit eines konsequent interessenorientierten Vorgehens – jedenfalls im Hinblick auf die Attraktivität für die Krankenhausärzte – und

andererseits mit Hinweisen darauf, dass auf Ebene einzelner Kliniken gemeinsames solidarisches Handeln durchaus möglich gewesen sei. Drei Aussagen seien im Folgenden zitiert:

„Der Kern ist doch, dass die Gewerkschaft nicht verstanden hat, dass sie da nur noch verteilt, was da ist – und dann eben eher stärker unter Berücksichtigung der unten als der vermeintlich privilegierten Ärzte oben. Ver.di hat sich untergeordnet.“

„Ver.di hätte die Streiks auch nicht selber führen können. Dann müßte man sich ja vorstellen, dass ver.di insgesamt kämpferisch für einen besseren TVöD angetreten wäre, und ob sich die Gruppe der Ärzte zu einer solchen insgesamt kämpferischen Gewerkschaft hingezogen gefühlt hätten, das ist doch die Spekulation der Spekulation.“

„Bei uns³⁰ ist unlängst ein Haustarifvertrag gekündigt worden, der noch auf der Basis des alten BAT vereinbart worden war. Wir haben die Verhandlungen dann ziemlich früh für gescheitert erklärt und aus ‚TvöD minus‘ ‚BAT plus‘ gemacht. Und da kam eine wirkliche Bewegung zustande. Im Januar hatten wir eine Demonstration von ungefähr 350 Leuten, unter Beteiligung von Ärzten und auch Chefärzten. Im April dann einen Warnstreik, der zu 95 % befolgt worden ist. Und dann ist der alte Haustarifvertrag wieder in Kraft gesetzt worden. (...) U.a. haben wir auch eine Servicegesellschaft mit ca. 100 Beschäftigten, die ausgegliedert worden war, stillgelegt. Da haben ver.di und die IGBAU (die die Reinigungskräfte dort organisiert hat) gemeinsam zu einer Kundgebung aufgerufen. Und die haben wir auch organisiert. Da waren dann die 60 Reinigungskräfte und zwanzig Ärzte, auch welche vom Marburger Bund, in ihren weißen Kitteln, und die haben Beifall geklatscht, und vielleicht 10 Leute von den Pflegekräften“.

Auf diese Kommentierung aus veröffentlichten Stellungnahmen nach Beendigung des Streiks von Seiten einer ehrenamtlichen Funktionären von ver.di, die sich auch auf den Streik von seiten der Klinikärzte bzw. des MB, zunächst in den Universitätskliniken, später auch in den kommunalen Krankenhäusern, bezieht, sowie auf die zitierten Aussagen aus den eigenen Erhebungen ist später zurückzukommen. An dieser Stelle belegen sie: Während ihres Streiks im Frühjahr/Sommer 2006 stand ver.di für die streikenden ÄrztInnen als Beispiel einer Gewerkschaft, die immer wieder „klein bei“ gegeben habe.³¹ Zunächst gilt es sich zu vergegenwärtigen, dass es bereits im Sommer und Herbst 2005, also im Zuge der von Protestaktionen begleiteten Verhandlungen um den TVöD eine Parallelentwicklung für die Gruppe der Ärzte zustande kam. Der nachfolgende Kasten bietet eine knappe Übersicht über die Chronik der Ereignisse.

30 Der Diskussionsteilnehmer ist Arzt in einer Privatklinik. „Die Privaten sind anfälliger, wenn es um Streik geht,“ sagt ein anderer Gesprächsteilnehmer bei dieser Gruppendiskussion.

31 Exemplarisch sei auf die beiden folgenden Passagen eines Flugblatts verwiesen, mit dem Krankenhausärzte auf dem Höhepunkt des Streiks unter der Überschrift „TVöD tut weh“ informiert haben. Darin heißt es: „1994 wurde das Weihnachtsgeld eingefroren und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 26 auf sechs Wochen gekürzt. 1998 kam die Eigenbeteiligung und Zusatzversorgung. Mit dem Tarifabschluss 1996 wurde uns der erste AVZ-Tag und mit dem Abschluss 2002 der zweite AVZ-Tag weggenommen. Schönfärberei; Reallohnverluste; Ortszuschlag ade; Weniger Lebens Einkommen; wir wollen: eine optimale Patientenversorgung, anständige Arbeitsbedingungen und eine angemessene Bezahlung. (...) Pflegekräfte, ArbeiterInnen und Verwaltungsangestellte fragen sich zu Recht, warum ver.di mit 23 mal mehr Mitgliedern als der Marburger Bund immer klein bei gibt. Mit jedem Tag wächst der Unmut über den neuen Tarifvertrag.“

Chronologie der Tarifaueinandersetzungen und Streiks seit dem Sommer 2005

08.03.2005	Ärzte des Marburger Uni-Klinikums protestieren gegen Gehaltskürzungen und schlechte Arbeitsbedingungen. Zu den Warnstreiks hat der MB aufgerufen.
01.08.2005	Über 10.000 Hochschulmediziner beteiligen sich in BaWü, Bayern, Hessen und Berlin an einer Bundesweiten Protestwoche. Die Ärzte fordern die TdL auf, ein Tarifangebot für die 22.000 Ärzte an deutschen Universitätskliniken abzugeben.
08.2005	Nach einem einwöchigen Streik an der Charité in Berlin treten die Mitglieder des Sprecherkreises der Ärzte geschlossen dem MB bei.
09.09.2005	ver.di und dbbTarifunion schließen mit den öffentlichen Arbeitgebern auf kommunaler und Bundesebene den TvÖD ab, der den alten BAT ablöst. Die TdL war aus diesen Verhandlungen schon zuvor einseitig ausgestiegen, was Hintergrund von Protestaktionen von ver.di wie auch der Ärzte an den Universitätskliniken war.
10.09.2005	Der MB fordert auf seiner Hauptversammlung „BAT + 30Prozent“, kündigt die Tarifvollmacht für ver.di und verzeichnet an den folgenden Tagen tausende von Neueintritten von Krankenhausärzten.
15.09.2005	Beginn von Tarifverhandlungen zwischen MB und TdL
19.09.2005	Rund 8.000 Mediziner beteiligen sich an Protestaktionen. Erstmals werden Forderungen nach einem Tarifvertrag an kommunalen Krankenhäusern erhoben.
18.01.2006	Tag der Ärzte. 10.000 Mediziner protestieren in Berlin. Bundesweit bleibt die Hälfte der Arztpraxen geschlossen.
09.03.2006	Der MB erklärt die Verhandlungen mit der TdL für gescheitert.
13./14.03.2006	In einer Urabstimmung stimmen 98,4% der Mitglieder des MB für Streik.
16.03.2006	In acht Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern legen Ärzte die Arbeit nieder. Parallel zu den Ärztestreiks führt ver.di über 16 Wochen an den sechs Universitätskliniken in NRW einen Arbeitskampf zur Übernahme des TvÖD. Die Landesregierung verpflichtet sich schließlich zum Abschluss eines TV spätestens zum 01.01. 2007.
05.05.2006	Fortsetzung der Tarifverhandlungen zwischen MB und TdL
09.06.2006	Der MB bricht die Verhandlungen mit der TdL erneut ab und will nun auch in kommunalen Krankenhäusern über einen Streik abstimmen lassen.
16.06.2006	MB und TdL einigen sich über einen Tarifvertrag für Ärzte an Uni-Kliniken und Landeskrankenhäusern.
26.06.2006	Der Streik an den kommunalen Krankenhäusern beginnt Bei der Urabstimmung hatten sich 97,1 % der Ärzte für einen Streik ausgesprochen. Während der folgenden acht Wochen beteiligen sich nach Angaben des MB bis zu 17.500 Ärzte in 185 kommunalen Krankenhäusern.
07.07.2006	In den Verhandlungen zwischen MB und VKA fordert der MB Gehaltserhöhungen zwischen 15 und 20 Prozent orientiert am Tarifvertrag mit der TdL.
18.07.2006	Die Verhandlungen werden erfolglos abgebrochen
01.08.2006	Einigung zwischen ver.di und dbbTarifunion und dem VKA auf einen Tarifvertrag für das Personal an kommunalen Krankenhäusern. Der MB erkennt den Tarifvertrag nicht an.
14.08.2006	Neuaufnahme von Gesprächen zwischen MB und VKA
17.08.2006	Einigung der Tarifparteien auf einen Ärztespezifischen Tarifvertrag.

7.2 Die symbolische Gehaltsforderung und die tieferliegenden Gründe des Streiks und der Aufkündigung der Tarifvollmacht seitens des MB

In den Hintergrundberichten, die zeitnah zu den späteren Ärztestreiks im Sommer 2006 veröffentlicht wurden (vgl. Wagner-Fallasch 2006, Hofmann 2006), wird hervorgehoben, dass sich v. a. an den Unikliniken Unmut breit machte: in der Folge des Fortfalls von Weihnachts- und Urlaubsgeld seit 2003, angesichts von v.a. an den Unikliniken verbreiteten Kurzzeitverträgen für Assistenzärzte sowie der nun bei Vertragsverlängerungen anstehenden Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 42 Stunden sowie langer Bereitschaftszeiten und all der anderen weiter vorne geschilderten negativen Veränderungen von Arbeitsbedingungen, professioneller Rolle und beruflichen Perspektiven.³² Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen kam es in Baden-Württemberg erstmals zu eigeninitiativen und koordinierten Protesten von Assistenzärzten parallel zu den von ver.di organisierten Tarifaueinandersetzungen um den TvÖD. Wenn Verbandsvertreter des MB davon sprechen, auch sie seien „selbstverständlich eine Basisbewegung“ bestätigen sie diese Einschätzung zumindest indirekt:

„Vor allem an den Unikliniken machte sich der Unmut breit. Die Assistenzärzte begannen sich in spontan gebildeten Aktionsgruppen zu organisieren und artikulierten ihren Protest auch gegen die sich rapide verschlechternden Arbeitsbedingungen. Zeitgleich schälte sich im Verlauf der Redaktionsverhandlungen das neue Entgeltgerüst des TVÖD schon heraus mit der Eingangsentgeltgruppe (E 13) für Akademiker, die auch für die Ärzte angedacht war“ (Wagner-Fallasch 2006, 2).³³

Aus diesen ersten, „spontan gebildeten“ und „eher autonom“ organisierten Protesten³⁴ entwickelte sich dann eine Dynamik, die aus der Sicht der hier zitierten Ärzte und beteiligten Beobachter den MB wohl so sehr unter Zugzwang setzte, dass er in der letzten Nacht der Verhandlungen – um den TvÖD aus der Tarifgemeinschaft mit ver.di ausscherte:

„Es begann mit einem Paukenschlag: Ziemlich genau vor einem Jahr kündigte der ‚Marburger Bund‘ die Tarifgemeinschaft mit ver.di – in der letzten Nacht der Verhandlungen zum TvÖD. Das kam umso überraschender, als die Verhandlungsführer des MB bis zuletzt prinzipielles Einvernehmen mit ihren Verhandlungspartnern ver.di und dem öffentlichen Arbeitgeber signalisiert hatten. Bis zuletzt, und in einigen Punkten mit Erfolg, hatte der MB sich dabei um Privilegien für ÄrztInnen in der Entgelttabelle des TvÖD gegenüber anderen Akademikern bemüht.

Zuletzt war wohl der Führung des MB klar geworden, dass eine Zustimmung des MB zum TvÖD bei den ÄrztInnen der Universitätskliniken, die schon länger protestierten, niemals Akzeptanz gefunden hätte“ (Hoffmann 2006, 4).

32 Ein Repräsentant des MB sagt, es waren im Grunde „viele einzelne Tropfen, die verschiedene Fässer zum Überlaufen brachten“ und nennt: (1) die langen Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienste, die nicht als Mehrarbeit anerkannt worden seien, (2) die entsprechenden Auseinandersetzungen vor dem EHG seit 2003 und deren stockende Umsetzung, (3) in diesem Zusammenhang den Streik an der Charité im August 2005 wo die immerhin 2.200 Ärzte, die dort beschäftigt seien, ausgerechnet hätten, dass da im Jahr 800.000 unvergütete Überstunden zusammengekommen seien. Er verweist weiterhin (4) auf die Verlängerungen der Arbeitszeiten in den Bundesländern BaWü und Bayern (auf 41 bzw. 42 Stunden). Natürlich hätten die Ärzte längst viel länger gearbeitet, aber das habe eben neuerliche Verringerungen der Einkommen bedeutet. All dies habe den Druck seit April 2005 stetig erhöht. Sie hätten seitens des MB immer darauf hingewiesen, dass man gegen diese Entwicklung etwas tun müsse. Und ihre Mitglieder hätten dann auf der Hauptversammlung am 10.09. diese Verluste ausgerechnet. Dabei sei dann unter der Überschrift „wir müssen uns unsere Verluste zurückholen“ die „sicherlich zweischneidige“ Formel „BAT + 30%“ herausgekommen.

33 E. Wagner-Fallasch ist Facharzt für Innere Medizin und als BR-Vorsitzender und stellv. KBR-Vorsitzender im Landesbetrieb Krankenhäuser (LKB-Hamburg) u.a. Mitglied der Bundesfachkommission Ärzte von ver.di. Ähnlich argumentiert P. Hoffmann (2006, 4), Arzt in einem Münchner Klinikum, wenn er feststellt: „An den Universitäten war der Protest zunächst wohl eher autonom, der MBV machte sich die Anliegen des Protests im Weiteren zu Eigen.“

34 Der Streik an der Charité im Sommer 2005 wurde z.B. von einem Sprecherkreis organisiert, der erst später geschlossen dem MB beitrug (Interview MB).

Die Analyse öffentlich zugänglicher Darstellungen und Interpretationen der Entwicklung seitens aller beteiligten Beobachter, nicht nur der hier zitierten Ärzte aus dem Organisationsbereich von ver.di, bestätigt also die Bedeutung der auch in diesem Bericht ähnlich bewerteten Veränderungen der Arbeitsbedingungen (in einem sehr weiten Sinne) von jungen Klinikärzten. Zum anderen liefern alle Interviews Hinweise darauf, dass unter den jungen Assistenz- und FachärztInnen seit dem Frühjahr 2005 eine Dynamik in Gang gekommen ist, die den MB sozusagen unter Zugzwang gesetzt hat.³⁵ In einem Gespräch mit einem Repräsentanten des MB wird dieser Prozess zugleich als allmähliche Auseinanderentwicklung zwischen MB und ver.di charakterisiert, die folgerichtig gewesen sei, weil ver.di sich außerstande gesehen habe auf die über mehrere Jahre hinweg unverhältnismäßig größeren Verschlechterungen von Arbeitsbedingungen und Einkommen der Krankenhausärzte tarifpolitisch angemessen zu reagieren. Aus der Sicht von ver.di wird das Bild wie folgt geschildert:

„Wir hatten vereinbart, in der vorletzten Tarifrunde, dass man das Tarifrecht des öffentlichen Dienstes reformiert, und die haben da während des laufenden Prozesses, wo vereinbart war, dass man keine einzelnen Tarifverträge kündigt, da haben die das gemacht. Und damit waren die draußen. (...) Und dazu kam, dass das Land eben verfügt hat, dass die Arbeitszeit erhöht wird. D.h. die Arbeitszeit ist dann in Bayern auf 42 Stunden erhöht worden, in anderen Bundesländern auf 41 Stunden. Und dazu kam jetzt, dass eben das Weihnachtsgeld abgesenkt wurde und das Urlaubsgeld abgeschafft. Es kam also kein Zuwachs mehr. Es kam nur Abbau, der da vollzogen wurde. Das betrifft erst einmal die Altbeschäftigten nicht, (...) weil die gekündigten Tarifverträge ja noch in der Nachwirkung waren; aber die, die neu hereinkamen, die kriegten erst einmal diese Bedingungen.“ (Gewerkschaftssekretär ver.di)

„Wir haben diesen TvöD dann geschlossen mit Bund und Kommunen, aber nicht für die Länder. Die haben da also nichts mehr gemacht. Wir haben ja bei den Kommunen noch Einmalzuschläge vereinbart. Die kriegten die auch nicht, so dass die eigentlich völlig außen vor waren. Das führte dann angesichts der ganzen Belastungen im ärztlichen Bereich – da gibt es ja seit Jahren die Auseinandersetzung um die Arbeitszeit, Bereitschaftsdienste, Umsetzung des europäischen Rechts – und das führte dann, denke ich in der Mischung dazu, dass dann auch im Zusammenhang mit dem Streik in Baden-Württemberg, die Ärzte da massiv aufgetreten sind und gesagt haben: Wir wollen auch mehr Geld. Die Ärzte hatten ja eine Sonderstellung, weil die Ärzte weiterhin Beschäftigte des Landes waren. D.h. die waren nicht Beschäftigte der neuen Rechtsträger, sondern alle anderen Beschäftigten der Uni-Kliniken wurden dahin überführt bis auf die Ärzte. (...) Da war also keine Bewegung mehr bei den Einkommen, sondern Stagnation. Und die Ärzte, die neu eingestellt wurden bekamen sogar weniger. Von daher war also der ver.di-Streik ein Streik ohne die Ärzte, weil die ja Angestellte der Hochschule sind. Aber wahrscheinlich inspiriert jetzt durch diesen erfolgreichen ver.di-Streik, marschierten die auch auf. Und das ging außerhalb, das organisierte sich außerhalb des Marburger Bundes. Die hatten eigenständige Assistenzarztstrukturen, die sich erst einmal abgrenzten sowohl vom Marburger Bund als auch von ver.di.“ (Gewerkschaftssekretär ver.di)

Interessant und erklärungsbedürftig sind im Zusammenhang dieser Entwicklung nun im weiteren zwei Punkte. Zum einen fällt die Bündelung der Unzufriedenheit der jungen Krankenhausärzte in der Forderung nach einer 30prozentigen Tarifierhöhung auf, nachdem in den Auseinandersetzungen zunächst Arbeitszeitfragen in besonderer Weise im Vordergrund standen – sowohl auf Seiten von ver.di und deren Klientel als auch auf Seiten der Ärzte. Sie wird verständlich, wenn man den Rechtsstreit am EHG in Brüssel mit einbezieht, den Konflikt um den TVöD in Baden-Württemberg und die Interessenartikulation von Assistenzärzten im Verlauf

35 Wer einmal gewerkschaftliche Streiks aus einer handlungssoziologischen Perspektive heraus untersucht und näher kennengelernt hat, kann dieses Argument im Übrigen sehr gut nachvollziehen. In solchen kollektiven Prozessen, in denen die maßgeblichen Akteure in aller Regel „voll unter Strom“ stehen, entstehen fast zwangsläufig Dynamiken, die sich gewissermaßen als prozessimmanente Bedingungen geltend machen können (vgl. Zielak u.a. 1978, 22ff sowie Martens 1992, 100f).

der dortigen Auseinandersetzungen im Sommer/Herbst 2005 und die Hinweise auf die Widersprüchlichkeiten ihrer spezifischen Lage berücksichtigt (vgl. auch Busch/Stamm 2006). Auf diesen Punkt wurde oben ja schon eingegangen. Die Einigung auf eine Forderung nach einer dreißigprozentigen Tarifierhöhung – bezogen auf den alten BAT, nicht auf den TvÖD – war für die zwischen hoch belastenden Arbeitsbedingungen, engeren Arbeitsbeziehungen zu den Beschäftigten im Bereich qualifizierter Pflege, alten Hierarchien und Abhängigkeiten und blockierten Karriereperspektiven³⁶ der gangbarste Weg, der wenigstens eine deutliche finanzielle Kompensation für zunehmend als unzumutbar empfundene Arbeits- und Karriereperspektiven eröffnen sollte. Es war die Forderung nach Wiederherstellung eines status quo ante. In den Worten eines Funktionärs des MB:

„Natürlich haben die Ärzte längst viel länger gearbeitet, aber der Ausstieg der TdL aus den Tarifverhandlungen und die Verlängerung der Arbeitszeit auf 41 oder 42 Stunden hat eben noch einmal Verringerungen der Einkommen bedeutet. All das hat den Druck seit April 2005 stetig erhöht. Das war wie ein Dampfkessel. (...) Wir haben dann immer darauf hingewiesen, dass man gegen diese Entwicklung etwas tun muss. (...) Na ja und unsere Ärzte haben dann auf der Hauptversammlung am 10.09. alle diese Verluste ausgerechnet. Dabei ist dann diese sicherlich etwas zweischneidige Formel ‚BAT + 30%‘ herausgekommen, unter der Überschrift: ‚Wir müssen uns unsere Verluste zurückholen.‘“ (Funktionär MB)

Klärungsbedürftig bleibt aber immer noch Frage, wie es dazu gekommen ist, dass der Marburger Bund sich an die Spitze einer Streikbewegung gesetzt hat, die zunächst einmal vor allem auf Initiative von Assistenz- und jungen Fachärzten zustande gekommen ist. Der MB ist zum einen die „geborene“ Interessenorganisation der an Krankenhäusern beschäftigten Ärzte. Er ist zum zweiten, wie gezeigt, als berufsständische Organisation aller Krankenhausärzte und in enger personeller Verschränkung mit den Landesärztekammern eigentlich eher eine „Ärztelobby“ und nicht so sehr eine Gewerkschaft. In seinen Binnenstrukturen dominieren Oberärzte und einige Chefärzte, auch wenn seine Repräsentanten ihn vor allem als Verband junger Ärzte darstellen. Und er ist zum dritten bis dahin sehr solide in die bestehende Tarifgemeinschaft mit ver.di etc. „eingepaßt“. Andererseits ist der Verbandsvorsitzende aufgrund bekundeter Nähe zur rot-grünen Bundesregierung nicht unumstritten³⁷ und konkurrierende Verbandsfunktionäre könnten versucht haben die autonome Interessenartikulation von Assistenzärzten im internen Machtkampf zu nutzen. In der ‚Gegnerbeobachtung‘ zweier hauptamtlicher Funktionäre von ver.di stellt sich das wie folgt dar:

„Ich denke der MB ist da auch mehr getrieben worden, als dass er das gewollt hat. (...) „Je länger dann in der letzten Nacht verhandelt worden ist, desto deutlicher wurde für uns. Die wollen gar kein Ergebnis. Sonst hätten sie an bestimmten Punkten einhaken und eigene Vorstellungen konkretisieren müssen, aber die verhielten sich einfach passiv. Da war ja am nächsten Tag die Hauptversammlung des MB und da ging es wohl auch um den Kopf von Montgomery, der sonst ja mit Frank Bsirske ganz gut gekonnt hat.“ (Gewerkschaftssekretär ver.di)

„Wir hatten hier in NRW unsere Leute zusammen, unsere Ärzte und die haben auch noch Forderungen formuliert, auch in Richtung Weiterbildung, dass es so etwas wie eine Weiterbildungsplanung, ne zeitliche und sachliche Planung gibt, (...) das gab es vorher nicht für Ärzte, war auch vom MB übrigens nie

36 Dabei ist nochmals zu betonen: Dies trifft Angehörige einer Berufsgruppe, die nach einem durch den Numerus Klausus stark selektierten Zugang zu den teuersten Studienplätzen und einer beruflichen Sozialisation, die von Anfang an systematisch ihr Elitebewußtsein stärkt, dem die große öffentliche Wertschätzung ihres Berufs Rechnung trägt. „Das Medizinstudium orientiert die Studenten vom ersten Semester an stark darauf, zukünftig Angehörige einer Leistungselite zu werden. Arbeits- und Sozialmedizin haben zudem eher eine abnehmende Bedeutung, und von den Realitäten der Arbeitswelt erfahren die Medizinstudenten nicht viel“ (Int. Medizinsoziologie).

37 Die Homepage des MB dokumentiert ein Porträt „Frank. U. Montgomery: Anführer des „Sklavenaufstands“ von Tagesschau aktuell, in dem auch von Rückschlägen seiner Karriere als Verbandspolitiker berichtet wird: „2002, als er nach acht Jahren als Präsident der Hamburger Ärztekammer abgewählt wurde. Denn die Hamburger hatten dem langjährigen SPD-Mitglied einen Wahlauftritt für Gerhard Schröder übel genommen.“ (www.marburger-bund.de/bundesverband/index/presse-ueber-mb.phpb).

gewollt, das haben wir auch noch mit durchgesetzt. Und es ist auch noch mit durchgesetzt worden, kurz vor Abschluss sozusagen, dass die Ärzte entgegen allen anderen akademischen Berufen diesen Einstieg mit (der Fallgruppe) 14 haben, und entsprechend dem weiteren Verlauf über die Facharztausbildung dann auch nach 15 kommen. So das war ihnen aber nicht genug. (...)

Und das war eben dieser Hintergrund: Henke (der zweite Vorsitzende des MB, H.M.) und Montgomery. (...) Und es war klar, die wollten diesen Tarifvertrag nicht, und damit hat sich, aus meiner Sicht, Montgomery an die Spitze gestellt und Henke war weiterhin der zweite Mann. Und das hat er dann auch durchgezogen. Und die haben dann auch verabschiedet auf ihrem Verbandstag, die Kooperation mit ver.di zu kündigen und den TvÖD nicht als Tarifvertrag zu akzeptieren. Also das war jetzt aus meiner Sicht, aber das bestätigen auch viele, mit diesem Machtkampf zwischen Montgomery und Henke, und das wird selten gesagt. Der war aber da.“ (Gewerkschaftssekretär ver.di)

Vermutlich aus dieser Konstellation heraus – in der also eine zunächst einmal außerhalb des Marburger Bundes zustande gekommene Bewegung von Assistenz- und Fachärzten, die angesichts höchst widersprüchlicher Handlungsbedingungen ihre eigenen Interessen in einer sehr spezifischen, symbolisch zuspitzenden Form artikulieren, für innerverbandliche Auseinandersetzungen im MB bedeutsam wird – erklärt sich letztlich das Ausscheiden des MB aus der Tarifgemeinschaft. Und das hohe Maß einer eigeninitiativen Form der Organisation dieses Streiks durch die streikenden Ärzte selbst wird dann auch im Tarifkonflikt im Jahre 2006 sehr deutlich.

7.3 Primäre Arbeitspolitik: Aspekte der Streikorganisation

Die Entstehung des Streiks ist also ganz wesentlich dadurch geprägt, dass es, ausgelöst durch den Ausstieg der TdL aus den Tarifverhandlungen um den neuen TvÖD, zu Protesten seitens ver.di und parallel dazu zu eigeninitiativen Protesten von Assistenzärzten kam, die i.d.R. von Sprecherkreisen organisiert wurden. Die Aussagen aus allen relevanten Akteursgruppen (Ärzte, MB, ver.di) wie auch vorliegende Berichte und Analysen zum Streik (Busch/Stamm 2006, Wagner-Fallasch 2006, Hoffmann 2006) decken sich hier. Und in dem Moment, in dem der MB den Anspruch von ver.di auf Organisation einer solidarischen Tarifpolitik für alle Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen nicht mehr anerkennt und sich an die Spitze dieser Bewegung setzt, wird er sozusagen zum organisatorischen Auffangbecken einer bereits in Gang gekommenen Streikbewegung:

„Und als ich dann hinterher (nach der Hauptversammlung am 10.09.) hier ins Büro zurückkam, da ratterten hier die Fax-Geräte. Da hatten wir an zwei, drei Tagen über 2.500 Eintritte.“ (Funktionär des MB)

Die Zitate im Kasten „Organisation des Streiks“ machen deutlich, dass für die erfolgreiche Streikorganisation mehrere Aspekte von Bedeutung waren, nämlich:

1. das hohe Maß an Selbstorganisation seitens der streikenden Ärzte in den einzelnen Kliniken,
2. der Umstand, dass sie untereinander per Internet vernetzt waren und sich über Aktivitäten und Erfahrungen in Jetztzeit kontinuierlich austauschen und ihr Vorgehen koordinieren konnten,
3. Der Umstand, dass der MB sich über geeignete Schritte in diese vernetzte Struktur einzuklinken und den Streik durch herausgehobene Aktionen zu strukturieren und über seine Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen vermochte und
4. Last not least der Umstand, dass der MB einerseits innerhalb seiner Gremien, also in den Führungsgremien seiner Landesbezirke, erfolgreich für die Unterstützung, oder jedenfalls Tolerierung des Streiks seitens der Chefärzte geworben hatte.

In einem Gespräch beim MB wird dieser Zusammenhang, ausgehend von dem hohen Maß an Selbstorganisation unter der Überschrift „Ärzte streiken anders“, wie folgt geschildert: In den Kliniken seien die Ärzte eigentlich relativ leicht organisatorisch einzubinden gewesen. Vor allem an den Universitätskliniken seien die via PCs alle eng vernetzt. „Wir konnten die also relativ gut organisieren. In 5 Minuten konnten wir da 22.000 Ärzte edv-technisch erreichen.“ Der MB habe also Zugang zu den Internetstrukturen gehabt. Außerdem habe es vom Herbst an etwa 14tägig Treffen mit den Ärztesprechern aus 25 bis 27 von 33 Kliniken (Universitätskliniken) gegeben, die seitens einer zentralen Streikleitung des MB organisiert worden seien. Außerdem hätten sie mit dem einwöchigen Streik im Sommer 2005 an der Charité in Berlin ein „Testgebiet gehabt, auf dem wir üben konnten“. Dort sei dann die Ärzteinitiative geschlossen dem MB beigetreten. Schließlich hätten sie seitens des MB die Chefs der verschiedenen Berufsverbände um ihre Solidarität gebeten und die Chefärzte, v.a. die der Chirurgischen Fächer, hätten in Baden Württemberg hinter dem Streik gestanden. Das habe hier auch damit zu tun, dass gerade von da viele gute Ärzte in die Schweiz gegangen seien. Wichtig sei auch gewesen, dass sie bis zuletzt in der Bevölkerung eine sehr hohe Zustimmungsquote gehabt hätten.

Die Streiks in den einzelnen Kliniken entwickeln sich so über allmähliche Eskalationsstufen, etwa von tagesweisen zu wöchentlichen Streiks, die Aktivitäten werden an einzelnen Aktionstagen gebündelt, etwa auf dem Höhepunkt der Streiks an den Universitätskliniken mit der Arbeitsniederlegung von 13.800 der insgesamt 22.000 Ärzte in den 41 Unikliniken und Landeskrankenhäusern, oder auf der länderübergreifenden Kundgebung von über 3000 Ärzten aus kommunalen Krankenhäusern in Dortmund am 25. Juli und die streikenden Ärzte lassen sich eine Vielzahl spektakulärer Aktionen einfallen, um öffentliche Aufmerksamkeit zu erreichen.

Interviewaussagen (Ärzte) zur Organisation des Streiks

- „Ich hätte nicht gedacht, dass der Marburger Bund das auf die Beine stellt. Ich bin da auf einer Versammlung im Universitätsklinikum Bonn gewesen. Das war im Frühjahr 2005. Da war der Marburger Bund noch im Tarifverbund drin. Und ihr zuständiger Hauptamtlicher, der war da anwesend und hat die Verhandlungen um den TVöD da noch verteidigt. Der ist da richtig nieder gemacht worden.“
- Also der Streik hier im Klinikum, der ist von uns selbst organisiert worden. (...) Ohne Internet wäre ganze nicht möglich gewesen. Wir hatten im Netz eine dichte Kommunikation zwischen den einzelnen Kliniken organisiert mit regen Diskussionen, eigener Homepage. Und wir konnten uns so in Jetztzeit über unsere Aktivitäten austauschen und neue Schritte beraten. (...) na klar, wir haben auf diesem Weg auch den Kontakt zum MB gehalten. Da hat es natürlich auch vor Ort 2, 3 Ansprechpartner gegeben – etwa im Zusammenhang mit den Demonstrationen in Dortmund und Hannover, zu denen ja Busfahrten organisiert worden sind (...) Es gab Kontakt mit dem Pressesprecher des Marburger Bundes, mit dem Regionalvorsitzenden, der ist zwei, drei Mal gekommen. (...) Der Marburger Bund hat uns dann mit Materialien, Flugblättern, Fähnchen, Mützen ausgestattet (...) auch mit ausführlicherem Argumentationsmaterial.“
- „Ja die Busfahrten zu den Demonstrationen in Dortmund und Hannover, das hat so ein Zusammenwachsen untereinander möglich gemacht. Da hat man nebeneinander im Bus gegessen und Kontakte zu einander bekommen, die man sonst nicht hat. (...) Jetzt ist das wieder etwas eingeschlafen.“
- „Hier (im Klinikum) hat es (während des Streiks) zunächst einmal regelmäßige Treffen der Assistenzärztesprecher gegeben. Und dann Haben wir Vollversammlungen organisiert, die ich immer koordiniert habe. (...) Und Ich habe die Chefärzte immer zu den Versammlungen eingeladen. Das war ja schließlich kein Streik gegen die Chefärzte. Manche haben sich da auch mal zu Wort gemeldet. Und ich habe auf diesen Versammlungen moderiert, Es gab hier Kollegen, die hätten am liebsten die Klinik abgerissen. (...) Ein Chefarzt hat mich allerdings nach einer Versammlung mal als Rädelsführer bezeichnet.“
- „Es stimmt, dass wir ganz kreativ gewesen sind. Die Demonstration auf der Zugspitze, die sie genannt haben, ist da ein Beispiel. Wir haben hier, zusammen mit Ärzten aus dem Klinikum in R. die Aktion organisiert ‚Die deutsche Ärzteschaft geht über die Wupper‘ (...) (Das war also eine Fahrt von Ärzten mit Schlauchbooten über die Wupper. Das ist gut in der lokalen Presse rüber gekommen. (...) Außerdem, haben wir Aktionstage in der Stadt organisiert, mit Passanten diskutiert, Flugblätter verteilt, kostenlose Blutdruckmessungen gemacht, das kennen sie ja sicherlich aus der Presse. Und nach den morgendlichen Versammlungen haben wir immer einige Ärzte vor dem Klinikum gehabt, um mit den Patienten zu sprechen.“

Das hohe Maß an Selbstorganisation, der Einfallsreichtum und die Flexibilität der Streikenden sind auf der anderen Seite aber auch zwingend erforderlich, um diesen Streik erfolgreich führen zu können. Das beginnt bei der Organisation der Streikunterstützung und endet bei der Bewältigung der Organisatorischen Herausforderung der Urabstimmung. Zwar wird seitens des MB darauf hingewiesen, dass man über eine Streikkasse verfügt habe, diese Ressource sei aber „sehr begrenzt gewesen“. Es sei andererseits aber auch so gewesen, dass viele junge Ärzte erklärt hätten, dass es „ihnen das wert sei (...) Die sind also im Zweifel auch bereit gewesen, finanzielle Einbußen durch den Streik in Kauf zu nehmen.“³⁸

38 Unter den Aktivisten und OrganisatorInnen/KoordinatorInnen der Streiks in den einzelnen Kliniken – laut Interviewangaben vor allem „Fachärzte, Assistenzärzte, aber auch junge Oberärzte“ (Interview MB) gab es ganz augenscheinlich genügend Leidensdruck und Motivation, wie z.B. die schon zitierte Aussage eines Assistenzarztes belegt: „Ich verliere als älterer Facharzt immer, wenn es darum geht die Anerkennung und zugleich auch die Begrenzung von Mehrarbeit durchzusetzen. (...) Es ist eben mehr darum gegangen, für die jüngeren Kollegen was rauszuholen. Deshalb kam es ja auch zu der 30 % Forderung.“

Improvisierte Streikkassen und Anrechnung von Mehrarbeit³⁹

Fallbeispiel 1:

„Wir haben Listen geführt und die monatlich anfallenden Zahlen durch Streik ausgefallener Tage und Stunden erfaßt. Dann haben wir alle Kollegen unterschreiben lassen, dass sie damit einverstanden sind, dass wir diese Tage und Stunden unter allen gleich aufteilen. Die Klinikverwaltung hat dieses Verfahren akzeptiert. Wir haben es ihr schmackhaft gemacht mit dem Argument, dass so die ausgefallenen Zeiten mit wenig Aufwand erfaßt werden können. Und in Bezug auf die Ärzte haben wir den positiven Effekt gehabt, dass auch diejenigen, die sich nicht direkt beteiligt haben, z.B. die von den konservativen Fächern, z.B. auf der inneren Abteilung, wo die Patienten ja weiter behandelt und versorgt werden mußten und OPs nicht abzusagen waren, sich so solidarisch zeigen konnten.“ (Interview Arzt)

Fallbeispiel 2:

In diesem Klinikum sieht eine interne Regelung vor, dass der Geschäftsführer „auf die leitenden Ärzte (Chefärzte) ein(wirkt), die Teilnahme an überregionalen Demos im Rahmen des derzeitigen Arbeitskampfes in ausreichender Zahl zu ermöglichen. Auf Gehaltskürzungen im Rahmen streikbedingter Ausfälle hat der Geschäftsführer bisher verzichtet. Eine endgültige Entscheidung, ob Kürzungen durchgeführt werden, macht der Geschäftsführer nach Ende des Arbeitskampfes abhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung, soweit sie auf den Arbeitskampf zurückzuführen ist.“ (Auszug aus der Vereinbarung in einem Klinikum)

Fallbeispiel 3:

In diesem Fall beschließt eine Streikvollversammlung der ÄrztInnen die Einrichtung einer Streikkasse. Einzahlungen finden nach Selbsteinstufung bei einer empfohlenen Staffelung von 50, 100, 150 und 200 € statt, wobei Chefärzten „nach persönlichen Möglichkeiten“ auch höhere Einzahlungen nahegelegt werden. Wer wieviel eingezahlt hat, wird nicht veröffentlicht und nur den Assistentensprechern bekannt. Pro „gehaltsrelevantem Streiktag“ soll dann „nach Möglichkeit“ ein Betrag in Höhe von 60–80 € ausgezahlt werden. Gespendete Mittel werden zunächst für „Aktionen und Material“ und der dann für „Streikgeld/ Unterstützung in finanziellen Notlagen“ verwendet. Eventuell verbleibende Restbeträge sollen für einen wohltätigen Zweck gespendet werden

Wie die Übersicht im Kasten auf der voranstehenden Seite zeigt, ist es den streikenden ÄrztInnen jedoch vielfach gelungen, betriebliche Regelungen zu finden, die entweder eine deutliche rechnerische Minimierung tatsächlich anfallender Streikkosten oder aber deren solidarische Umverteilung unter allen Ärzten eines Krankenhauses zu ermöglichen. Die Beispiele zeigen, dass der Einsatz der Sprecherkreise der Assistenzärzte, die Kreativität der Streikenden, ebenso wie die Flankierung ihrer betrieblichen Streiks durch den MB, der es vermochte, die Spitzen der Ärzthierarchie einzubinden, oder wenigstens zu neutralisieren, hier ihre Rolle spielten. Die spezifische Positionierung der streikenden ÄrztInnen – als Leistungsträger im Krankenhaus, aber zugleich auch in den spezifischen Abhängigkeiten und Kooperationsbeziehungen innerhalb der Ärzthierarchie einerseits, gegenüber dem Pflegepersonal andererseits – führt aber auch dazu, dass sie selbst ihren erfolgreichen Streik um einen ärztespezifischen Tarifvertrag als Meilenstein der Entwicklung einer eigenen Interessenvertretung erleben, während eben dieser Streik von Angehörigen anderer Beschäftigtengruppen, ebenso wie von den Hauptamtlichen von ver.di, in allen Interviews immer auch abschätzig bewertet wird: Er

39 Die Darstellungen der Fälle 2 und 3 beruht auf Dokumentenmaterial. Die Verfahrensweise im Fall 1 entspricht dem sogenannten „Solinger Modell“, dass vom MB mehrfach als Musterbeispiel propagiert worden ist.

war aus deren Sicht „kein richtiger“ Streik – beginnend mit fehlender Streikkasse und deren Kompensation durch viele Chefarzte, die doch eigentlich die gemeinten ‚Sklavenhalter‘ seien und die den Streik von ver.di an den Universitätskliniken heftig bekämpft hätten, wenn er ihre Privatliquidationen gefährdet habe, und endend mit der Unfähigkeit eine ordentliche Urabstimmung zum Ende des Streiks zu organisieren (Interviews mit Hauptamtlichen von ver.di)⁴⁰. Er war in ihrer Wahrnehmung ein Streik im egoistischen Interesse einer, immer noch relativ privilegierten Teilgruppe im Krankenhaus, oder ein Streik, den vor allem die Pflegekräfte im Klinikalltag und gegenüber den Patienten abfedern mussten.

7.4 Primäre Arbeitspolitik: manifeste Konfliktlinien und latente arbeitspolitische Gehalte des Konflikts

Wie gezeigt war der Ärztestreik aus der Sicht der streikenden selbst ein Streik von Angehörigen der Leistungsträger im Krankenhaus, bei dem es im Kern um die Verteidigung und Wiederherstellung von im Kern als völlig legitim erachteten Besitzständen ging, in dem aber zugleich nicht alle für diesen Streik konstitutiven Konfliktlinien offensiv sichtbar gemacht wurden. Dass gut informierte journalistische Beobachter von einem „Ärzteaufstand“ in der vielleicht zu Ende gehenden „Ära des feudalen Chefarztes“ gesprochen haben (Wölk 2006, Albrecht 2006), aber auch davon, dass der Ärztestreik als bloßer „Protest keine gestalterisch, politische Dimension“ habe (ebd.), wurde ja schon einleitend erwähnt (Kapitel 4). Das Symposium des Rhön-Klinikums über das „neue ärztliche Berufsbild“ ließ sich, vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen, nicht zuletzt als Debatte um flachere Hierarchien und mehr Teamförmigkeit an der Spitze der Ärztehierarchie verstehen⁴¹, und dass für die streikenden Ärzte hier ein ganz zentraler Punkt ihrer Erfahrungen und ihres durch den Streik bestätigten Selbstbewußtseins liegt, wird aus mehreren der bereits in Kapitel 6 zitierten Interviews ersichtlich. Das zusammenfassende Resümee eines Ärztesprechers sei hier noch einmal stellvertretend zitiert:

„Wir haben uns bewußt gemacht, dass wir das Klinikum über all die Jahre mit unseren unbezahlten Überstunden am Laufen gehalten haben (...). Und wichtig war auch, dass wir endlich mal gezeigt haben, dass wir da sind. Die Chefarzte haben gesehen, dass wir auch anders können.“ (Arzt)

Soweit die im Gespräch formulierte zusammenfassende Bewertung, die allerdings immer mit dem bald darauf folgenden Zusatz verknüpft wird, nicht gegen die Chefarzte gestreikt zu haben. Was hingegen bislang weniger ausgeleuchtet wurde, sind zum einen die im Vollzug des gleichen Streikhandelns berührten Kooperationsbeziehungen zur anderen Seite der Hierarchie im Krankenhaus, also zu den Pflegekräften, zum anderen die gesundheitspolitischen Fragen, die durch den Streik tangiert worden sind. Betrachtet man das Dokumentenmaterial und die Interviewaussagen der streikenden ÄrztInnen in Bezug auf diese beiden Punkte so fällt zunächst auf, dass aus deren Sicht die Schnittstelle zum Pflegepersonal als ganz weitgehend unproblematisch erscheint, wohingegen Angehörige der Pflegeberufe hier ein durchaus anderes Bild zeichnen. Die Zitate im Kasten „Konfliktlinien“ auf der folgenden Seite mögen das illustrieren.

Die vorliegende Analyse ist ihrem Anspruch nach, wie einleitend betont, problemaufschließend. Von daher reicht es an dieser Stelle aus, auf die Widersprüchlichkeit der unterschiedlichen Einschätzungen zu verweisen.

40 Ein Gewerkschaftssekretär von ver.di berichtet etwa, der MB sei nicht dazu in der Lage gewesen, in den einzelnen Kliniken die Urabstimmung mit Urnen und Stimmzetteln durchzuführen. „Die haben das mit Postkarten und z. T. über Internet zu machen versucht. Ich kenne ver.di-Ärzte, die dann auch ihre Postkarte abgeschickt haben.“ Das sei also dem Grunde nach „haarsträubend“ gewesen.

41 Als Hintergrund des dort vom Vorstandsvorsitzenden des Rhönklinikums, W. Pöhler vorgestellte Modell funktionaler Differenzierung ließ sich also auch als Adaption des in den erwähnten journalistischen Kommentaren angesprochenen Teammodells in britischen Krankenhäusern verstehen. Dass es also um die Infragestellung des Chefarztmodells ging, und dass diese in kommunalen und kirchlichen Krankenhäusern offenbar eine immense Herausforderung darstellt, wurde in der Diskussion u.a. daran sichtbar, dass mehrere Ärzte aus dem Plenum in Bezug auf diesen Diskussionspunkt die Formel verwendeten: „An den totgeschossenen Chefarzt glaube ich nicht.“

Auch ist der Alltag der Kooperationsbeziehungen zwischen Ärzten und Pflege über die wenigen Interviews, die im Rahmen dieser Untersuchung möglich waren, schwerlich hinreichend fundiert zu beurteilen. Aussagen wie die folgende, sind allerdings nicht bloß Einzelaussagen:

„Wenn Assistenzärzte da nicht aufpassen und ihr Leistungseliten-Selbstverständnis allzu sehr vor sich her tragen, dann kann es schon mal passieren, dass sie nachts während ihres Bereitschaftsdienstes ein paar mal öfter geweckt werden, als das vielleicht nötig wäre. Das heißt also: die Pflegekräfte können da vieles selbst machen, aber sie müssen das ja nicht tun, wenn man ihnen eine nachgeordnete Stellung vor die Nase hält.(...). Im OP und in der Intensivmedizin gilt das noch viel mehr, dass es da auch durchaus gleichgewichtige Kooperationen gibt. Dass Pflegekräfte sich ihre Assistenzärzte erziehen, ist von daher m. E. nichts Ungewöhnliches. (Gewerkschaftssekretär, ver.di)⁴².

Aus der Perspektive eines Personalratsmitglieds aus dem Pflegebereich gibt es im Anschluss an die Feststellung, dass der Streik selbst die Konkurrenzen zwischen Pflege und ärztlichem Bereich in dieser Klinik eigentlich nicht verschärft habe, die folgende Feststellung:

„Also eine Neiddiskussion die gibt es bei uns ganz sicher nicht und die Kooperation mit den kleinen Assistenzärzten, ‚Babydoktors‘ sagen wir dazu, die ist ja im Alltag eingespielt. (...) Sicher, vor Ort macht sich das jetzt nach dem Streik mitunter an Frozeleien fest: ‚Du kannst jetzt ja auch mal den Kaffee kaufen. Du hast jetzt ja mehr Geld.‘ (...) Und worauf die Pflegekräfte unter dem allgemeinen Rationalisierungsdruck mehr achten, ist vielleicht, dass sie gucken, welche Aufgaben sie den Ärzten hier und da abgenommen haben, so dieses Selbstverständliche: ‚Kannst Du nicht mal eben?‘ und wo sie jetzt sagen. ‚Das ist nicht unsere Aufgabe‘. Da achtet inzwischen jeder mehr drauf.“ (Personalrat, Pflege)

Im Zusammenhang mit dem Ärztestreik sollte aber auch beachtet werden, dass nach den seitens des MB im Gefühl des gewonnenen Streiks getroffenen Ankündigungen, nun möglicherweise den nächsten Schritt zu einer Krankenhaus- oder Gesundheitsgewerkschaft gehen zu wollen, dies aktuell in den Debatten der Führungsgremien des MB kein Thema mehr ist. Ein Verbandsfunktionär des MB berichtet, dass es schon vor dem Streik ein internes Thesenpapier zu dieser denkbaren Option gegeben habe, dass „parallel zu den kritischen Tönen der Präsidentin des Deutschen Pflegerats auch „einige Berufsverbände und auch manche Pflegedienstleiter“ auf den MB zugekommen seien, dass diese Option zur Zeit jedoch im Vorstand des MB nicht diskutiert werde. Man sei noch hinreichend mit der Bewältigung der Folgen des erfolgreichen Streiks beschäftigt.“⁴³

Ein zweiter bemerkenswerter Punkt ist, dass seitens der streikenden ÄrztInnen, soweit aus der begrenzten Zahl an Interviews, aber auch aus der Dokumentenlage, ersichtlich, den gesundheitspolitischen Hintergründen des Streiks relativ wenig systematische Aufmerksamkeit zugewandt wird. Ein Assistentensprecher tritt in diesem Zusammenhang z.B. im Interview die Auffassung, dass genug Geld im Gesundheitssystem sei. Dafür spreche der internationale Vergleich. Es verschwinde aber in „irgendwelchen dunklen Löchern“. Er selbst berate z.B. nebenberuflich eine Firma, die ihrerseits Krankenkassen berate. Es gehe dabei um Beatmungsgeräte, die Patienten zu Hause zur Verfügung stünden. Wenn er sehe, mit wie wenig Kompetenz da Unmengen von Geld ausgegeben würden mit zweifelhaften therapeutischem Effekt, sehe er sich in dieser Einschätzung bestätigt. Seine Hauptkritik richtet sich dabei augenscheinlich auf das Geld für die Bürokratien der Krankenkassen. Insgesamt bleibt er in seinen Einschätzungen aber sehr unscharf und seine

42 Vgl. in diesem Zusammenhang auch Lorenz 2006.

43 Befragte Gewerkschaftsfunktionäre aus den Reihen von ver.di halten ihrerseits hält eine Öffnung des MB gegenüber anderen Pflegeberufen nicht einfach für ausgeschlossen. Allerdings setze sie, aus ihrer Sicht voraus, dass der MB sich noch mehr zu einer Gewerkschaft und noch weiter von seinem ursprünglichen Charakter als berufsständische Organisation fortentwickle. Von Seiten anderer akademischer Berufsgruppen wie der Psychotherapeuten habe es ja Signale gegeben, und mit den Physiotherapeuten als einer anderen Berufsgruppe habe es schon erste Kontakte gegeben, also: „Das ist nicht ausgeschlossen, das würde aber zu massiven Veränderungen des eigenen Verbandes führen müssen.“ (Interview Gewerkschaftssekretär, ver.di).

Konfliktlinien zwischen Ärztehierarchie und Pflegekräften im Streik

- „Bei uns auf der Station waren die Oberärzte voll mit im Streik.(...) sonst haben die Oberärzte hätten den Streik akzeptiert, aber nicht aktiv unterstützt. Es hat aber eben auch keine Repressalien gegeben. Und wir (die älteren Fachärzte, H.M.) sind dann hofiert worden. Wir haben nach dem Streik eine ganz andere Stellung gehabt.“ (Arzt)
- „Zu den Chefärzten muss ich sagen, dass das hier im Klinikum ganz harmlos war. Also es gab da keine Konflikte.(...) Ich kenne allerdings ein Beispiel aus einem anderen Klinikum, wo die Assistenzärzte auf einer Station gestreikt, und der Chefarzt wollte unbedingt alle Operationen bei seinen Privatpatienten durchziehen. Der hat das dann mit ganz jungen Assistenzärzten versucht und dann aber gemerkt, dass er von den etwas erfahreneren Assistenz- oder Fachärzten eben doch auch abhängig ist. Der hat das also versucht und ist kläglich gescheitert. Der konnte nicht alle seine OPs durchführen.“ (Arzt)
- „Da ist z.T. stundenweise gestreikt worden, und ich weiß nicht ob man das alles mit der Vorstellung von einem Streik zusammenbringen kann Ich weiß ja nicht, wie sie sich das vorstellen. Also die Ärzte hier haben eigentlich Ferien gemacht. Es hat an den Streiktagen morgens Frühbesprechungen gegeben. Danach sind die Pflegekräfte mit Arbeit überschüttet worden (...) Und die sind es dann meistens gewesen, die den Patienten sagen mussten, dass ihre Operation verschoben werden muss. während die Ärzte eben in der Stadt spazieren gegangen sind.“ (Personalrat)
- „Während des Streiks war das Verhältnis zum Pflegepersonal meines Erachtens gut. Die sehen doch auch, dass wir maximal belastet sind. (...) Allerdings hat die Pflegedienstleitung den Konflikt hier durchaus geschürt und z.B. das Pflegepersonal aufgefordert bei Visiten, die wegen des Streiks erst nach 16 Uhr angeordnet wurden, einfach nicht mehr zur Verfügung zu stehen.“ (Arzt)
- „Die Stimmung bei unserem Pflegepersonal ist in dieser Phase denkbar beschissen gewesen: Die sind auch sauer gewesen, weil sie mit Arbeit zugeschmissen wurden, weil der Ärger der Patienten bei ihnen abgeladen wurde, weil die Möglichkeiten den bei ihnen auftretenden Arbeitsausfall infolge des Streiks durch Urlaub aufzufangen ausgereizt gewesen ist. „Die Stimmung der Pflege im Ärztlichen Dienst war auf dem Siedepunkt.“ (Personalrat)
- „Etwas Unmut ist erst aufgekommen, als das Pflegepersonal vom Streik betroffen war – dadurch das Überstunden wegfielen, Urlaub genommen werden mußte, Stationen zusammengelegt wurden, die Rede davon war, dass dann Stellen im Pflegebereich gestrichen werden müssen. Aber das war auch nicht so eine radikale Kritik. Arbeitsverdichtungen und auch Stellenstreichungen sind ja im Pflegebereich durchaus ein schon länger wirksamer Trend. (...) Neben denen, die da Kritik geäußert haben, gab es auch die Unpolitischen, die das ganz toll fanden, dass nun auch mal die Ärzte streiken.“ (Gewerkschaftssekretär)
- „Natürlich haben Argumente von ver.di eine Rolle gespielt, ebenso aber auch die öffentlichen Stellungnahmen seitens des deutschen Pflegerats. Aber die massive Leistungsverweigerung der Ärzte hat auch bei den Beschäftigten hier Ängste ausgelöst. Das ist also auch von den Mitarbeitern hier vor Ort so gesehen worden. Dass ein höherer Abschluss für die Ärzte bei gedeckelten Kosten auf weniger Personal im Pflegebereich und weiter verdichtete Arbeit hinauslaufen könnte war da schon befürchtet worden. Auf den Stationen haben die das auch sehr deutlich gesagt.“ (Betriebsleiter)
- „Wir mußten uns auf eigene Beine stellen, und die Angst der Pflege war u. E. nicht berechtigt und ist nach wie vor für uns schwer nachzuvollziehen“. (Verbandsfunktionär MB)

Körpersprache (abwehrend erhobene Hände) signalisiert generell eher Distanz gegenüber der Politik.⁴⁴ Am Ende dieser Gesprächspassage äußert er sich dann zustimmend zu Stellungnahmen des Vorsitzenden des MB zur Gesundheitspolitik, insbesondere der Kritik an dem Fonds-Modell der großen Koalition. Eine klare Option in Bezug auf die strittige Hintergrundfrage Kopfpauschale oder Bürgerversicherung bezieht dieser Gesprächspartner nicht.

Ein Personalratsmitglied aus einer anderen Klinik verweist bei der Erörterung gesundheitspolitischer Fragen sehr kritisch darauf, dass die Ärzte in seinem Erfahrungsbereich durchgängig sehr unpolitisch seien:

„Und die Ärzte sind komplett unpolitisch. Die haben so gut wie keine Ahnung, was im Gesundheitswesen passiert. Da kümmern die sich überhaupt nicht drum. Ich staune manchmal mit welcher Naivität da Behauptungen in den Raum gestellt werden. (...) Ein Arzt vom Marburger Bund, der hat sich hier über die freie Liste im Personalrat engagiert. Der hatte von tuten und blasen keine Ahnung. Dem haben wir erst mal eine hausinterne Schulung verpaßt.“ (Personalrat)

Ein dritter Punkt, an dem mit großer Sicherheit Konfliktlinien zu vermuten sind, bleibt hingegen auch im Licht der vorliegenden Untersuchung weitgehend im Dunkeln. Einigen Interviewaussagen zufolge, war der Streik junger KrankenhausärztInnen im wesentlichen eine von Männern getragene Aktivität, jedenfalls was die Aktivisten anbelange, so etwa die Aussagen eines hauptamtlichen Funktionärs von ver.di. Der Status und Berufsperspektiven männlicher Ärzte seien also wohl v. a. als gefährdet erlebt worden.⁴⁵ Frauen hat er als aktiv beteiligt kaum wahrgenommen, „obwohl die ja fast 50 Prozent der Ärzteschaft ausmachen. U. Hempel (2006) weist in einem „Karrierehindernis: weiblich“ betitelten Artikel darauf hin, dass im Bereich der Berliner Ärztekammer 48,8 Prozent der Ärzteschaft weiblich seien, bei einem Anteil von 41,9 Prozent in den Krankenhäusern, dass es aber nur 72 leitende weibliche gegenüber 533 männlichen leitenden Ärzten gebe.⁴⁶ Eine Langzeitstudie von Hohner u.a. (2003) bestätige dieses Bild. Die im Rahmen dieser Studie möglichen „Feldeindrücke“, etwa im Zusammenhang mit dem Besuch des erwähnten Kolloquiums des Rhön-Klinikums, vermittelten im Übrigen deutlich das Bild einer immer noch nachhaltig männlich geprägten „Berufswelt“ von ÄrztInnen. Die mögliche Bedeutung dieses Aspekts kann an dieser Stelle leider nicht weiter vertieft werden.

Eine vorläufige Zusammenfassung dieser Befunde legt die folgenden Schlussfolgerungen nahe: (1) Im Verhältnis zu den Pflegeberufen im Krankenhaus gibt es sicherlich nicht nur, aber doch unübersehbar, Konfliktlinien, die durch den Streik deutlicher hervorgetreten sind. Es mag hier zukünftige Möglichkeiten einer weiteren Öffnung des MB geben, aber entsprechende Schritte zu tun, fällt vermutlich schon aufgrund der durchaus spannungsreichen derzeitigen internen Entwicklungen schwer. Unübersehbar ist (2), dass seitens der befragten ÄrztInnen gegenüber den im Streik aufgetretenen Verletzungen im Verhältnis zu Angehörigen von Pflegeberufen eine gewisse „Betriebsblindheit“ vorliegt. Dabei spielen die Erfahrungen des Streikerfolgs ebenso wie das Selbstverständnis eine Rolle, Angehörige der Gruppe der Leistungsträger im Krankenhaus zu sein; zugleich scheint in einzelnen Aussagen aber auch die Nähe der Alltagskooperation zwischen Arzt

44 Das Gespräch mit dem Medizinsoziologen liefert generalisierende Hinweise: „Ärzte haben immer noch geradezu einen Horror, zumindest aber eine große Fremdheit gegenüber der Politik. Aber das funktioniert jetzt eben nicht mehr.“

45 Ein Interview mit einem Arzt, Mitglied eines Sprecherausschusses von Assistenzärzten, bestätigt dies indirekt. Wenn er erklärt, man müsse sehen, dass der TVöD für junge Ärzte, die eher mal die Klinik wechselten, Einbußen bedeute, sich das bei den Angehörigen der Pflegeberufe, die ja „meistens Frauen also Zweitverdiener“ seien, hingegen anders darstelle, weil die gegenüber dem BAT wegfallenden Schutzfunktionen dann praktisch nicht zur Wirkung kämen, hat er offenbar im Kern den männlichen Arzt als Familienvater im Blick.

46 Vereinzelte journalistische Berichte können diesem allgemeinen Befund gelegentlich geradezu erheiternde Facetten hinzufügen. So berichtet in der Wochenendbeilage der FR (10. 02. 2007) eine als Oberärztin tätige Herzchirurgin u.a. darüber, dass sie von älteren Patienten schon mal als „Schwester“ angesprochen werde, und dann wenn sie an Wochenenden Dienst habe, gelegentlich mit Notfallpatienten konfrontiert werde, die sich von ihr als Frau nicht operieren lassen wollten: „Denen sage ich dann, dass es ihr gutes Recht sei, sich nicht von mir operieren zu lassen. Sie müßten aber bedenken, dass kein anderer Herzchirurg im Hause sei, der diese Operation durchführen könne, und sie das Risiko eingingen zu sterben, wenn sie sich weigerten. Bis jetzt waren alle Patienten einsichtig und haben sich von mir operieren lassen.“

und Pflege auf. (3) Zur anderen Seite hin werden die durchaus bewußten Konfliktlinien im Verhältnis zu den Chefärzten eher in den Hintergrund geschoben bzw. latent belassen. Und schließlich setzt man sich (4) nicht wirklich substantiell mit den Gesundheitspolitischen Bedingungen der konflikthaft zugespitzten Entwicklungen im Krankenhaus auseinander, bzw. benutzt gerne schablonenhaft diejenigen gesundheitspolitischen Interpretationen, die der eigene Verband anbietet

Die Interviews mit streikbeteiligten ÄrztInnen bestätigen insofern die aus der Analyse der Genese des Konflikts gewonnenen Einschätzungen: Es handelt sich um einen Kampf zur Verteidigung oder Rückgewinnung eines status quo ante. Man könnte auch sagen, die Entstehung von Gewerkschaften, hier durch die „Ver-gewerkschaftlichung“ des MB über einen Streik, erweist sich einmal mehr als das, was sie historisch immer gewesen ist, nämlich als die Herausbildung von „Sammelpunkten des Widerstands“. Der „Ärzteaufstand“ führt hingegen noch nicht wirklich dazu, dass die ihm zugrundeliegenden Widersprüche in voller Schärfe thematisiert würden. Die Vorstellung der Streikenden von einer Rückkehr zu einem früheren, gerechteren, Zustand verweist darauf, dass, was angesichts der Umbrüche der Zeit gefordert ist, nämlich das Nachdenken über ganz neue Krisenzusammenhänge, weil „zusammenhängende Theoriebildung dringlicher(...) als je zuvor (...), weil) ein durch Orientierungsschwierigkeiten zusätzlich zementierter Pragmatismus (...), der auch die gewerkschaftsfreundlichen Theoretiker mutlos macht“ sich geltend macht (Negt 2004,16)⁴⁷

7.5 Streikergebnisse – nicht nur graduelle Unterschiede zwischen den Tarifverträgen

Die im Rahmen dieser Untersuchung wesentlichen Aspekte der Ärztestreiks in den Jahren 2005 und 2006 dürften mit den Ausführungen in den voranstehenden Kapiteln und Abschnitten im wesentlichen ausgeleuchtet worden sein. Ganz allerdings kann und soll auf einige Bemerkungen zum unmittelbaren Tarifergebnis nicht verzichtet werden.

Wie erwähnt gab es während des Streiks zahlreiche Hinweise und öffentlich bekundete Befürchtungen – seitens der öffentlichen Arbeitgeber aber auch von Seiten der Repräsentanten von Pflegeberufen oder betrieblicher Interessenvertretungen – dass die Forderungen der Ärzte zu neuen, kaum zu bewältigenden Belastungen für das Gesundheitswesen führen müßten. Sie müßten entweder dadurch aufgefangen werden, dass mehr Geld in das Gesundheitswesen fließe oder aber durch Umverteilungen zu Ungunsten anderer Berufsgruppen oder aber auch durch die Schließung bzw. Privatisierung weiterer kommunaler Krankenhäuser. Arbeitgeberseitig gehören solche Mahnungen im Zuge von Tarifauseinandersetzungen sozusagen „zum Spiel“. Soweit sie von der konkurrierenden Gewerkschaft ver.di, bzw. im Kontext örtlicher Streiks von DGB-Funktionären geäußert worden sind, kann man sie in den Kontext der über die schließlich seitens des MB geführten Streiks aufgebrochenen Konkurrenzen zwischen nunmehr zwei rivalisierenden Gewerkschaften einordnen. Soweit sie von Angehörigen anderer Berufsgruppen im Rahmen einzelbetrieblicher Streiks artikuliert worden sind, verweisen sie aber durchaus auf Ängste unter den Beschäftigten und aufbrechende Konkurrenzen zwischen einzelnen Beschäftigtengruppen. Im Rückblick sind sie „Begleitgeräusche“ eines

47 O. Negt bezieht sich in seinen Überlegungen zu ‚kritischer Gesellschaftstheorie und emanzipatorischer Gewerkschaftspolitik‘ bereits zwei Jahre vor den Ärztestreiks im Übrigen auch ganz ausdrücklich auf das Gesundheitswesen: „Natürlich geht es nicht darum, ausschließlich gewerkschaftliche Handlungsfelder zu benennen. Es gibt keine Universalverantwortung der Gewerkschaften für die Überwindung der gesellschaftlichen Misere. Aber es ist schon eine Frage, was z.B. in den Gesundheitsbereichen, in Krankenhäusern, also in den wachsenden institutionellen Gebilden gemacht werden kann, in denen sich ein wilder Kampf partikularer Interessen abspielt. Ich habe feststellen können, dass insbesondere in den vergangenen zehn Jahren die Zahl der Einladungen zugenommen hat, vor Ärzten, Psychiatern, also in vielfachen Heilberufen Tätigen, zu reden. Die Organisatoren solcher Kongresse wissen aber, dass ich kein Medizinsoziologe bin und auch sonst aus ihrem speziellen Bereich nur geringes Wissen habe. Sie wissen im allgemeinen auch, dass ich mich der Frankfurter Schule zugehörig fühle, meine intellektuelle Ausbildung hier erhalten habe. Aber sie wollen auch gar nichts spezifisch Medizinisches wissen, sondern der Orientierungsbedarf geht darauf hin, gesellschaftliche Problemlagen zu deuten und ihnen vielleicht zu verdeutlichen, dass individuelle Therapie, gleich ob sie sich auf den Körper oder auf die Seele bezieht, nicht alles heilen und bewältigen kann, was eine krank machende Gesellschaft, die Alltagsirrationalitäten bewirken“ (S. 30f).

Streiks, der – durchaus nicht überraschend – keineswegs zu so dramatischen Neuverteilungen im Gesundheitswesen geführt hat:

Bei der hier möglichen Bewertung des unmittelbaren, in den Tarifverträgen von MB und von ver.di festgeschriebenen, Streikergebnisses ist zunächst zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der hier zugrundeliegenden Erhebungen, im Kern zwischen Dezember 2006 und Februar 2007, die Wirkungen der Tarifabschlüsse im Klinikalltag noch kaum zu spüren waren. Die Redaktionsverhandlungen zum Abschluss des MB zogen sich bis in den Dezember hin. Die Umsetzung des TV war also noch in vollem Gange. Ein Pflegedienstleiter bemerkt hierzu im Januar 2007.

„Es hat sicherlich eine erste Euphorie im Ergebnis des Streiks gegeben. Ich denke aber, dass es auch Unzufriedenheiten mit dem Abschluss auf Seiten der Ärzte gibt. Aber man muss da auch berücksichtigen, dass die neuen Regelungen ja noch gar nicht greifen. Die Details sind ja noch bis in den Dezember hinein mit dem Marburger Bund ausgehandelt worden. Dass wir dann in Zukunft zwei Tarifverträge haben, dürfte in der Umsetzung aber eigentlich kein Problem werden.“ (Pflegedienstleiter)

In einzelnen Gesprächen gab es Hinweise darauf, dass das Interesse rechtlichen und praktischen Fragen des Umgangs mit den unterschiedlichen, nunmehr nebeneinander gültigen, Tarifverträgen war seitens der Personal- und Betriebsräte augenscheinlich nicht sonderlich ausgeprägt. Jedenfalls sagte ver.di eine hierzu geplante Informationsveranstaltung für Personal- und Betriebsräte in NRW im Februar 2007 aufgrund zu geringen Interesses ab. Der MB selbst sieht sich im wesentlichen als erfolgreich insofern, als er „mit einem eigenen arztspezifischen Tarifvertrag erhebliche Gehaltseinbußen weggekämpft“ habe:

„Wägt man die eher moderaten Tarifsteigerungen und die erzielten Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen mit den ursprünglichen Forderungen ab, kommt man zu dem Ergebnis, dass der Erfolg der arztspezifischen Tarifverträge vor allem darin besteht, das Verhandlungsmonopol von Verdi durchbrochen zu haben.“ (MB 2006, 24)

Erste Berichte (Ärzteblatt, 49,2006, A3363f, ver.di-Argumentationshilfe vom 15.08.2006) sowie vorliegende Synopsen beider Tarifverträge (ver.di 2007) zeigen, dass die Unterschiede zwischen beiden Tarifverträgen hinsichtlich der Einkommen nicht gravierend sind. Deutlich höher als in den Tarifverträgen von ver.di sind insbesondere die Einkommen leitender Oberärzte, die der MB vereinbaren konnte. Anstelle einer differenzierten vergleichenden Analyse mögen so an dieser Stelle vier unterschiedliche Wertungen aus den Interviews genügen:

1. Ein während des Streiks als Assistentensprecher aktiver Arzt berichtet:

Dem Tarifvertrag des MB hätten viele Assistenzärzte nur zähneknirschend zugestimmt. In der Urabstimmung hätten im Klinikum viele dagegen gestimmt, die sich von den „Verbandssprüchen abgestoßen fühlten“. Zu den Besserstellungen v.a. für die Oberärzte müsse man sehen, dass ursprünglich drei Kategorien für die Oberärzte vorgesehen gewesen seien. Davon sei die unterste in den Verhandlungen gekippt worden. Also seien etliche als Assistenzärzte eingruppiert und einige als Oberärzte eine Stufe höher eingruppiert worden. Dadurch sei die Spanne zwischen Assistenz- und Oberärzten so groß geworden. Was z. B. ihn selbst anbelange, so habe er allenfalls sein Gehalt aus dem alten BAT gehalten, bekomme durch Arbeitszeitverkürzungen aber eher weniger Geld.

2. Ein Gewerkschaftssekretär von Ver.di kommentiert eine druckfrische Synopse beider Tarifverträge:

Vom Ergebnis her sei es noch sehr die Frage, welcher Tarifvertrag denn nun materiell besser sei. (Das entspricht dem Vergleich beider Tarifverträge und der Lektüre einiger erster Kommentierungen.) Deutlich besser gestellt seien in dem Tarifvertrag des MB eigentlich nur leitende Oberärzte. Bislang seien die Wirkungen des Streiks allerdings noch nicht im Alltag erkennbar weil sich ja die Redaktionsverhandlungen bis zum Dezember hingezogen hätten. Folglich würden viele Ärzte erst in diesen Monaten merken wie viel

sich durch den eigenständigen Tarifvertrag für Ärzte eigentlich (nicht) verändert habe. Es gebe im Übrigen Hinweise auf wachsende Unzufriedenheiten bei den Jungen Klinikärzten. Wie schon erwähnt seien einige Übertritte zu ver.di zu verzeichnen.

3. Ein Pflegedienstleiter eines Klinikums berichtet:

„Also der Erfolg des MB ist ja nur relativ. Als langjähriges Gewerkschaftsmitglied kann ich nur sagen: Ich wäre da am nächsten Tag ausgetreten.“ Bei der 40-Stundenwoche sei man auf halbem Wege stehen geblieben. Weihnachts- und Urlaubsgeld seien gestrichen worden und das müsse man gegen die Gehaltserhöhungen gegenrechnen. Dann gebe es bestimmte Ausgleichs des TVöD im Abschluss des MB nicht. Sicher seien die Ärzte stattdessen höher gruppiert, „aber Netto – Netto haben die weniger. Das nehmen die nur nicht so wahr. Wir haben das gerade exakt ausgerechnet: Ein Assistenzarzt, der vom BAT alt auf den TVöD überführt wird, kostet uns ziemlich genau 60.000 € brutto bei einer 40-Stundenwoche. Nach dem TV mit dem MB kostet er uns in der Entgeltgruppe 1 in der ersten Stufe 51.000 €.“ Das gelte natürlich nicht für die Oberärzte. „Wer den Benefit hat, das sind die 1. Oberärzte. Die kriegen deutlich höhere Gehaltszuwächse. Das geht bei und von 350 € bis zu 1.800 € im Monat. Allerdings muss man auch da genau hinsehen, denn der Tarifvertrag definiert ja ganz genau, wer als Oberarzt gelten soll, für den die Entgeltgruppe 3 zur Anwendung kommt. Der muss nämlich einen eigenständigen Teilbereich übertragen bekommen haben. Aber für welche Oberärzte gilt das schon?“

4. Ein Personalratsmitglied aus einem anderen Klinikum sagt:

„Was ist rausgekommen? Etwas mehr Geld und klarere Regelungen zu der Arbeitszeit – und die hätten wir hier im Hause auch so hin bekommen. (...) Aber die Abhängigkeit als Assistenzarzt die bleibt. Da hat doch keiner gesagt. Jetzt ist meine Arbeitszeit vorbei. Was rechtlich geregelt ist, ist das eine, aber ob du als Assistenzarzt das Problem geklärt kriegst, dass du deinem Chefarzt sagst: ‚nein das mache ich nicht‘, das ist etwas ganz anderes. (...) Die Desillusionierung wird stattfinden. (...) Die Assistenzärzte haben da ja gestreikt in Unkenntnis, für wen sie sich da eigentlich in die Bresche werfen. Und Jetzt geht das Hauen und Stechen zwischen den Oberärzten los. Wobei man wissen muss, dass wir hier bei uns eigentlich nur Titularoberärzte haben. Und zugleich gibt es ein unsägliches Rumgeeiere der Betriebsleitung, weil der medizinische Direktor die Oberärzte wiederum auch nicht vergrätzen will. (...) Und da geht es jetzt um die Frage, wer ist wer? (...) Die Betriebsleitung hat den Personalrat da schon darum gebeten, eine praktische Haltung dazu einzunehmen. Ich kann dann nur sagen: „Setzen sie den Tarifvertrag um. Und dann werden vermutlich einige Kollegen in den Rechtsstreit gehen.“ (Personalrat)

Anfang März 2007 gab es schließlich Hinweise darauf, dass eine auf Druck der Arbeitgeber in die Tarifverträge des MB aufgenommene Formulierung zur Definition von Oberärzten im Sinne des Tarifvertrages⁴⁸ nun seitens der Arbeitgeber zu einer restriktiven Auslegung des Tarifvertrags genutzt werden kann (Ärzte-Zeitung 07.03.2007). Folgerichtig finden sich in der Presse erste Hinweise auf eine durchaus konfliktbehaftete Umsetzung dieses Passus des Tarifvertrages. So haben alle Oberärzte im Klinikum Nürnberg die Klinikleitung aufgefordert, ihre Titel aus sämtlichen Verzeichnissen und Publikationen zu streichen. Dies wollte die Klinikleitung aber vermeiden und war dann doch bereit alle Oberärzte auch als Oberärzte im Sinne des Tarifvertrags zu bezahlen (vgl. FR 06.03.2007). Der VKA fordert den Vorsitzenden des MB in einem Schreiben dazu auf,

„den Betriebsfrieden in kommunalen Krankenhäusern nicht zu gefährden, die schädliche Diskussion um die Oberärzteingruppierung einzustellen und die vertragsgemäße Anwendung des TV-Ärzte/VKA in den kommunalen Krankenhäusern zu unterstützen.“

48 Ihr zufolge muss einem Oberarzt im Sinne des Tarifvertrags „die medizinische Verantwortung für selbständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik oder Abteilung vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen worden sein“ – und auf welchen Oberarzt trifft das schon zu, merkt ein Betriebsleiter im Interview lakonisch an.

Man habe in den Tarifverhandlungen „hart gerungen“ und der MB sei „in der Tat angetreten, jeden Oberarzt mit einer Höhergruppierung zu Bedienen. Genau dies haben wir aber nicht vereinbart.“ (Schreiben des VKA vom 14.03.2007)

Zusammenfassend ergibt sich so ein Bild, nachdem von den zu Streikbeginn seitens des MB sehr hochgesteckten Forderungen letztlich bleibt, dass die Ärzte und der MB darauf verweisen können, mit einem „eigenen arzt spezifischen Tarifvertrag erhebliche Gehaltseinbußen weggekämpft“ zu haben, dass aber letztlich hinsichtlich des jeweiligen Gesamtvolumens eher geringe Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Tarifverträgen auszumachen sind, die im Zuge der Umsetzung von Praktikern zudem durchaus unterschiedlich bewertet werden, und bei deren Umsetzung die Tarifverträge des MB augenscheinlich spezifische Schwächen erkennen lassen. Gleichwohl stehen die getrennten Tarifverträge doch für mehr als für nur geringfügige materielle Unterschiede. Der entscheidende Punkt – nicht nur aus Sicht des MB, sondern wohl vor allem aus Sicht der streikenden Ärzte – liegt darin, nunmehr einen eigenen, arzt spezifischen Tarifvertrag erstreikt zu haben, der als Ausgangspunkt für die weitere Verfolgung und Durchsetzung eigener Interessen angesehen wird. Das wird in den Interviews sowohl im Hinblick auf Erwartungen an zukünftige Tarifauseinandersetzungen sichtbar als auch in der erkennbaren Bereitschaft, sich stärker als bisher im Rahmen der Mitbestimmung in Betrieb und Unternehmen zu engagieren.

8 Konfliktodynamiken, zwischengewerkschaftliche Konkurrenzen und zukünftige Perspektiven

Die Ärztestreiks der Jahre 2005 und 2006 sind ausgegangen von Protestaktionen an deutschen Universitätskliniken angesichts des Ausstiegs der TdL aus den Tarifverhandlungen um einen neuen TvÖD und des Versuchs, v.a. einiger CDU-regierter Bundesländer die wöchentlichen Arbeitszeiten für Landesbedienstete massiv zu verlängern. Dies war der Konfliktanlass, über den sich eine über mehrere Jahre aufgestaute Unzufriedenheit und Frustration junger Krankenhausärzte in eigenständig von Sprecherkreisen von Assistenz- und jungen Fachärzten organisierten Protestaktionen Bahn brach. Was sich so artikulierte war die Unzufriedenheit junger KrankenhausärztInnen, die sich als wesentlicher Teil der Leistungsträger im Krankenhaus begriffen, von ihrer ganzen universitären Ausbildung her als Teil einer Leistungselite ansahen und in überkommenen Besitzständen und als sicher erwarteten Berufsperspektiven gefährdet sahen. Vor dem Hintergrund langjährig eingetretener Folgen eines massiven Kostendrucks auf das Gesundheitswesens war der Streik der, insofern auch erfolgreiche, Versuch, eine negative und als zunehmend untragbar empfundene Entwicklung von Arbeits- und Einkommensbedingungen wieder umzukehren und „die Attraktivität des Arztberufes wiederherzustellen“ (MB 2006b, 9), „erhebliche Gehaltseinbußen weggekämpft“ und „gestrichenes Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie Arbeitszeiterhöhung ohne Lohnausgleich (...) größtenteils ausgeglichen“ zu haben (MB 2006b, 23). Es war insofern ein Streik um die Wiederherstellung eines „status quo ante“, ein Kampf um gefährdete Statuspositionen, oder aus Sicht der Angehörigen anderer Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen, auch ein Kampf um die Bewahrung von Privilegien einer herausgehobenen anderen Gruppe und deshalb die Aufkündigung von Solidarität.

Dieser „Ärzteaufstand“ – dem weitere im Konfliktverlauf weniger oder kaum artikulierte Ursachen zugrunde lagen, so v.a. Veränderungen der Professionalität von Ärzten im Krankenhaus, ihrer früher unbestritten hierarchischen Stellung gegenüber einer zunehmend professionalisierten Pflege, aber auch veränderte Karriereperspektiven angesichts des Umstandes, dass man für eine wachsende Zahl von Ärzten vom „Lebensarbeitsplatz Krankenhaus sprechen“ muss, und zwar „ohne die Perspektive Oberarzt zu werden“ (Int. MB) – war verknüpft mit dem Ausscheren des MB aus einer langjährigen, von ver.di geführten Tarifgemeinschaft, an der auch die dbbTarifunion beteiligt war. Die Ärztestreiks wurden damit zu einem tiefgreifenden Einschnitt in der Geschichte dieser Standesorganisation v. a. junger KrankenhausärztInnen. Man kann von einem Schub zu einer wirklichen „Vergewerkschaftlichung“ einer Standesorganisation sprechen, von der bis dahin in der einschlägigen Literatur als von einer „Ärztegewerkschaft“ immer nur in Anführungszeichen die Rede gewesen ist. Im Blick auf die frühe Geschichte, der vergangenen deutschen Arbeiterbewegung könnte man geneigt sein zu sagen, dass eine solche Entwicklung von Gewerkschaften aus Berufsorganisationen von Beginn an eine ihrer Charakteristik gewesen ist – und dass es dabei immer auch zunächst um die Verteidigung älterer Besitzstände und Privilegien gegangen ist.

Andererseits sollte man historische Vergleich nicht überstrapazieren. Die hier analysierte Entwicklung des MB vollzieht sich immerhin bei gleichzeitiger Entfaltung von Konkurrenzbeziehungen zu einer zweiten Gewerkschaft, die sich – aus der Tradition der alten, vergangenen Arbeiterbewegung kommend – herausgefordert sieht und deren Repräsentanten im Krankenhaus nach wie vor mit Skepsis auf die Berufsgruppe der Ärzte und deren aus ihrer Sicht trotz aller Vergewerkschaftlichung immer noch berufsständischen Verband blicken. Die folgenden Aussagen aus einem Interview mit einem Personalratsmitglied stehen hier für eine Vielzahl von Äußerungen:

„Wenn der MB sich das denkt, dass er eine Gesundheitsgewerkschaft werden kann, dann halte ich das für unrealistisch. Die Stärke des MB war ja gerade, dass er nur eine Gruppe vertrat. Ver.di hat es da viel

schwerer (...). Mobilisiert worden sind die Assistenzärzte. Aber vier Jahre bist Du Assistenzarzt. Dann bist Du Facharzt. Und das macht eine Menge aus. Dann willst Du die Mühsal der Ebenen nicht mehr sehen. (...) Und so ein Bewußtsein für die gesellschaftliche Lage, in der du da bist, das ergibt sich aus so einem Streik heraus eben nicht zwangsläufig. (...) Am Ende bleibt dann doch: Das ist eine Kaste, die gut bezahlt wird. Der MB hat ja etwas erreicht und mehr Geld für die Ärzte herausgeholt. Aber zu der ganzen Frage Gesundheitswirtschaft, da habe ich ja keinen Arzt gehört in der Auseinandersetzung. Im Vordergrund stand erst einmal Tarifarbeit.“ (Personalrat)

Was sich in den tiefgreifenden gesellschaftspolitischen Umbrüchen unserer Tage, die zunehmend mehr Beobachter als „Epochenbruch“ charakterisieren, an neuen sozialen Bewegungen entwickeln mag, ob neue Formen gewerkschaftlicher Organisation entstehen und welche Rolle in diesen Umbrüchen die aus einer alten sozialen Bewegung hervorgegangenen, zu Institutionen gewordenen und zunehmend von Erosionsprozessen bedrohten DGB-Gewerkschaften werden spielen können, ist durchaus offen (vgl. Scholz u.a. 2006, Martens 2007) und an dieser Stelle nicht vertiefend zu erörtern. Im Rahmen der hier vorgelegten, ihrem Anspruch nach begrenzten empirischen Studie mag es genügen, folgendes festzuhalten: Es läßt sich zum einen ein Konfliktverlauf beobachten – immerhin über einen Zeitraum von ca. 16 Monaten, beginnend im Frühjahr 2005 und endend mit den Tarifabschlüssen im August 2006 – über dessen Verlauf zwischen Angehörigen der beteiligten Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen, und auch ihren Interessenorganisationen, zunehmend konkurrenzhafter Verhaltensweisen prägend wurden:

- Die streikenden ÄrztInnen legten aus nachvollziehbaren Gründen zunächst einmal Gewicht auf die aus ihrer Sicht massiv verletzten Interessen der eigenen Beschäftigtengruppe. Sie reklamierten dabei zugleich deren besondere Bedeutung als Leistungsträger innerhalb des Gesundheitswesens. Als wie herausgehoben und zugleich verletzt dieser eigene Status empfunden wurde, wird schlagend daraus ersichtlich, dass der Vorsitzende des MB einerseits davon gesprochen hat, dass es um einen Tarifvertrag für die „Schauspieler“ gehe, der nicht von den „Kulissenschiebern“ abgeschlossen werden könne, andererseits auf den zentralen Kundgebungen des Verbandes von einem „Sklavenaufstand“ gesprochen hat – womit freilich die unbeantwortet gebliebene Frage nach den Sklavenhaltern aufgeworfen ist⁴⁹.
- Für die beteiligten Gewerkschaften bricht im Augenblick des Ausscherens des MB aus der Tarifgemeinschaft mit ver.di unmittelbar eine zwischenverbandliche Konkurrenz auf. Die ist nicht so sehr eine Konkurrenz um Mitglieder als vielmehr eine um die Tarifhoheit und Meinungsführerschaft innerhalb der Branche, denn die jungen Assistenz- und Fachärzte strömen nun massenhaft dem MB zu – u. U. auch deshalb weil nun die Distanz zu einer „gewöhnlichen“ Gewerkschaft wie ver.di deutlich geworden ist, aber selbstverständlich gleichermaßen weil man sich so einen gesicherten Handlungsrahmen für das weitere eigene Streikhandeln erhofft. Ver.di bleibt hier, so oder so, nur der Anlaufpunkt für eine kleine politische Minderheit unter der Ärzteschaft, die radikaler denkt oder aus traditionellen Gründen stärker auf eine DGB-Gewerkschaft orientiert ist und sich standespolitisch parallel im vdäa organisiert hat. Und umgekehrt gehen viele Angehörige von Pflegeberufen eher auf Distanz⁵⁰ – auch wenn es hier Unschärfen gibt, zumal ver.di aus der Tradition der früheren ötv heraus vor allem im dritten Standbein der Krankenhäuser, in den Verwaltungs- und Instandhaltungsbereichen traditionell verankert ist. Der Konflikt äußert sich also v. a., in Vorwürfen kompromissloser Mauselei mit den öffentlichen Arbeitgebern von Seiten der streikenden Ärzte und des MB in Richtung auf ver.di und in der Kritik, allein egoistisch und unsolidarisch auf die Durchsetzung von Privilegien aus zusein, von Seiten ver.dis gegenüber den streikenden Ärzten und dem MB. Und diese Konfliktlinie schaukelt sich während des Streikverlaufs auf, örtlich z.T. in ausgesprochen heftiger Weise.

49 Oder in den Worten der Präsidentin des Deutschen Pflegerats die Frage danach, inwieweit der Konflikt „hausgemacht“ sei, also auf Abhängigkeiten innerhalb der Ärztehierarchie selbst verweise.

50 Das Bild ist allerdings differenziert. In Bezug auf andere akademische Bereiche wird, wie erwähnt, auch über neue Kontaktaufnahmen zum MB berichtet.

- Während das Ausscheren des MB aus dem langjährigen Tarifverbund für Funktionäre von ver.di so zugleich überraschend und eine Verletzung solidarischen Handelns ist, für die dann auch gerne neben dem Druck der Mitglieder interne Verbandsrivalitäten als Erklärung angeführt werden⁵¹, stellt es für den MB eine Entscheidung von existentieller Bedeutung für den Verband dar. Alles spricht dafür, dass sich die verantwortlichen hauptamtlichen Funktionäre des Verbandes diese Entscheidung alles andere als leicht gemacht haben. Sie sahen sich in der Tat mit der Gefahr eines „Zerreißen des Verbandes“ konfrontiert⁵², auf die sie eine Antwort finden mussten.
- Zugleich wurde im weiteren Konfliktverlauf sehr schnell klar, dass der Streik um einen eigenständigen Tarifvertrag für Ärzte eine Auseinandersetzung war, über die sich der Charakter des MB nachhaltig verändern würde. Der über den Streik eingeleitete Prozess einer „Vergewerkschaftlichung“ ist sicherlich noch nicht abgeschlossen. Der MB als Verband vor allem junger Ärzte im Krankenhaus ist gerade erst dabei den Konflikt und seine Ergebnisse intern zu verarbeiten. Dass es interne Kritik an dem Abschluss gab, klingt in den verbandseigenen Veröffentlichungen an und wird in den Interviews mit beteiligten Ärzten deutlicher hervorgehoben. Gleichwohl ist der Mitgliederzuwachs stabil. Ein erfolgreicher Streik schafft Selbstbewusstsein. Die Debatte ob man nun Gewerkschaft oder immer noch vornehmlich berufsständischer Verband sei, ist offenbar im Gange. „Nur noch Gewerkschaft zu sein“ (mit dem Image von Trillerpfeife und roten Mützen) wird auch als Problem angesehen (Int. MB). Das eigene zukünftige Profil ist noch unscharf. Die internen Machtbeziehungen und Abhängigkeitsverhältnisse innerhalb der Ärzteschaft als Bedingungen des „hausgemachten Konflikts“ (M.-L. Müller) werden noch kaum angesprochen. Auch der weitere Gang gesundheitspolitischer Debatten wird mit Interesse zu beobachten sein. Neue Entwicklungen sind durch den Streik in Gang gekommen, aber noch alles andere als abgeschlossen. Ob sich auf mittlere Sicht die eher ungebrochenen konservativen verbandspolitischen Vorstellungen der Ärzteschaft in Bezug auf die Gesundheitsreform in Sinne des von O. Negt in Bezug auf die DGB-Gewerkschaften allgemein angesprochenen durch „Orientierungsschwierigkeiten zusätzlich zementierter Pragmatismus“ verfestigen werden, oder ob grundlegend kritische Positionen, wie sie etwa vom vdäa vertreten werden, zukünftig die Chance auf größere Resonanzen haben werden, ist aus Sicht der vorliegenden Untersuchung eine durchaus offene Frage.

Die Befragten aus den verschiedenen Akterusgruppen scheinen allerdings in beachtlichem Maße vom Tagesgeschäft „aufgefressen zu werden“ und äußern sich hinsichtlich der zukünftigen Perspektiven überwiegend skeptisch: Die Repräsentanten des MB sehen sich durch den Erfolg des arzt-spezifischen Tarifvertrags gestärkt und aktuell mit den Schwierigkeiten der Umsetzung des Tarifvertrags konfrontiert. Auf der Ebene der Kliniken erhöht sich so der Druck auf Mitglieder des MB, für die betrieblichen Interessenvertretungen zu kandidieren – und in den Gremien wachsen die Herausforderungen zur Kooperation von Mitgliedern beider Gewerkschaften. Für die hauptamtlichen Funktionäre beider Verbände steht außerdem zunächst einmal die durch den Ärztestreik verschärfte zwischenverbandliche Konkurrenz im Vordergrund. Führungskräfte in Krankenhäusern scheinen demgegenüber eher Probleme im Zuge einer Aufsplitterung der alten Regelungswerke zu befürchten. Befragte Ärzte, auch solche, die Mitglieder von ver.di sind, schwanken zwischen der Hervorhebung des Erfolgs einer überfälligen ersten authentischen Artikulation eigener Interessen und einer gewissen Ernüchterung angesichts des Umstands, dass die für den Streik ursächlichen Probleme im Grunde nach wie vor ungelöst sind. Befragte Personalratsmitglieder aus anderen Berufsgruppen schließlich berichten

51 Die zutreffend sein können, über die im Licht dieser Untersuchung gleichwohl nur spekuliert werden kann.

52 In einem Interview mit einem Verbandsfunktionär heißt es: Wir haben ja die Befürchtungen gehabt, dass das den Verband auseinanderreißt. Aber wir haben dann entschieden: Wir stellen uns an die Spitze dieser Bewegung.“ Und was dann an Veränderung passiert ist, wird aus der folgenden Aussage schlagend deutlich: „Als ich hier eingestellt worden bin, da gab es drei Kernaussagen, nämlich: (1) Mit derzeit 78.000 Mitgliedern haben wir die Spitze unserer Möglichkeiten erreicht; es gibt da einen Sättigungsgrad, (2) die großen Tarifgebiete (TDL, Kommunen) werden niemals mit dem MB alleine verhandeln, und (3) wir werden es niemals schaffen, mehr als dreißig Ärzte auf die Straße zu bekommen.“ All das hat sich über den Streik grundlegend verändert.

mit einer gewissen Ratlosigkeit von den Schwierigkeiten angesichts schleichender Desolidarisierungsprozesse die Balance zwischen den Interessen der verschiedenen Beschäftigtengruppen im Krankenhaus zu wahren. Für die Entwicklung gemeinsamer arbeits- und gesundheitspolitischer Perspektiven im Blick nach vorne scheint insgesamt wenig Raum gegeben zu sein. Aber der Bedarf wird allenthalben artikuliert.

9 Zusammenfassende Thesen

1. Der Ärztestreik und die über ihn beförderte „Vergewerkschaftlichung“ des Marburger Bundes (MB) sind aus dem Zusammenwirken höchst unterschiedlicher Bedingungen zu erklären. An seinem Beginn stehen „primäre“ arbeitspolitische Initiativen einer Beschäftigtengruppe, die sich, von massiven Verschlechterungen ihrer Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven betroffen, in ihrem Selbstverständnis Teil einer Leistungselite im Gesundheitswesen zu sein, infrage gestellt sieht, innerhalb der eingespielten, aber zunehmend unter Druck geratenen, tarifpolitischen Verhandlungsprozeduren eher randständig ist und aufgrund ihres eigenständigen arbeitspolitischen Handelns erhebliche Vertänderungsimpulse innerhalb des MB auslöst, der sie bis dahin als berufsständische Organisation sehr erfolgreich zu organisieren und zu integrieren vermocht hatte.

Zu nennen sind zunächst die relativen Verschlechterungen in den Arbeits- und Entlohnungsbedingungen (Gehaltseinbußen um Zuge der Ablösung des BAT durch den TVöD, ausufernde Arbeits- und Bereitschaftszeiten, erhebliche Zunahme bürokratischer, als berufsfremd empfundener, Arbeiten in Folge des Fallpauschalengesetzes) vor allem aber auch die zunehmend blockierten mittelfristigen Karriereperspektiven junger KrankenhausärztInnen. Die Stellung dieser Beschäftigtengruppe zwischen Teilen des Pflegepersonals, insbesondere in der Intensivmedizin, und den Spitzen der Ärztehierarchie, die in deutschen Krankenhäusern durch das Chefarztsystem besonders ausgeprägt ist, wird so verändert. Ein Sachkundiger Beobachter spricht pointiert von einem „generellen Paradigmenwechsel“ der sich hier in den beiden letzten Jahrzehnten vollzogen habe.

Zu nennen ist ferner der Umstand, dass die Gruppe der Assistenzärzte nicht nur in den Krankenhaushierarchien in spezifischer Weise eingeklemmt war, sondern sich zugleich in den Interessenvertretungsstrukturen des Tarifverbundes im Öffentlichen Dienst nicht wirklich repräsentiert sah. Ver.di verhandelte für den MB mit, und damit auch für die Klinikärzte, aber der MB war eine berufsständische, im Tarifgeschäft gleichsam „mitlaufende“ Organisation⁵³ und bei ver.di selbst spielten Krankenhausärzte als eigenständige Berufsgruppe nur eine gänzlich untergeordnete Rolle. Die eigeninitiative Entwicklung von Forderungen von Assistenzärzten und deren Repräsentation durch deren Sprecher in Verknüpfung mit den von ver.di geführten Verhandlungen und Streikaktionen um den TVöD im Sommer 2005 in Baden-Württemberg bringt dies ebenso schlagend zum Ausdruck wie auch die Schwierigkeiten dieser Berufsgruppe, sich auf die von den von ver.di repräsentierten Beschäftigtengruppen vertretenen Vorstellungen zur Regelung von Mehrarbeit einzulassen. Einer Forderung nach klarer Regelung und Begrenzung von Überstunden standen Interessen nach zusätzlichem Einkommen und die vielfach auch persönliche Abhängigkeit der auf Zeitvertragsbasis beschäftigten Assistenzärzte von den Chefärzten im Wege. Auch eine enge Verschränkung von Arbeit und Qualifizierung war in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Die einigende Forderung vor dem Hintergrund vielfältiger Unzufriedenheiten und angesichts der schwierigen Positionierung der jungen Klinikärzte innerhalb der Kooperationsbeziehungen und Abhängigkeiten im Krankenhaus führte so zu der Forderung nach einer dreißigprozentigen Erhöhung der Gehälter nicht nur gegenüber dem Entwurf des neuen TVöD sondern gegenüber dem alten BAT.

Eine lange aufgestaute Unzufriedenheit des quantitativ größten Teils der Mitglieder, und des Mitgliederpotentials, des MB begann sich so am Rande einer von ver.di organisierten Tarifaufeinandersetzung zu organisieren und konnte dann für latente Rivalitäten um die Führung des MB bedeutsam werden. Aber es war nicht nur die Dynamik des arbeitspolitischen Handelns junger KlinikärztInnen, die die „Vergewerk-

53 Der Verhandlungskommission gehörte z.B. kein Repräsentant des MB an.

schaftlichung“ des MB beförderte. Verbandsinteren Konkurrenzen gaben den letzten Anstoß dafür, dass die Verbandsspitze dieser berufsständischen Organisation sich nunmehr uneingeschränkt als Ärztegewerkschaft zum Sprachrohr der streikenden jungen Ärzte machte.

Der Streik junger Krankenhausärztinnen und Ärzte als der nach eigenem Verständnis eigentlichen Leistungsträger im Krankenhaus entwickelte so seine bemerkenswerte Dynamik. Aus Sicht der ihn zunächst in hohem Maße selbsttätig organisierenden Streikenden wurde er vor allem geführt, um eine Entwicklung zu stetigen Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen, für die nicht zuletzt ver.di Verantwortung zugewiesen wurde, endlich umzukehren. Er war in diesem Sinne durchaus auch ein Streik um die Verteidigung massiv gefährdeter Besitzstände, die aus Sicht anderer Beschäftigtengruppen z. T. auch als Privilegien erscheinen mochten. Er wurde, parallel zu einer von ver.di um die Geltung des TvÖD auch auf Ebene der Bundesländer geführten Tarifaueinandersetzung, zunächst an den Universitätskliniken zu einem Abschluss geführt und mündete dann in den weiteren Streik an den kommunalen Krankenhäusern. Unter Duldung und z. T. tatkräftiger Unterstützung der, im MB ja mit entscheidendem Einfluss repräsentierten, Spitzen der Ärzthierarchie im Krankenhaus entwickelten die AssistenzärztInnen kreative Formen der Streikorganisation und Öffentlichkeitsarbeit. Gezielte Eskalationsschritte Angesichts eines massiven inhaltenden Widerstands der Arbeitgeber (VKA) beförderten die Dynamisierung des Gesamtprozesses. Zusätzlich sorgte die Rivalität zwischen ver.di und dem MB für weitere Verschärfungen. Der Versuch von ver.di und VKA mittels eines Tarifabschlusses die Spitze zu nehmen – der wichtigen Forderungen der jungen Ärzte Rechnung tragen, die Solidarität mit den anderen Beschäftigtengruppen stärker im Blick und die Kosten für die Krankenhäuser aber gleichwohl in engeren Grenzen halten und den MB so ins Leere laufen lassen sollte –, scheiterte an der inzwischen in Gang gekommenen Dynamik des Streiks. Die ungebrochene, eher zusätzlich angestachelte Streikbereitschaft der AssistenzärztInnen für einen eigenständigen, arzt spezifischen Tarifvertrag und normale Arbeitsbedingungen erzwang schließlich die Tarifeinigung zwischen VKA und MB.

2. Das vom MB erreichte materielle Tarifiergebnis ist ein äußerst mühsam gefundener Kompromiß, der die große Widersprüchlichkeit von Konfliktbedingungen und -verlauf ziemlich genau zum Ausdruck bringt, für die den Streik maßgeblich tragenden Beschäftigtengruppen nur begrenzte monetäre Verbesserungen mit sich bringt, u.a. um den Preis sehr flexibler Regelungen der Arbeitszeit, und die tieferliegenden Konfliktursachen noch kaum wirklicher neuer Gestaltung zugänglich macht

Der Tarifvertrag des MB ist aus Sicht der streikenden ÄrztInnen der erfolgreiche Abschluss einer großen, zunächst eigeninitiativ in Gang gesetzten Kraftanstrengung. Die Vereinheitlichende monetäre Forderung der Ärztinnen und Ärzte konnte jedenfalls so weitgehend durchgesetzt werden, dass der Abschluss eines eigenständigen, arzt spezifischen Tarifvertrags von den Streikenden als Erfolg gewertet werden konnte, auch wenn es zahlreiche Hinweise auf deutliche Unzufriedenheiten bei den streikenden ÄrztInnen gibt. Sie hatten ihren Streik zudem bis zu seinem Ende vor dem Hintergrund eines hohen Maßes öffentlicher Zustimmung führen können.

Es gibt zahlreiche deutliche Hinweise darauf, dass das Streikergebnis auf, möglicherweise noch wachsende, Kritik der Assistenz- und Jungen Fachärzte stoßen könnte. Da die genauere Ausgestaltung und Umsetzung des Tarifvertrages des MB erst Frühjahr 2007 spürbar geworden ist, waren im Rahmen dieser Untersuchung nur sehr vorläufige erste Einschätzungen zu ermitteln. Es ist denkbar, dass Kritik – als Kritik an der Höhe der Einkommenszuwächse und ihrer Verteilung innerhalb der Ärzteschaft – sich noch verschärfen könnte. Bedeutsam ist, dass wesentliche Konfliktursachen wie die Abhängigkeiten in der Ärzthierarchie, die Entgrenzung von Arbeitszeiten und die blockierten oder weniger attraktiven, früher selbstverständlichen Karrierewege weitgehend immer noch bestehen bleiben. In seinem ganzen Ausmaß ist der „generelle Paradigmenwechsel“ den man professionspolitisch mit der Formel des Abstiegs vom

„Halbgott in weiß“ zum „Facharbeiter der Gesundheitswirtschaft“ umschreiben könnte, über den „Sklavenaufstand“ der Ärzte noch überhaupt nicht thematisiert worden.

Der Streik ist so vor allem ein großer Erfolg für den MB, der sich damit als Ärztegewerkschaft profiliert hat und in seinem Schritt, sich an die Spitze dieser Streikbewegung zu stellen, bestätigt sehen kann. Aus seiner Sicht konnte die „ver.di-ktatur“ gebrochen werden. Er sieht sich nunmehr als organisierendes Zentrum der Leistungselite im Krankenhaus – mit allen Chancen sich zu einer Krankenhausgewerkschaft weiterzuentwickeln, die auch die Angehörigen verschiedener Pflegeberufe als Teil ihrer Klientel ansieht.

Der MB hat seinen tarifpolitischen Erfolg aber gerade unter Nutzung seiner berufsverbandlichen, eher hierarchischen Strukturen und der starken Stellung leitender Ärzte in den Krankenhäusern zu erreichen vermocht. Diese Strukturen und damit auch die schwierige Stellung der Assistenzärzte innerhalb der hierarchischen Strukturen der Krankenhäuser, die zu Beginn des Konflikts als eine seiner Ursachen durchaus bedeutsam war, bleiben damit aber unbearbeitet, werden möglicherweise eher zunächst einmal neu befestigt.

Der Tarifabschluss bewirkt als erfolgreicher Abschluss einer bemerkenswerten Streikbewegung auch einen ersten Impuls dazu, die eigene „Vergewerkschaftlichung“ nun zum einen als Befreiung aus einem an der Seite von ver.di erduldeten „Solidaritätskorsett“ und als Auflösung des Einheitsgewerkschaftsprinzips zu feiern und zugleich unter der Perspektive der Bildung einer Krankenhaus- oder Gesundheitsgewerkschaft weiter zutreiben. Damit aber wird der MB unmittelbar auf die höchst widersprüchlichen Resultate der Streiks als sozialer Prozesse gestoßen.

3. Das materielle Tarifiergebnis hat angesichts der über das Fallpauschalengesetz gedeckelten Finanzierung für die Krankenhäuser, aber wohl auch aufgrund der im Zuge der Dynamik entwickelten Argumentationen des MB, wie auch seines mit dem Tarifabschluss zur Schau gestellten neuen Selbstbewußtseins als Kern einer zukünftigen Gesundheitsgewerkschaft, zur Folge, dass im Blick auf alle Beschäftigtengruppen im Krankenhaus deutlich desolidarisierende Effekte auftreten. Darüber hinaus beginnen sofort mit dem Tarifabschluss Spekulationen über mittelfristige negative Folgen: Schließungen oder Privatisierungen von kommunalen Kliniken werden aus Sicht von Arbeitgebervertretern unabwendbar sein. Allerdings erscheint es als fraglich, ob Entwicklungen in diese Richtung durch den Ärztestreik wirklich verstärkt worden sind.

In der Bewertung seiner Streikziele und seines Streikerfolgs gibt sich der MB hinsichtlich möglicher negativer Folgen für andere Beschäftigtengruppen gelassen und scheinbar gleichgültig. Das „Armutsargument“ der Arbeitgeber könne nicht überzeugen, es gebe Rationalisierungs- und Effizienzreserven und im Übrigen gehe es dem MB zunächst einmal um die legitimen Interessen der Ärzte.

Im Blick auf die eigene Klientel des MB läßt sich zeigen, dass der Tarifabschluss hinsichtlich seiner finanziellen Auswirkungen im Ergebnis durchaus begrenzt geblieben ist. Die Volumina sind denen des parallelen Abschlusses von ver.di in den kommunalen Krankenhäusern durchaus vergleichbar, letzterer dürfte allerdings ohne den Streik nicht denkbar gewesen sein. Die vom MB durchgesetzten Einkommensverbesserungen kommen in überproportionaler Weise den Oberärzten und leitenden Oberärzten zugute, wobei aber im Zuge der Umsetzung des Tarifvertrags Probleme auftreten, und bieten hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitszeiten die größere Flexibilität. Ob und in welcher Weise dies mittelfristig bei dem, zahlenmäßig größeren, Teilsegment der jungen ÄrztInnen registriert und zu Verschiebungen in der Bewertung des Streikergebnisses führen wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls aber scheint die Erfahrung, selbst einen eigenständigen Tarifvertrag für ÄrztInnen durchgesetzt zu haben, durchschlagend zu sein.

Im Konfliktverlauf selbst ist die Charakterisierung der eigenen Klientel als Leistungselite im Krankenhaus seitens des MB in einer Weise erfolgt („Schauspieler“ versus „Kulissenschieber“), die Angehörigen anderer,

z.T. ja auch sehr hoch qualifizierter und für die arbeitsteiligen Prozesse im Krankenhaus unverzichtbarer, Beschäftigtengruppen äußerst übel aufgestoßen ist und nun nachwirkt. Nicht nur in den Verteilungsergebnissen, sondern auch über neu geschürte Rivalitäten kommt zunächst einmal durchaus Desolidarisierung zur Geltung – zumal gemessen an den Organisationsformen die im Sommer 2005 die ersten Impulse für die Streikbewegung gaben.

Ob die während des Streiks prognostizierten Finanzierungsprobleme und möglicherweise drohenden Krankenhausschließungen verstärkt zu Verhandlungen über Öffnungsklauseln oder zu Überlegungen zu Privatisierungen seitens kommunaler Krankenträger führen werden, erscheint zu Beginn des Jahres 2007 fraglich. Die unmittelbaren ökonomischen Schäden der Streiks sind eher begrenzt und alle 2005 und 2006 neu abgeschlossenen Tarifverträge beinhalten durchaus etliche, von den Arbeitgebern so gewollte, Flexibilisierungspotentiale, die kostendämpfend genutzt werden können. Vor diesem Hintergrund wird sich zeigen müssen, wie die jeweiligen betrieblichen Interessenvertretungen und die in ihnen repräsentierten Gewerkschaften dazu in der Lage sind, neue solidarische Lösungsansätze zu entwickeln.

- 4. Betrachtet man die Resultate des Konflikts von diesem Hintergrund aus noch einmal aus der Perspektive des MB, so ergibt sich, dass der MB sich zwar als der klare Sieger der Tarifaueinandersetzung begreifen kann, dass er aber gerade deshalb höchst widersprüchliche Bedingungen seiner weiteren Entwicklung geschaffen hat. Im Maße, wie sich sein Charakter als Gewerkschaft weiter ausprägt, dürfte es ihm schwerer fallen, die zunehmend zu „Facharbeitern in der Gesundheitswirtschaft“ werdenden Assistenz- und Fachärzte in eine berufsständische Lobbyarbeit zu integrieren, die zugleich, wenn nicht vor allem, an den Interessen der Spitzen der Ärzthierarchie im Krankenhaus und gesundheitspolitisch auch an den Interessen niedergelassener Ärzte orientiert ist.**

Der MB kann sich zunächst einmal sehr wohl als Sieger dieser Tarifaueinandersetzung sehen – und er tut dies, als nunmehr „vergewerkschafteter“ berufsständiger Verband, offenbar insbesondere im Hinblick auf die konkurrierende Einheitsgewerkschaft ver.di. Der MB ist sich aber möglicherweise der spannungsreichen Anforderungen noch nicht voll bewußt, in die er sich in seiner neuen, nunmehr ganz deutlich ausgeprägten, Doppel-eigenschaft von berufsständischem Verband der Ärzte und Ärztegwerkschaft begeben hat.

Diese Widersprüchlichkeit gilt bereits im Hinblick auf die Binnenbeziehungen der sehr heteronomen Berufsgruppe der Ärzte, denn für eine Ärztegwerkschaft ist es natürlich ein Problem, wenn in ihren Spitzenfunktionen Personen zu finden sind, die ihrer Kernklientel gegenüber im Krankenhaus Arbeitgeberfunktionen einnehmen. Latent spielte diese Konfliktlinie bereits in dem Ärztestreik 2006 eine erhebliche Rolle, v. a. als Handlungsmotiv für die Streikenden. Auch wenn diese ausdrücklich betonen, keinen Streik gegen die Chefärzte geführt zu haben, provoziert doch die Formel vom „Sklavenaufstand“, auf die der Vorsitzende des Marburger Bundes den Streik und die Motive der Streikenden brachte, zwingend die Frage nach den „Sklavenhaltern“. Die damit verdeckt angesprochenen Konfliktlinien zwischen Assistenzärzten und Spitze der Ärzthierarchie dürften noch verschärft bedeutsam werden, wenn die Perspektive auf die Entwicklung einer Gesundheits- bzw. Krankenhaugwerkschaft wirklich angegangen werden soll. Dass sie aktuell innerhalb des MB nicht weiter diskutiert und verfolgt wird ist daher auch nicht überraschend.

Man kann mithin im Blick auf den MB zusammenfassend sagen, dass er gerade durch seinen Erfolg im Ärztestreik höchst widersprüchliche Bedingungen seiner weiteren Entwicklung geschaffen hat. Zugleich mag durch den Konflikt ein neues vorläufiges Kräftegleichgewicht im Beziehungsgeflecht zwischen nunmehr zwei Gewerkschaften und den Arbeitgebern entstanden sein, das nun auch kleinschrittige Veränderungen im Alltag nach sich zieht – in den Kooperationsbeziehungen im Arbeitsalltag, der Arbeit der Personalvertretungen usw. – und zunächst nur sehr graduell veränderbar sein wird. Denn Streiks, wie

derjenige, der hier Bezugspunkt und Fokus der Analyse war, sind auch in Zeiten allgemein tiefgreifender Umbrüche außergewöhnliche und herausragende Ereignisse, deren Ergebnisse erst einmal Grundlinien der weiteren Entwicklung ein Stück weit neu festlegen.

- 5. Betrachtet man das Tarifiergebnis aus der Perspektive der zweiten beteiligten und betroffenen Gewerkschaft, also von ver.di, so ergibt sich angesichts der über den Ärztestreik sichtbar gewordenen Grenzen einer kompromissorientierten Verteidigung eines alle Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen integrierenden Tarifvertrags und der zunächst einmal aufgebrochenen Konkurrenzen zwischen verschiedenen Beschäftigtengruppen vor allem eine Frage: Wie kann ver.di als Einheitsgewerkschaft zukünftig mit den nun deutlich artikulierten Interessen einer am Arbeitsmarkt besonders durchsetzungsstarken und aktuell für die Organisationsanstrengungen von ver.di nicht mehr zugänglichen Beschäftigtengruppe umgehen? Antworten in Richtung auf intensivierte Dialog und deutlichere Artikulation der spezifischen Interessen der eigenen Kernklientel liegen nahe.**

Ver.di ist in der Funktionselite im Krankenhaus nicht breit verankert. Für junge Krankenhausärzte, die sich als Teil einer Leistungselite verstehen und in komplizierte Beziehungs- und Abhängigkeitsverhältnisse innerhalb der Ärzterhierarchie eingebunden sind, ist die Schwelle zur Zusammenarbeit mit einer DGB Gewerkschaft zweifellos hoch. Ansatzpunkte für ver.di, hier stärker Fuß zu fassen, sind zu Beginn der Streikbewegung möglicherweise vorhanden gewesen, konnten aber nicht genutzt werden. Der Versuch, alle beteiligten Akteursgruppen in eine defensive, kompromissorientierte Tarifpolitik einzubinden ist angesichts des eigeninitiativen arbeitspolitischen Handelns der am Arbeitsmarkt stärksten, in den korporatistischen Strukturen der Tarifaushandlung zugleich aber am wenigsten unmittelbar repräsentierten Beschäftigtengruppe gescheitert. Manche Hinweise deuten darauf hin, dass Angehörige der bei ver.di eher organisierten Berufsgruppen im Ergebnis des Streiks in Teilen auf Distanz zu den Ärzten gehen, die, aus ihrer Sicht eigene Interessen auf Kosten Anderer durchzusetzen versucht haben.

Ver.di wird sich aber, wie auch die Angehörigen der vornehmlich von ihr vertretenen Berufsgruppen, darauf einrichten müssen, Beschäftigteninteressen in der absehbaren Zukunft ausgehend von einer verschärften Konkurrenz zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen vertreten zu müssen. Von großer Bedeutung dafür, ob dabei aus einer wechselseitigen Anerkennung jeweiliger Sonderinteressen Ansatzpunkte organisationsübergreifenden solidarischen Handelns zwischen Assistenzärzten und Angehörigen verschiedener qualifizierter Pflegeberufe neu aufgegriffen werden können, dürften vor allem zwei Ansatzpunkte sein: Zum einen wird es eine große Rolle spielen, wie die Kooperationsbeziehungen und Interessenvertretung zwischen Pflege und ärztlichem Dienst zukünftig im Arbeitsalltag entwickelt werden. Zum anderen wird viel davon abhängen, ob und wie ver.di einen Dialog mit den jungen Krankenhausärzten gestalten kann, die über den Streik zunächst einmal ein wachsendes Selbstbewußtsein gewonnen und eine nähere Bindung zum MB hergestellt haben.

Mit etwas Abstand zur Phase des heißen Konflikts im Frühjahr und Sommer 2006 spricht wenig dafür, dass der MB mit seiner Ankündigung ernst machen wird, nunmehr die Bildung einer Gesundheitsgewerkschaft in Angriff zu nehmen. Ver.di wird umgekehrt gut beraten sein, dem MB die Organisation und die eigenständige tarifpolitische Interessenvertretung der Ärzte nicht streitig zu machen. Einen eigenständigen, ärztespezifischen Tarifvertrag erreicht zu haben, ist aus Sicht derjenigen ÄrztInnen, die die Streiks organisiert haben, das wichtigste Ergebnis des Tarifkonflikts und gegenüber der kompromissorientierten Politik, die ver.di in den vorausgegangenen Jahren verfolgt hat, gibt es von ihrer Seite her eine deutliche Frontstellung. Ver.di ist daher, schon im Hinblick auf eine möglichst wirksame Vertretung der Interessen der eigenen Klientel, darauf verwiesen, zum einen deren Interessen deutlicher als bislang zu artikulieren und ähnlich offensiv zu verteidigen, muss dabei aber zugleich den Dialog mit den Assistenz- und Fachärzten intensiv suchen. Der Streik hat den MB und das Selbstbewußtsein der jungen ÄrztInnen gestärkt.

Wie sich vor diesem Hintergrund die vermutlich nur vorläufig verdeckten und mittelfristig eher forcierten internen Widersprüche des MB zwischen berufsständischer Organisation aller Ärzte und Ärztegewerkschaft, die v. a. den Interessen junger ÄrztInnen Rechnung tragen muss, entwickeln werden, bleibt abzuwarten.

- 6. In einigen Analysen zum Ärztestreik ist die Aufsplitterung vormals einheitlicher Tarifvertraglicher Regelungen durch berufsgruppenspezifische Tarifverträge verschiedener Gewerkschaften beklagt worden, die nun zur ohnehin stattfindenden Aushöhlung des Flächentarifvertrags hinzukomme. Im Ergebnis der hier vorgelegten Analyse ist dagegen zu betonen, dass es sich in der Vergangenheit keinesfalls um einen wirklichen solidarischen Interessenausgleich oder gar Zusammenhalt unterschiedlicher Berufsgruppen gehandelt hat.**

Der Sachverhalt einer zusätzlichen Aufsplitterung einer zuvor noch einheitlichen tarifpolitischen Interessenvertretung ist zunächst einmal zweifellos zutreffend beschrieben und dürfte sich aus der Perspektive der beteiligten Gewerkschaften auch so darstellen, wie in den Thesen 4 und 5 umrissen. Das bedeutet aber nicht, dass ein zuvor gegebener solidarischer Zusammenhang durch den Ärztestreik aufgekündigt worden ist und als dessen Ergebnis nunmehr Zersplitterung zu konstatieren wäre. Vielmehr hat die nähere Analyse des Streiks ja gerade gezeigt, dass die in diesem Zusammenhang relevante Gruppe junger KrankenhausärztInnen, v. a. der AssistenzärztInnen, bislang in den institutionalisierten Strukturen zur Durchsetzung verallgemeinerter Interessen praktisch nicht wirksam repräsentiert war und dass dies – vor dem Hintergrund veränderter Arbeits- und Entlohnungsbedingungen, Berufsrollen und berufsbio-graphischer Erwartungen – diesen Streik, und die Profilierung des MB als Ärztegewerkschaft, überhaupt erst ermöglicht hat. Nimmt man dies als Ausgangspunkt, so ergeben sich die folgenden, diese Analyse abschließenden Schlussfolgerungen:

Insofern sich im Ärztestreik eigeninitiatives Handeln von Angehörigen einer Berufsgruppe artikuliert hat, die bis dahin in gewerkschaftlich organisierten Aushandlungsprozessen keine wirkliche Rolle spielte, kann man auch sagen, dass sich, näher betrachtet, die Voraussetzungen zur Entwicklung solidarischer Arbeitspolitik im Gesundheitswesen durch den Ärztestreik im Frühjahr/Sommer 2006 zwar kompliziert, aber auch verbessert haben, weil zusätzliche durchsetzungsstarke Berufsgruppen erstmals als arbeitspolitisch relevante Akteure in Erscheinung getreten sind.

- 7. Der Ärztestreik und seine Ergebnisse können insofern auch als Beginn neuer arbeitspolitischer Initiativen angesehen werden, über die auch neue Chancen einer solidarischen Arbeitspolitik im Gesundheitswesen entstanden sind. Ob und unter wessen Meinungsführerschaft eine solche Arbeitspolitik entwickelt werden kann, hängt vor allem davon ab, welche gesundheitspolitischen Positionen zukünftig in den gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen von wem am wirkungsvollsten zur Geltung gebracht werden können**

Dass nunmehr im Gesundheitswesen zwei Gewerkschaften ihr jeweiliges Terrain neu abgesteckt haben, schafft sicherlich eine komplizierte Lage – zumal im verbalen Schlagabtausch untereinander z.T. tief verwurzelte Werte wechselseitig angegriffen werden. Dass der MB die Durchbrechung des Prinzips der Einheitsgewerkschaft als Erfolg besonders herausstreicht, muss z.B. tief verankerte gewerkschaftliche Selbstverständnisse bei Aktiven auf Seiten von ver.di massiv verletzen. Als berufsständischer, eher auf die Sicherung der Privilegien seiner Klientel orientierter Verband dürfte der MB umgekehrt Forderungen nach einem solidarischen Interessenausgleich, wie sie z.B. der vdäa für eine kleine Gruppe von, vielfach auch bei ver.di organisierten ÄrztInnen offensiv formuliert, kritisch gegenüberstehen.

Anders als bei anderen berufsständischen Verbänden wie etwa der Pilotenvereinigung Cockpit, vielleicht auch der Lokführergewerkschaft GDL, haben wir es aber im Gesundheitswesen mit einer Entwicklung zu tun, die geprägt ist durch ernst zunehmende Verschlechterungen von Arbeitsbedingungen und Be-

rufsperspektiven einer großen Teilgruppe der Ärzteschaft, die im Klinikalltag eng mit Angehörigen einer anderer Berufsgruppe kooperiert, deren Leidensdruck auch erheblich ist und die sich innerhalb der eigenen Berufsgruppe vielfach hierarchischen Abhängigkeitsverhältnissen ausgesetzt sieht. Insofern entstehen gerade auf Grundlage von Veränderungen im Arbeitsalltag und in den Berufsbildern der Beteiligten und angesichts eines sich absehbar weiter fortsetzenden Kosten- und Rationalisierungsdrucks auf das Gesundheitswesen vielfältige Herausforderungen und Ansatzpunkte zu neuem solidarischem arbeitspolitischem Handeln.

Aus diesen arbeitspolitischen Herausforderungen folgt die entscheidende Schlussfolgerung für beide in diese Prozesse involvierten Gewerkschaften – die Einheitsgewerkschaft ver.di und den in einer un-abgeschlossenen Entwicklung vom berufsständischen Verband zur Ärztegwerkschaft begriffenen MB: Sie werden in Konkurrenz zueinander angesichts eines fortgesetzten Drucks und schrumpfender Verteilungsspielräume keine zusätzlichen eigenen Spielräume auf klassischen Feldern gewerkschaftlicher Interessenvertretung gewinnen können. Sie werden aber beide vor der Herausforderung stehen, in Auseinandersetzung mit einer Gesundheitspolitik, die sich aktuell als zu übergreifenden Lösungen nicht in der Lage präsentiert, aus ihren berufsfachlichen Kompetenzen heraus selbst arbeits- und gesundheitspolitisch tragfähige Lösungsmodelle zu entwickeln und in öffentlichen Auseinandersetzungen dafür zu werben. Nur über solche arbeitspolitischen Prozesse, u. a. auch über eine offensive Infragestellung der Kostendeckelung im Gesundheitswesen bzw. die Verteilung der finanziellen Ressourcen, werden letztlich die Grundlagen einer neuen Solidarität unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens geschaffen werden können, und nur in ihnen werden sich Meinungsführerschaften, und vielleicht doch wieder mögliche Gemeinsamkeiten, zwischen beiden Gewerkschaften tragfähig entwickeln können.

Arbeitspolitische Erfolge werden dabei allerdings – angesichts der relativ starren Strukturen eingeschliffener Verbandspolitiken einerseits, der Deformierungen der Diskurse innerhalb der medial hergestellten Öffentlichkeit andererseits, nicht nur gemessen am Habermas'schen Idealbild eines herrschaftsfreien Diskurses – in hohem Maße davon abhängen, ob und wie es den Beschäftigten im Gesundheitswesen und ihren Gewerkschaften gelingt, durch ein möglichst hohes Maß der Mobilisierung von Laienexpertenwissen, also durch Beteiligung und „Selbertun“ der Beschäftigten selbst, zunächst einmal interne Öffentlichkeiten und dialogische Suchprozesse im Hinblick auf die Entwicklung von tragfähigen Lösungsmodellen zu organisieren.

10 Methodische Nachbemerkung

Die vorliegende Studie ist einleitend als eine qualitative, problemaufschließende Untersuchung in der Tradition phänomenologisch orientierter empirischer Sozialforschung bezeichnet worden. Interviews und Gruppendiskussionen mit wenigen „beobachtenden Teilnehmern“ der hier interessierenden sozialen Prozesse und Handlungsfelder, Dokumentenanalysen und eine systematische, sekundäranalytische Auswertung von einschlägiger Literatur und statistischen Materialien zum Gegenstandsbereich der Untersuchung bilden ihre Materialgrundlage. Auf H. Blumer als einen prominenten Repräsentanten des symbolischen Interaktionismus wurde unter methodologischen Gesichtspunkten zusätzlich Bezug genommen.⁵⁴ Auf eine systematische Darlegung der methodologischen Grundlegungen des methodischen Vorgehens kann an dieser Stelle verzichtet werden. Hier ist auf die einschlägige Literatur zu verweisen.⁵⁵

Die kurze methodische Nachbemerkung soll an dieser Stelle v. a. dazu dienen, einige Spezifika des Vorgehens zu verdeutlichen, die v.a. in einer engen Verschränkung jeweiliger Erhebungs- und Auswertungsschritte bestehen.

Die Projektidee entstand kurz nach Abschluss der Ärztestreiks im Zusammenhang mit Veranstaltungsplanungen des „Forums Neue Politik der Arbeit“, dessen Initiativ- und Trägerkreis der Autor der vorliegenden Studie angehört. Allgemeine Ausgangsüberlegungen zu den tiefgreifenden Umbrüchen unserer kapitalistisch geprägten industriellen Arbeitsgesellschaft („Epochenbruch“) resultieren maßgeblich aus diesem langjährigen Arbeitszusammenhang. Diese Ausgangsüberlegung, einen Workshop im Jahr 2007 zum Thema Ärztestreik organisieren zu wollen, führte zunächst dazu, über einige Internetrecherchen sowie eine erste Sichtung von Sekundärliteratur den Gegenstandsbereich in einem ersten Schritt zu erschließen und erste gegenstandsspezifische Ausgangshypothesen präziser zu umreißen.

Da der Ärztestreik erhebliche öffentliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte, waren diese ersten Rechenschritte sehr ergiebig.⁵⁶ Neben einer umfänglichen Tagesberichterstattung und zahlreichen Hintergrundberichten in Wochenzeitschriften sowie einschlägigen Zeitschriften für Gesundheitsberufe, boten vor allem verschiedene politische Zeitschriften aus dem linken Spektrum zeitnah gehaltvolle Hintergrundberichte, oftmals aus der Feder von Ärzten mit Mitgliedschaft bei ver.di oder dem vdä.⁵⁷ U. a. auf Grundlage einer ersten Auswertung dieses Materials konnte ein hinreichend fundierter Antrag für Ressourcen zur Unterstützung einer kleineren empirischen Untersuchung geschrieben werden. Darin wurden die Ausgangshypothesen in einer arbeitssoziologischen, einer professionspolitischen und in einer gewerkschaftssoziologischen Dimension näher umrissen, also

54 H. Blumer (1973,123) konstatiert z. B. für das, was er explorative Forschung nennt: „Man sollte in dem Lebensbereich eifrig nach Teilnehmern suchen, die scharfe Beobachter und gut informiert sind. Eine einzige solche Person ist hundert andere wert, die nur unaufmerksame Teilnehmer sind. Eine kleine Anzahl solcher Individuen, die zu einer Diskussions- und Informantengruppe zusammengebracht werden, sind ein Vielfaches gegenüber einer repräsentativen Stichprobe wert. Solch eine Gruppe, die gemeinsam ihren Lebensbereich diskutiert und ihn intensiv prüft, wenn ihre Mitglieder sich widersprechen, wird mehr dazu beitragen, die den Lebensbereich verdeckenden – Schleier zu lüften, als jedes andere Forschungsmittel, das ich kenne.“

55 Dabei mag es ausreichen, an dieser Stelle auf das von Katenkamp u.a. (2003) herausgegebene „Praxishandbuch. Empirische Sozialforschung“ zu verweisen, in dem in den zahlreichen Einzelbeiträgen im Lichte der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur methodische Erfahrungen aus empirischen Projekten an der sfs systematisch verarbeitet werden.

56 Das gilt z.B. im deutlichen Unterschied zu den Streiks, die ver.di, angesichts des Ausstiegs der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) im Frühjahr 2006 für die Inkraftsetzung des TvöD geführt hat, wie die folgende Stellungnahme eines Streikbeteiligten zum Ausdruck bringt: „Dass die Ärzte in der Öffentlichkeit positiver dargestellt werden, ist mir besonders krass am 23. März aufgefallen: Mit 20 000 Gewerkschafts-KollegInnen demonstrierte ich in Düsseldorf gegen den sozialen Kahlschlag in NRW. Gespannt auf die Abendnachrichten fuhr ich nach Hause, um festzustellen, dass zwar über die Demonstrationen der 1.800 Ärzte, aber mit keinem Sterbenswörtchen über unseren zehnmal so zahlreichen Protest berichtet wurde“ (Kaiser 2006).

57 Zu erwähnen sind insbesondere die Hintergrundberichte in Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, im Express oder auch in der Wochenzeitschrift Freitag.

- zur Einkommensentwicklung und zur Entwicklung von Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven junger ÄrztInnen,
- zur Veränderung ihres Berufsbildes im Kontext einer fortschreitend durchökonomisierten Gesundheitswirtschaft und
- zur Bedeutung der Auseinandersetzung für die Entwicklung der Gewerkschaften und einer neuen gewerkschaftlichen Arbeitspolitik.

Mit Einreichung dieses Antrags wurde die Sammlung und Auswertung weiterer Dokumente und Texte, etwa erster Einschätzungen und Analysen zu Verlauf und Ergebnissen des Streiks in Verbandspublikationen, politischen Journalen etc. verstetigt. Ferner wurden Gelegenheiten zu kurzen Hintergrundgesprächen mit nur entfernt mit dem Gegenstand befaßten Gewerkschaftern (z.B. auf Ebene des DGB als Dachverband) genutzt, um Grobeinschätzungen dieser Personen zu bekommen. Zugleich wurde so eine grobe „Sortierung“ erster als wichtig erachteter Gesprächspartner für die vertiefende Recherche möglich.

Nachdem die Projektbewilligung in Aussicht gestellt war – aber noch vor der Bewilligung selbst, die Zeit drängte und es schien wichtig, entsprechende Interviews möglichst rasch nach dem Streik zu führen, auch um bei dieser Gelegenheit möglichst viele zusätzliche Dokumente einzusammeln, die sonst u.U. „Aufsäumaktionen“ zum Jahreswechsel zum Opfer fallen könnten –, wurde ein erstes Gespräch mit einem für die Erschließung des Feldes als zentral erachteten Gesprächspartner, also eines „scharfen“ und „gut informierten Beobachters“ im Sinne H. Blumers, vereinbart. Für dieses Gespräch wurde ein erster Gesprächsleitfaden entwickelt und über diese Gesprächsvereinbarung wurde zugleich der Zugang zu einem Symposium eines privaten Klinikums zum „neuen Berufsbild der Ärzte“ erschlossen. Dessen teilnehmende Beobachtung erschien als eine ausgezeichnete Gelegenheit, ein sichereres Gefühl für wichtige Ausschnitte des engeren Gegenstandsbereichs zu entwickeln, also für Selbstverständnis und Selbstpräsentation von Krankenhausverwaltungen einerseits, Repräsentanten der berufsständischen Organisationen von Ärzten andererseits. Ergebnisse dieser Teilnehmenden Beobachtung wurden systematisch protokolliert.

Das Interview, immer noch vor Bewilligung der Recherche, erwies sich im Hinblick auf seinen erhofften problem- und feldaufschließenden Charakter als ausgesprochen ergiebig. Neben vielfältigen dichten Informationen zu Bedingungen, Verlauf und Ergebnissen des Konflikts, verschaffte es u.a. Zugang zu einer Vielzahl weiterer Dokumente – insbesondere im Hinblick auf eine sehr sorgfältige „Gegnerbeobachtung“ der zweiten konkurrierenden Gewerkschaft seitens dieses ersten Gesprächspartners sowie eine umfängliche Dokumentation zum Konfliktverlauf – und es erwies sich als außerordentlich hilfreich für die nähere Eingrenzung weiterer wichtiger Gesprächspartner. Das Gespräch wurde auf Band aufgezeichnet, zunächst nur in Form eines ausführlichen Gedächtnisprotokolles festgehalten, später aber auch transkribiert.

Auf Basis dieser ersten Erhebungsschritte im Feld waren angesichts einer Fülle von dabei gewonnenen Informationen und zugänglich gewordenen Materialien mehrere Zwischenschritte möglich und im Sinne einer zielführenden, knappe Ressourcen optimal nutzenden Recherche, auch erforderlich:

Zunächst einmal konnte in Gestalt eines strukturierten Konzepts für einen späteren Projektbericht ein erster ergebnisorientierter Gesamtüberblick über den aufzuschließenden Gegenstandsbereich festgehalten werden. Verbunden damit wurden Hypothesen überprüft, ausdifferenziert und ergänzt. Die Ausgangsüberlegungen zu Beginn des Vorhabens erwiesen sich im Lichte der Ergebnisse der ersten vertiefenden Rechenschritte als weitgehend tragfähig.

Als zweites konnte über eine darüber mitstrukturierte Auswertung des erheblich erweiterten Dokumentenmaterials bereits damit begonnen werden, Teilabschnitte dieses Auswertungskonzepts auszuformulieren, wobei offene Stellen und/oder im Lichte der vorläufigen Ergebnisse präzisierte Fragen jeweils sorgfältig zu markieren und zu formulieren waren. Rückblickend kann gesagt werden, dass der endgültige Abschlussbericht bereits in dieser Phase sehr weitgehend Konturen gewonnen hat. Das Spektrum von Detailfragen und Einzelhypothesen musste auf Basis der späteren Gespräche und Gruppendiskussionen mit Angehörigen unterschiedlicher Akteursgruppen nicht mehr erweitert werden. Es ging im Grunde „nur noch“ darum, Hypothesen durch weitere Empirie zu untermauern bzw. in gut fundierte Thesen umzuwandeln.

Zum dritten war es nun möglich, auf Basis der bis dahin erschlossenen Feldzugänge die weiteren Erhebungsschritte zu konkretisieren – und zwar in personeller wie auch in zeitlicher Hinsicht. Die Auswahl von Personen für eine Gruppendiskussion mit Ärzten und für Einzelgespräche im Rahmen einer ersten Fallstudie (Personalrat, Sprecher der Assistenzärzte, Pflegedienstleiter oder Betriebsleiter) in einem kommunalen Klinikum konnte erfolgen. Parallel wurden über andere Zugänge Gespräche in zwei weiteren Kliniken (Ärzte, Personalrat) sowie mit einem im Feld versierten Sozialwissenschaftler angebahnt.⁵⁸ Ferner wurden auf Basis der Vor- und Zwischenauswertungen Gespräche mit Vertretern der Verbandsspitzen von MB und ver.di vorbereitet und angebahnt. Es war so absehbar möglich, diesen Gesprächen vor der Folie eines schon sehr klar konturierten Gesamtbildes einen stärker dialogischen Charakter zu geben, sie gezielt zur Validierung oder auch Problematisierung von Befunden und eigenen Einschätzungen zu nutzen usw.

Als viertes schließlich konnten, ausgehend von der unter Punkt (2) umrissenen vorläufigen Ausformulierung wichtiger Teile des Auswertungskonzepts, die Gesprächsleitfäden für die weiteren Gruppendiskussionen und die Interviews zu den beiden weiteren Fallstudien ausgearbeitet werden. Dabei war sorgfältig darauf zu achten, dass der Aufbau der Leitfäden und die Formulierung der einzelnen Fragen nicht auf eine schlichte Bestätigung des bis dahin gewonnenen Bildes sondern auf eine sorgfältige Problematisierung und Überprüfung der einzelnen Hypothesen ausgerichtet wurden. Alle Gespräche⁵⁹ wurden auf Tonband mitgeschnitten und unmittelbar im Anschluss, spätestens am folgenden Tag, in Form von Gedächtnisprotokollen festgehalten, die im Bedarfsfall auf Basis der Tonbandmitschnitte noch ergänzt wurden. Die durch die zügige Erstellung der Gedächtnisprotokolle erreichte enge Verschränkung von Erhebungs- und Auswertungsschritten machte es zugleich möglich, abzuschätzen wie weitgehend bereits vor diesen Erhebungen zu den weiteren Kurzfallstudien und der Gruppendiskussion der Grenznutzen des gewählten qualitativen Vorgehens erreicht war. Außerdem war zu klären, auf welchen Wegen bei den weiteren Erhebungsschritten die noch offenen Fragen, oder die „weißen Flecken“ des zunächst einmal entworfenen „Bildes“, zu klären bzw. zu füllen waren.

Die skizzierte enge Verschränkung von Erhebungs- und Auswertungsschritten, verbunden mit einer fortlaufenden Dokumentation des bisherigen und Überprüfung des weiteren Vorgehens – auf Basis einer Protokollierung aller Erhebungsschritte (Interviews, Gruppendiskussion, Beobachtungen, Tagungen) jeweils

58 Eine Rohfassung des Abschlussberichts wurde – u. a. zum Zwecke von Feedbackprozessen im Feld – erstellt, während die Erhebungen zu der zweiten und dritten betrieblichen Fallstudie noch liefen und noch nicht systematisch berücksichtigt werden konnten. Sie war insofern auch ein Test darauf, ob bereits auf Basis der Auswertung des umfangreichen Dokumentenmaterials und der Erhebungen zu nur einer Fallstudie – neben den anderen Interviews und der sekundäranalytischen Auswertung von Literatur selbstverständlich – der „Grenznutzen“ des gewählten methodischen Vorgehens bereits erreicht wurde. Dies hat sich dann sehr weitgehend bestätigt. Nach den Feedbackprozessen wurden die Ergebnisse der beiden weiteren (Kurz)Fallstudien systematisch bei der Endredaktion des Berichts berücksichtigt. Gespräche mit Ärzten ließen sich hier leider nicht in der erhofften Weise realisieren.

59 Abgesehen von der Gruppendiskussion und einem Expertengespräch, bei denen dies aus technischen Gründen nicht möglich war.

spätestens am Tag nach der jeweiligen Erhebung, fast in Form eines Projekttagebuchs⁶⁰ – bietet zwei große Vorteile von überhaupt nicht zu überschätzender Funktion für den Projektablauf: Produziert wird zum einen eine fortlaufende Zwischenauswertung der Ergebnisse des gewählten problemaufschließenden Vorgehens (konkretisierte Hypothesen und in Teilen schon ausformuliertes Auswertungskonzept), die eine sorgfältige Kontrolle und Vorbereitung der jeweils nächsten Schritte ermöglicht. Im Rahmen einer von einer einzelnen Person unter zeitlich sehr knappen Bedingungen durchgeführten Untersuchung ist dies ausgesprochen hilfreich. Die Produktion einer umfassenderen Textgrundlage bei „Halbzeit des Projekts“ (Gedächtnisprotokolle, Konkretisierung von Hypothesen und teilweise ausformuliertes Auswertungstexte, weitere Leitfäden) ermöglicht ferner den Austausch und eine systematische Überprüfung der Ergebnisse der bis dahin erfolgten Arbeitsschritte in einer Forschungsgruppe mit Kollegen, ein Schritt, der später auf Basis der Rohfassung des Forschungsberichts mit weiteren WissenschaftlerInnen, darunter auch externen Experten wiederholt worden ist.

Dieses Vorgehen des problemaufschließenden Eindringens in ein Forschungsfeld in der Absicht, einen vorher präzise eingegrenzten Forschungsgegenstand, den zu untersuchenden Fall eben, systematisch und methodisch kontrolliert zu erfassen, weist einige Ähnlichkeit zum Vorgehen eines Detektivs bei der Lösung seines Falles auf. Allerdings geht es nicht um das finden eines „Täters“, sondern um das Erschließen und Verstehen der Bedingungen, immanenten Logiken und Resultate des Handelns unterschiedlicher Akteursgruppen innerhalb eines gemeinsamen Feldes, wobei ihre in einem Konflikt kumulierenden wechselseitigen Handlungsbezüge aufeinander den Kern des Untersuchungsgegenstandes ausmachen. Die Fallanalyse des sozialwissenschaftlichen Beobachters geht also vom Handeln unterschiedlicher Akteure und Akteursgruppen im Hinblick auf einen zu Beginn präzise definierten Fall aus. Das hier beschriebene methodische Vorgehen schließt so aber, wiederum durchaus ähnlich dem eines Detektivs, auch eine Kontrolle darüber ein, wann ein Feld so erschlossen und ein darin interessierender Gegenstand so verstanden ist, dass eine Recherche als erfolgreich abgeschlossen gelten kann. Für den Detektiv ist das dann erreicht, wenn der Täter überführt ist, für die phänomenologisch geleitete Konfliktanalyse dann, wenn ein bestimmter „Grenznutzen“ erreicht ist und weitere Erhebungen nennenswerten zusätzlichen Erkenntnisgewinn, im Hinblick auf den Gegenstand des Erkenntnisinteresses, mehr erbringen. Beide Male könnte man von einer „Aufklärung eines Falles“ sprechen. Die sozialwissenschaftliche Analyse zielt allerdings auf eine Aufklärung der beteiligten Akteure über den Fall, in den sie verwickelt sind und dies schließt eine begründete Auswahl und Analyse ihrer je spezifischen, gesellschaftlich konstituierten, Handlungsbedingungen ein. In diesem Sinne haben Sozialwissenschaftler von einer „konfliktsimulierenden Funktion“ empirischer Sozialforschung gesprochen (v. Ferber 1970, Pöhler, 1970, Neuloh, Pöhler 1977). Gemessen an dem hier abschließend gewählten Bild detektivischer Arbeit gewinnt Aufklärung in der soziologischen Fallanalyse dabei freilich eine Bedeutung, die auf die aufklärende Funktion von Wissenschaft als Veranstaltung innerhalb eines regulativen Systems der Wahrheit rückverweist.

60 Müller (1978), hebt die Bedeutung einer solchen fortlaufenden Dokumentation und Reflexion des eigenen methodischen Vorgehens als einen Schritt hervor, der bei qualitativen Fallanalysen eigentlich eine Pflichtaufgabe der ForscherInnen sei, in der Praxis aber nur selten getan und gewöhnlich nie dokumentiert werde.

Literatur

- Albrecht, H. (2006): Operation Streik. Die Ärzte kämpfen nicht nur für mehr Geld und Freizeit, sondern auch gegen die Herrlichkeit ihrer Chefs, In: Die Zeit, 07.06.2006
- Ärzte-Zeitung, 07.03.2007: Tarifvertrag hat fatale Folgen für viele Oberärzte
- Bandelow, N. C. (2005): Ärzteverbände: Niedergang eines Erfolgsmodells?, in: Winter, T.; Willems, U. (Hg.): Interessenverbände in Deutschland, Wiesbaden
- Bauer, F.; Groß, H.; Lehmann, C.; Munz, E. (2004): Arbeitszeit 2003. Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsorganisation und Tätigkeitsprofile. Berichte des ISO 70, Köln
- Beck, W. u.a. (1987) Ärzteopposition, Neckarsulm-München
- Beck, W.; Rakowitz, N. (2006): Klasse(n) Kontroverse. Grundsätzliche Fragen zum Streik der Ärzte, in Express 9 – 10/2006, S. 5 – 8
- Bispinck, R. (und WSI Tarifarchiv) (2006a): Tarifpolitischer Halbjahresbericht. Eine Zwischenbilanz der Lohn- und Gehaltsrunde 2006, Düsseldorf
- Bispinck, R. (2006b): Mehr als ein Streik um 18 Minuten – Die Tarifaueinandersetzung im Öffentlichen Dienst 2006, in: WSI Mitteilungen 7/2006, S. 374 – 381
- Blumer, H. (1973): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.) Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 1, Reinbeck bei Hamburg, S. 80ff
- Busch, G.; Stamm, S. (2006): Renaissance der Standesorganisationen? In: Sozialismus, Heft 9/2006, S. 32 – 37
- Cobbers, B.; Schölkopf, M. (2006): Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft in Deutschland – Ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 3 – 4, 2006, S. 10 – 22
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 07.03.2007: Nichtärztliche Chirurgie-Assistenz durch Chirurgisch-Technische-Assistenten (CTA) Workshop der DGCH zur Delegation ärztlicher Aufgaben in der Chirurgie (Home>>DGCH>>Aktuelles>>CTA-Workshop)
- Dielmann, G. (2005): Ansichtssache. Differenzen zwischen Marburger Bund und ver.di, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 26, 1. Juli 2005, A 1855
- Dzielak, W. Hindrichs, W.; Martens, H., Stanislawski, V.; Wassermann, W. (1978): Belegschaften und Gewerkschaft im Streik. Am Beispiel der chemischen Industrie, Frankfurt/New York
- Ferber, C. v. (1970): Die Gewalt in der Politik. Auseinandersetzung mit Max Weber, Stuttgart
- FR, 10.02.2006, Hier spricht die Herz-Chirurgin. Die Herzchirurgie ist eine Männerdomäne. Oberärztin Mirella Scherer (38) erzählt, wie sie sich in der Klinik behauptet.
- FR, 06.03. 2007, Viele Klinikärzte werden degradiert. Zahlreiche Oberärzte werden nur als Fachärzte bezahlt. Auslegung des Tarifvertrags macht Mediziner wütend.
- Frerichs, P.; Pohl, W.(2001): Zukunft der Gewerkschaften. Literaturstudie, in: Frerichs, P.; Pohl, W.; Fichter, M.; Gerster, J.; Zeuner, B. (2001) Zukunft der Gewerkschaften. Zwei Literaturstudien, Düsseldorf (Hans-Böckler-Stiftung Arbeitspapier 44), S. 3 – 112
- Glaeske, G. (2006): Die Pharma-Branche zwischen Glanz und Bluff. Ein Überblick, in: Dr. med Mabuse, 11/12 2006, S. 22 – 25

- Hattinger Kreis (2002): die Rekrutierungsfalle, www.hattinger-kreis.de
- Hammerschlag, L. (2005). Leistung gerecht vergüten, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 26, 1. Juli 2005, A 1856
- Hardt, J. (2007): Das Unwort „Krankheit“ in der Gesundheitswirtschaft. Warum die Krankenbehandlung auf dem Gesundheitsmarkt als Kostenfaktor erscheint – die verwirrende, aber präzise Sprache im so genannten Gesundheits-System, in FR, 02.01.2007
- Hassenteufel, P. (1997): Les médecines face à l'État . Pari: Presses de Sciences Po.
- Hebel, S.; Kessler, W.; Storz, W. (2005). Wider die herrschende Leere. Neue Perspektiven für Politik und Wirtschaft, Frankfurt-Oberursel
- Hempel, U. (2006): Karrierehindernis: weiblich. Ärztinnen auf dem schweren Weg nach oben, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Juli/August 2006, S 31 – 33
- Hoffmann, P. (2006): Voller Widersprüche, aber letztlich sinnvoll. Über ver.di und den Marburger Bund, in: Express 9 – 10/2006, S. 4 – 5
- Hohner, H. U.; Grote, S.; Hoff, E.-H. (2003): Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben, in: Deutsches Ärzteblatt, 4/2003
- Kaiser, F. (2006): Warum ich streike, in: Dr. med. Mabuse, 5/5 2006, S. 26
- Klemperer, D. (2006): Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel, in Pundt, J. (Hg.) Professionalisierung im Gesundheitswesen, Verlag Hans Huber
- Lorenz, A. L. (2006): Wie arbeiten wir gut zusammen? Über Hierarchien, Teams und Machtverteilung, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Mai/Juni 2006, S. 27 – 29
- Marburger Bund (2006): Die Arbeitssituation deutscher Krankenhausärzte. Zahlen, Daten und Fakten zu Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, Einkommen, Berlin (www.marburger-bund.de)
- Marburger Bund (2006): Unterm Strich. Informationen zu den arzt spezifischen Tarifverträgen des Marburger Bundes, November 2006, Berlin
- Martens, H. (1992): Krise der Gewerkschaften und Krise der Gewerkschaftsforschung, in: Ders.: Gewerkschaftspolitik und Gewerkschaftssoziologie. Gewerkschaftsforschung am Landesinstitut Sozialforschungsstelle, Dortmund, S. 94 – 140
- Martens, H. (2003): Narrative Interviews im Rahmen soziologischer Feldforschung, in: Katenkamp, O.; Kopp, R.; Schröder, A. (Hg.) (2003): Praxishandbuch: Empirische Sozialforschung, S. 12 – 26
- Martens, H. (2005): Nach dem Ende des Hype. Interessenvertretungsarbeit und Arbeitspolitik in der informationalen Ökonomie, Münster
- Martens, H. (2006): Arbeitspolitische Initiativen in der IT-Branche. Ambivalenzen des dezentralen „Selbertuns“ und Herausforderungen und Chancen einer neuen Netzwerkpolitik für die Gewerkschaften, in: ARBEIT 4/2006, S. 231 – 245
- Martens, H. (2007a): Industriesoziologie im Aufbruch? Herausforderungen empirischer Arbeitsforschung im Epochenbruch, Münster (i.E.)
- Martens, H. (2007b): Primäre und institutionalisierte Arbeitspolitik – ein zu erneuernder Zusammenhang, in: Peter, G. (2007) (Hg.): Grenzkongflikte der Arbeit. Die Herausbildung einer neuen europäischen Arbeitspolitik, Hamburg

- Martens, H.; Peter, G.; Wolf, F. O. (Hg.) (2001): Zwischen Selbstbestimmung und Selbstausbeutung. Gesellschaftlicher Umbruch und neue Arbeit, Frankfurt/New York
- Montgomery, F. U. (2006a): „Wir haben das Prinzip der Einheitsgewerkschaft aufgelöst“, Interview im Deutschlandradio Kultur am 19.08. 2006 <http://www.dradio.de/kultur/sendungen/tacheles/533386/drucken/>
- Montgomery, F. U. (2006b): Nachgefragt: Frank Ulrich Montgomery, Interview in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 34 – 35, 28. August 2006, A 2212
- Montgomery, F. U. (2006c): Verdi schürt den Klassenkampf, in: Der Tagesspiegel (<http://archiv.tagesspiegel.de/drucken.php?link=archiv/30.08.2006/2742417.asp>)
- Müller, M.-L. (2006): Dieser Streik ist doch provoziert. Die Präsidentin des Deutschen Pflegerats über den kommunalen Ärztestreik, die marode ärztliche Organisation und die Machtansprüche des Marburger Bundes, in: Freitag 26, 30.06. 2006 www.freitag.de/2006/26/06260501.php
- Müller-Jentsch, W. (1997): Soziologie der industriellen Beziehungen, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Frankfurt/New York
- Negt, O. (2004): Kritische Gesellschaftstheorie und emanzipatorische Gewerkschaftspolitik, in: Beerhorst, J.; Demirovic, A.; Guggemos, M. (Hg.): Kritische Theorie im gesellschaftlichen Wandel, Frankfurt am Main, S. 14 – 33 ,
- Nera Economic Consultants (2004) Comparing Physican's Earnings: Current Knowledge and Challenges, London
- Oevermann, U. (1995): Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, Frankfurt (Manuskript)
- Oevermann, U. (1996): Skizze zu einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Combe, A.; Helsper, W. (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Frankfurt am Main, S. 93 – 249
- Pföhler, W. (2006): „Mit Lotsen durch die Klinik“. Rhön-Vorstandschef Wolfgang Pföhler über Rationalisierung und Hierarchien im Krankenhaus und den Klinikarzt der Zukunft, in: Der Spiegel, Nr. 41, 09.10.2006, S. 216 – 218
- Pöhler, W. (1970): Der Soziale Konflikt als Hauptaspekt industriesoziologischer Forschung, Antrittsvorlesung, (Manuskript), Dortmund
- Pöhler, W.; Neuloh, O. (1977): Zur Theorie des sozialen Konflikts, in: Neuloh, O. (Hg.) (1977): Soziale Innovation und sozialer Konflikt, Göttingen, S. 31 – 40
- Rehder, B. (2006): Legitimitätsdefizite des Co-Managements. Betriebliche Bündnisse für Arbeit als Konfliktfeld zwischen Arbeitnehmern und betrieblicher Interessenvertretung, in: Zeitschrift für Soziologie, 3/2006, S. 227 – 242
- Reinermann, H. (2006) (Hg.): Das Dilemma der modernen Medizin. Gratwanderung zwischen Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bezahlbarkeit, Baden-Baden
- Rühmkorf, D. (2006): Kollektives Säbelrasseln. Der außerordentliche Ärztetag, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Nr. 164, November/Dezember 2006, S. 14
- Satzer, R. (2001): Nicht nur Traumjobs – Vom Arbeiten und Verdienen in den Medien. Ergebnisse und analysen einer bundesweiten Umfrage von festen und freien Beschäftigten im privaten Rundfunk, in der Film-, Fernseh- und AV-Produktion, Frankfurt

- Scholz, D.; Glawe, H.; Martens, H.; Paust-Lassen, P.; Peter, G.; Reitzig, J. Wolf, F.O. (2006): Turnaround. Streiten für eine neue Politik der Arbeit, Münster
- Schröder, W.; Weßels, B. (Hg.) (2003): Die Gewerkschaften in Politik und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland, ein Handbuch, Wiesbaden
- Schwering, H. (2006a): Streikfront(en). Kurzer Wegweiser durch den Tarif- und Protest-Dschungel, In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Nr. 162, Juli/August 2006, S. 24 – 25
- Schwering, H. (2006b): Erfolg oder Sackgasse? Der Tarifabschluss der Ärzte aus Verdi-Sicht, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Nr. 163, September/Okttober 2006, S. 18
- Spengler, H. (2005): Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland, in: DIW Wochenbericht, Nr. 34, 2005, S. 489 – 494
- Spengler, H. (2006): Neue Evidenz zur beruflichen Situation von Klinikärzten in Deutschland (Manuskript)
- Spengler, H.; Jámbor, C. (2006): 20 Punkte, die bei den Tarifverhandlungen über Ärztegehälter zu beachten sind, DIW-Research Notes 16, Berlin
- Ver.di (2006): Argumentationshilfe zum Abschluss VKA (TvÖD – BT-K) vom 1.8. 2006
- Ver.di, Fachbereich 03 Tarifkoordination (2007): Vergleichsübersicht zu den Abschlüssen im VKA-Bereich ver.di und Marburger Bund vom August 2006, Berlin
- Wagner, W. (2006a): Nach dem Streik ist vor dem Streik. Ärztestreiks an den Landes- und Unikliniken beendet – in den kommunalen Häusern begonnen, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Nr. 162, Juli/August 2006, S. 20 – 22
- Wagner, W. (2006b): Die Ärzte haben gewonnen – und jetzt? in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Nr. 163, September/Okttober 2006, S. 16 – 17
- Wagner-Fallasch, E. (2006): Blick über den Tellerrand statt Tarifkonkurrenz, in Express, 9 – 10/2006, S. 2 – 3
- Walger, M.; Köpf, P. (2005): Einkommen von Krankenhausärzten – eine differenzierte Betrachtung, in: Das Krankenhaus, Heft 12/2005, S. 1075 – 1078
- Wölk, A. (2006): Der verquere Streik. Ärzte gehen auf die Straße, weil sie mehr Geld fordern. Viele sind unzufrieden mit den Verhältnissen in ihren Kliniken. Aber ob Tarifrunden der richtige Ort sind, das auszufechten, bleibt fraglich, in: WAZ 12.08. 2006
- Wolf, F. O. (2001): Netzwerkpolitik und neue Formen zivilgesellschaftlicher Subjektivität, in: Martens, H.; Peter, G.; Wolf, F. O. (Hg.): Zwischen Selbstbestimmung und Selbstausbeutung. Gesellschaftlicher Umbruch und neue Arbeit, Frankfurt/New York, S. 130 – 151
- Wolf, F.O. (2002): Primäre Wissenschaftspolitik, Berlin (Manuskript)
- Zinn, K. G. (2003): Die Zukunft eines qualitativen Keynesianismus in Europa, Vortrag auf dem Forum „Neue Politik der Arbeit“, Dortmund, 25./26.09.2003, veröffentlicht in: ARBEIT 4/2003
- Zinn, K. G. (2004): Finanzmarktgetriebene Globalisierung – Einkommenspolitik im Shareholderkapitalismus, in: Wagner, H.; Schild, A. (Hg.): Der Flächentarif unter Druck. Die Folgen von Verbetrieblung und Vermarktung, Hamburg, S. 23 – 36

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßige Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 02 11/77 78-225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

