

Helmut Martens

»Primäre Arbeitspolitik« und neue Gewerkschaft?

Der Ärztestreik im Frühjahr und Sommer 2006¹

1. Einleitung

Der Ärztestreik im Jahre 2006 entwickelte sich, beginnend im Sommer 2005, als Bewegung von Assistenz- und jungen Fachärzten zunächst an den Universitätskliniken, dann in den kommunalen Krankenhäusern, organisiert von Sprecherkreisen, die sich via internet miteinander vernetzten und anfänglich nicht nur gegenüber *ver.di* sondern auch gegenüber dem *Marburger Bund (MB)* weitgehend eigenständig waren. Er gehört im Zusammenhang der tief greifenden Umbrüche in den Arbeitsbeziehungen in der Bundesrepublik Deutschland, die zu neuen »Grenzkonflikten der Arbeit« führen (Peter 2007), zu den bemerkenswertesten Ereignissen dieses Jahres.

»BAT plus 30 Prozent!« – vordergründig ging es ums liebe Geld. Aber diese symbolisch aufgeladene Forderung bündelte langjährig aufgestaute, tief liegende Frustrationen. Die Empörung einer Beschäftigtengruppe, die in den auf Seiten der Arbeitnehmer von *ver.di* geführten Tarifverhandlungen über lange Jahre eher »mitlief«, über den Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TvÖD) war nur der Konfliktanlass. Die tiefer liegenden Konfliktursachen sind hingegen in vielen kleinschrittigen Verschlechterungen von Arbeitsbedingungen (lange Arbeitszeiten und Zunahme arztfremder Tätigkeiten) und Einkommen, von Berufsperspektiven (Krankenhausarzt mit begrenzten Aufstiegschancen als lebenslanger Beruf) und Berufsrolle (vom »Halbgott in Weiß« zum »Facharbeiter der Gesundheitswirtschaft«) zu suchen.

Der Ärztestreik zog große öffentliche Aufmerksamkeit auf sich. Er hat die im Gesundheitswesen agierenden Verbände ebenso überrascht wie manche professionelle Beobachter. Der *MB*, der sich schließlich an die Spitze dieser Streikbewegung setzte, hat über den Streik seinen Charakter als Ärztegewerkschaft gestärkt. Der von ihm durchgesetzte Tarifvertrag war hart umkämpft und auch aus seiner Sicht vor allem deshalb ein Erfolg, weil damit erstmals ein eigenständiger, arzt-spezifischer Tarifver-

trag durchgesetzt werden konnte, auf dem der *MB* im Weiteren aufbauen will (Marburger Bund 2006a: 24). Konflikte im Zuge seiner Umsetzung im Frühjahr 2007 zeigen, dass die monetären Verbesserungen, die der *MB* vor allem für die Oberärzte erreichen konnte, auf schwachen Füßen stehen (Ärzte-Zeitung v. 7.3.2007; Frankfurter Rundschau v. 6.3.2007). Im Folgenden werden die Konfliktursachen und die unmittelbaren Konfliktergebnisse näher ausgeleuchtet. Zunächst soll gezeigt werden, dass hier eine Gruppe hoch qualifizierter Beschäftigter auf langjährige signifikante Verschlechterungen ihrer Arbeitsbedingungen mit gewerkschaftlichen Abwehrkämpfen reagiert hat. Es geht weiter um die Frage, ob der Ärztestreik eher als das Scheitern gewerkschaftlicher Bemühungen um einen einheitlichen Flächentarifvertrag im Gesundheitswesen oder als die Schaffung neuer, womöglich verbesserter Bedingungen für eine kollektive Interessenvertretung der dort Beschäftigten angesehen werden muss. Und es geht darum, mit einer solchen Analyse zu zeigen, dass die Hinwendung der empirischen arbeitsbezogenen Forschung zum sozialen Konflikt das Interesse an ihren Arbeitsergebnissen in Zeiten tief greifender gesellschaftlicher Umbrüche erhöhen könnte.

2. *Ein überraschender Konflikt, sein Anlass und seine tiefer liegenden Gründe*

Der Ärztestreik im Frühjahr und Sommer 2006 ist jenseits des Konfliktanlasses – der Kritik am Entwurf des TVöD seitens vieler junger Krankenhausärzte – als der Versuch anzusehen, eine Tendenz zur stetigen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen endlich umzukehren, für die nicht zuletzt *ver.di* verantwortlich gemacht wurde. Er ist aus dem Zusammenwirken höchst unterschiedlicher Bedingungen zu erklären:

Zu nennen sind zunächst – auch wenn der Arztberuf von wissenschaftlichen Beobachtern »weiterhin als pekuniär attraktiv eingestuft« wird (Spengler 2005: 494) – relative Verschlechterungen in den Arbeits- und Entlohnungsbedingungen (z.B. Gehaltseinbußen im Zuge der Ablösung des BAT durch den TvöD), ausufernde Arbeits- und Bereitschaftszeiten (Marburger Bund 2006b; Cobbers/Schöler 2006; Spengler 2005, 2006), eine erhebliche Zunahme bürokratischer, als berufsfremd empfundener Arbeiten in Folge des Fallpauschalengesetzes, vor allem aber auch die zunehmend blockierten mittelfristigen Karriereperspektiven junger Krankenhausärzte. 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.²

Wichtig 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 Tarifverbandes im Öffentlichen Dienst nicht wirklich repräsentiert sah. Von der im Prinzip für sie zuständigen ÖTV wurden Ärzte seit 1984 organisatorisch nicht mehr als eigenständige Berufsgruppe erfasst. Zum gewerkschaftlichen Organisationsgrad von Ärzten gibt es bei *ver.di* keine Zahlenangaben. Auch dort spielen sie interessen- und organisationspolitisch eine gänzlich untergeordnete Rolle. *Ver.di* verhandelte für den *MB* und damit auch für die Klinikärzte mit, aber der *MB* war eine berufsständische, im Tarifgeschäft gleichsam »mitlaufende« Organisation. Der Verhandlungskommission gehörte z.B. kein Repräsentant des *MB* an. Die autonome Entwicklung von Forderungen seitens der Assistenzärzte und deren Repräsentation durch einen eigenen Sprecher in Verknüpfung mit den von *ver.di* geführten Verhandlungen und Streikaktionen um den TVöD im Sommer 2005 in Baden-Württemberg bringt all dies schlagend zum Ausdruck. Die symbolisch aufgeladene Gehaltsforderung signalisiert aber auch die Schwierigkeiten dieser Berufsgruppe, sich auf die Vorstellungen der durch *ver.di* hauptsächlich vertretenen Beschäftigtengruppen 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 Chefarzten im Wege.³ Auch eine enge Verschränkung von Arbeit und Qualifizierung war in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Vor dem Hintergrund vielfältiger Unzufriedenheiten und angesichts der schwierigen Positionierung der jungen Klinikärzte innerhalb der Kooperationsbeziehungen und Abhängigkeiten im Krankenhaus gewann die Forderung nach dreißigprozentiger Erhöhung der Gehälter (nicht nur gegenüber dem Entwurf des neuen TVöD sondern gegenüber dem alten BAT) die Funktion einer einigenden Klammer.

Erste Streiks von Assistenzärzten hatten fast ein Jahr zuvor, in Verbindung mit den von *ver.di* geführten Auseinandersetzungen um den TVöD, als eigenständige Aktionen begonnen. Diese wurden – zunächst abgestimmt und koordiniert mit den Aktionen der anderen Beschäftigtengruppen (Interviewaussagen) – von Sprechern der Assistenzärzte an den Universitätskliniken in Baden-Württemberg organisiert. Die aufgestaute Unzufriedenheit einer Beschäftigtengruppe, die in den

Tarifverhandlungen nirgends direkt repräsentiert und im Klinikalltag in spezifischen Abhängigkeiten verfangen war, artikulierte sich erstmals deutlich und fand auch, anders als der z.T. zeitgleiche Streik von *ver.di* an den Universitätskliniken, die (öffentliche) Unterstützung von Fach-, Ober- und Chefärzten, was die Organisation von Streikhandeln seitens der Assistenzärzte erheblich erleichterte. Insofern der Ärztestreik also aus einer authentischen Streikbewegung junger Krankenhausärzte hervorgegangen ist (vgl. auch: Busch/Stamm 2006: 34; Wagner-Fallasch 2006: 2; Hoffmann 2006: 4), kann man ihn als ein Beispiel »primärer Arbeitspolitik«⁴ ansehen, die in der gegenwärtigen Phase institutioneller Krisen wichtige innovatorische Impulse auslösen kann.

Am Beginn des Ärztestreiks stehen »primäre« arbeitspolitische Initiativen einer von massiven Verschlechterungen ihrer Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven betroffenen Beschäftigtengruppe, die sich in ihrem Selbstverständnis, Teil einer Leistungselite im Gesundheitswesen zu sein, in Frage gestellt sieht, und innerhalb der eingespielten, aber zunehmend unter Druck geratenen tarifpolitischen Verhandlungsprozeduren eher marginal ist. Aufgrund ihres eigenständigen arbeitspolitischen Handelns löst sie erhebliche Veränderungsimpulse innerhalb des *MB* aus, der sie bis dahin als *berufsständische* Organisation sehr erfolgreich zu organisieren und zu integrieren vermocht hatte. Eine lange aufgestaute Unzufriedenheit des größten Teils der Mitglieder (und des Mitgliederpotentials) des *MB* begann sich so am Rande einer von *ver.di* organisierten Tarifauseinandersetzung zu organisieren und konnte dann auch für latente Rivalitäten um die Führung des *MB* bedeutsam werden. Es war deshalb auch nicht nur die Dynamik des arbeitspolitischen Handelns junger KlinikärztInnen, die die »Vergewerkschaftlichung« des *MB* beförderte. Verbandsinterne Konkurrenzen gaben nach Einschätzung verschiedener Beobachter den letzten Anstoß dafür, dass die Verbandsspitze dieser berufsständischen Organisation sich schließlich uneingeschränkt als Ärztegewerkschaft zum Sprachrohr der streikenden jungen Ärzte machte (vgl. Martens 2007a: 37f.).

Der Streik junger Krankenhausärzte war also eine Auseinandersetzung 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 Länderebene geführten Tarifauseinandersetzung, zunächst an den Universitätskliniken zu einem Abschluss geführt und mündete dann in einen weiteren Streik an den kommunalen Krankenhäusern. Unter Duldung und z.T. mit tatkräftiger Unterstützung der – im *MB* ja mit entscheidendem Einfluss repräsentierten – Spitzen der Ärzte-

hierarchie im Krankenhaus entwickelten die Assistenzärzte kreative Formen der Streikorganisation und Öffentlichkeitsarbeit. Gezielte Eskalationsschritte angesichts eines massiven hinhaltenden 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, dem Streik mittels eines Tarifabschlusses die Spitze zu nehmen, der wichtigen Forderungen der jungen Ärzte Rechnung tragen, die Solidarität mit den anderen Beschäftigtengruppen stärker betonen, 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 Arbeitskampfes. Die ungebrochene, eher zusätzlich angestachelte Streikbereitschaft der Assistenzärzte für einen eigenständigen arztspezifischen Tarifvertrag und normale Arbeitsbedingungen erzwang schließlich die Tarifeinigung zwischen VKA und *MB*.

3. *Die unmittelbaren Konfliktergebnisse: Keine der tieferliegenden Ursachen wurde wirklich angegangen*

Das vom *MB* erreichte materielle Tarifergebnis 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 bedeutet er nur begrenzte monetäre Verbesserungen, u.a. um den Preis sehr flexibler Regelungen der Arbeitszeit. Einige Journalisten hatten im Zusammenhang mit dem Streik von der nun vielleicht zu Ende gehenden »Ära des feudalen Chefarztes« und von einem »Ärzteaufstand« gesprochen (Wölk 2006; Albrecht 2006), der als bloßer Protest noch »keine gestalterische, politische Dimension« habe. Sie hatten 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).⁵ Aber der Streik hat die tiefer liegenden Konfliktursachen einer Gestaltung noch nicht wirklich zugänglich gemacht. Hervorzuheben ist vor allem, dass die Abhängigkeiten in der Ärztehierarchie, die Entgrenzung von Arbeitszeiten und die Blockade (bzw. deutliche geminderte Attraktivität) früher selbstverständlicher 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 (vgl. Hardt 2007; Martens

2007a: 22 ff.), über den »Sklavenaufstand« der Ärzte noch überhaupt nicht thematisiert worden.

Der Tarifvertrag des *MB* stellt aus Sicht der streikenden Ärzte gleichwohl den positiven Abschluss einer großen, zunächst eigeninitiativ in Gang gesetzten Kraftanstrengung dar. Schon allein die Tatsache, dass es einen eigenständigen, arzt-spezifischen Tarifvertrag nunmehr überhaupt gibt, ist von den Streikenden als wichtiger Erfolg gewertet worden. Sie hatten ihren Streik zudem bis zu seinem Ende vor dem Hintergrund eines hohen Maßes öffentlicher Zustimmung führen können. Allerdings läßt sich zeigen, dass der Tarifabschluss des *MB* hinsichtlich seiner finanziellen Auswirkungen im Ergebnis doch recht begrenzt geblieben ist. Die Volumina sind denen des parallelen Abschlusses von *ver.di* in den kommunalen Krankenhäusern durchaus vergleichbar (*ver.di* 2007; Martens 2007a: 48-52) – und: der Abschluss des *MB* bietet hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitszeiten die größere Flexibilität. Der Betriebsleiter eines kommunalen Krankenhauses schätzt die Kosten des mit *ver.di* abgeschlossenen Tarifvertrages im Vergleich sogar als höher ein (Interviewaussage). Der Abschluss von *ver.di* dürfte allerdings ohne den Ärztestreik nicht möglich 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, weil dieser sehr genau und eng definiert, wer in seinem Sinne als Oberarzt gilt (*Ärzte-Zeitung* v. 7.3.2007; *Frankfurter Rundschau* v. 6.3.2007). Ob und in welcher Weise dies mittelfristig bei dem – zahlenmäßig größeren – Teilsegment der jungen Ärzte registriert und zu Verschiebungen in der Bewertung des Streikergebnisses führen wird, bleibt abzuwarten.

Ein Erfolg ist der Streik aber vor allem 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.diktatur*« (*MB*-Vorsitzender Montgomery) gebrochen werden. Er begreift 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 diesen tarifpolitischen Erfolg 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 Position der Assistenzärzte innerhalb der Krankenhaushierarchie, die zu Beginn des Konflikts als eine seiner Ursachen durchaus bedeutsam war, bleiben damit aber unbearbeitet,

werden möglicherweise eher zunächst einmal neu befestigt. Von der Tarifeinigung als Resultat einer hochdynamischen Streikbewegung geht ein Impuls dahingehend aus, die eigene »Vergewerkschaftlichung« als Befreiung aus einem an der Seite von *ver.di* erduldeten »Solidaritätskorsett«, mithin als längst fällige Durchbrechung des Einheitsgewerkschaftsprinzips zu interpretieren, sie zugleich aber auch in der Perspektive der Bildung einer allgemeinen Krankenhaus- oder Gesundheitsgewerkschaft weiter zu treiben. Damit wird der *MB* jedoch unmittelbar auf die höchst widersprüchlichen Resultate der Streiks als sozialer Prozesse gestoßen.

Wie gezeigt waren es tief greifende Arbeits- und Statusprobleme, die, vermittelt über eine hohe, symbolisch aufgeladene Gehaltsforderung, zu einer breiten Streikmobilisierung von Assistenzärzten geführt haben. Vor dem Hintergrund dieser Konfliktursachen hat der Vorsitzende des *MB*, F. U. Montgomery, den Ärztestreik auf der ersten länderübergreifenden Protestkundgebung von Krankenhausärzten kommunaler Kliniken am 25.7.2006 in Dortmund als »Sklavenaufstand« bezeichnen können (vgl. auch die Homepage des *MB*). Der *MB* hat, indem er sich an die Spitze der Auseinandersetzungen stellte, tarifpolitisch einen bemerkenswerten Erfolg errungen, sich so zu einer berufsständischen Gewerkschaft weiterentwickelt und massive Mitgliedergewinne verbucht. Andererseits hat der *MB* damit, in den Worten seines Vorsitzenden, »das Prinzip der Einheitsgewerkschaft aufgelöst«; dadurch, »dass eine besonders spezialisierte (...) Berufsgruppe mit ihrer eigenen Gewerkschaft ihre Belange selber in die eigenen Hände nimmt«, sei ein »Meilenstein in der Gewerkschaftsgeschichte« gesetzt (Montgomery 2006: 2).⁶

Angesichts der über das Fallpauschalengesetz gedeckelten Finanzierung der Krankenhäuser, aber wohl auch aufgrund der im Zuge der Streikdynamik entwickelten Argumentationen des *MB* sowie seines mit dem Tarifabschluss zur Schau gestellten neuen Selbstbewusstseins als Kern einer zukünftigen Gesundheitsgewerkschaft, zeitigt das materielle Tarifergebnis spürbare Effekte der Desolidarisierung zwischen den verschiedenen Beschäftigtengruppen im Krankenhaus. Darüber hinaus begannen sofort mit dem Tarifabschluss Spekulationen über mittelfristige negative Folgen; Schließungen oder Privatisierungen von kommunalen Kliniken waren aus Sicht von Arbeitgebervertretern unabwendbar. Allerdings erscheint es fraglich, ob ohnehin vorhandene Entwicklungen in diese Richtung durch den Ärztestreik wirklich verstärkt worden sind (Interviewaussagen). Jedenfalls gibt sich der *MB* hinsichtlich möglicher negativer Folgen für andere Beschäftigtengruppen gelassen, wenn nicht gleichgültig. Das »Armutsargument« der Arbeitgeber könne nicht über-

zeugen, es gebe genügend Rationalisierungs- und Effizienzreserven und im Übrigen gehe es dem *MB* zunächst einmal um die legitimen Interessen der Ärzte.

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 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 Gruppenrivalitäten kommt zunächst einmal eine Desolidarisierung zur Geltung, die doch in gewissem Kontrast steht zu 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 Privatisierungsüberlegungen seitens kommunaler Krankenhausträger führen werden, scheint zu Beginn des Jahres 2007 keineswegs ausgemacht. Die unmittelbaren ökonomischen Schäden der Streiks sind eher begrenzt und alle 2005/2006 neu abgeschlossenen Tarifverträge beinhalten etliche von den Arbeitgebern so gewollte Flexibilisierungspotenziale, die kostendämpfend genutzt werden können. Vor diesem Hintergrund wird sich zeigen müssen, inwieweit die jeweiligen betrieblichen Interessenvertretungen und die in ihnen repräsentierten Gewerkschaften dazu in der Lage sind, neue solidarische Lösungsansätze zu entwickeln.

4. Die Konfliktergebnisse aus Sicht der beteiligten Gewerkschaften

Betrachtet man die Resultate des Konflikts zunächst aus der Perspektive des *MB*, so ergibt sich, dass er sich zwar als der klare Sieger der Tarifaus-einandersetzung begreifen kann, aber gerade dadurch höchst widersprüchliche Bedingungen für seine weitere Entwicklung geschaffen hat. In den Maße nämlich, 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 sehr stark, wenn nicht vorrangig, an den Interessen der Spitzen der Ärztehierarchie im Krankenhaus (und gesundheitspolitisch im Übrigen auch an den Interessen niedergelassener Ärzte) orientiert ist.

Die Siegerpose, in die sich der *MB* als nunmehr »vergewerkschaftlichter« berufsständischer Verband wirft, gilt offenbar ganz besonders

der konkurrierenden (Ex-)Einheitsgewerkschaft *ver.di*. Der *MB* ist sich aber möglicherweise des spannungsreichen Anforderungsgefüges noch nicht voll bewusst, in das er sich mit seiner neuen Doppelleienschaft – berufsständischer Verband einerseits, Gewerkschaft andererseits – begeben hat. Diese Widersprüchlichkeit ergibt sich schon aus den Binnenbeziehungen der sehr heterogenen Berufsgruppe der Ärzte, denn für eine Ärztegwerkschaft ist es durchaus ein Problem, wenn in ihren Spitzenämtern Personen zu finden sind, die gegenüber der Kernklientel der Organisation Arbeitgeberfunktionen einnehmen. Latent spielte diese Konfliktdimension bereits im Ärztestreik 2006 als Handlungsmotiv der daran Beteiligten eine Rolle. Auch wenn diese ausdrücklich betonen, keinen Streik gegen die Chefärzte geführt zu haben, provoziert die durch den *MB*-Vorsitzenden geprägte Formel vom »Sklavenaufstand« doch zwingend die Frage nach den »Sklavenhaltern«. Das damit angesprochene Konfliktpotenzial zwischen den Assistenzärzten und den Spitzen der Ärztehierarchie könnte zunehmend spürbar werden, wenn die beabsichtigte Entwicklung einer Gesundheits- bzw. Krankenhausgewerkschaft wirklich angegangen werden soll. Dass hierüber innerhalb des *MB* aktuell nicht weiter diskutiert wird (Interviewangaben), ist daher auch nicht überraschend.

Infolge des Streiks dürfte ein neues Kräftegleichgewicht in den Beziehungen zwischen nunmehr zwei Gewerkschaften und Arbeitgebern entstanden sein, das nun auch kleinschrittige Veränderungen im betrieblichen Alltag – in den Kooperationsbeziehungen, der Personalvertretungsarbeit etc. – nach sich ziehen und zunächst nur graduell modifizierbar sein wird. Denn Streiks wie der hier analysierte sind auch in Zeiten allgemein tief greifender Umbrüche außergewöhnliche und herausragende Ereignisse, die die Grundlinien der weiteren Entwicklung ein Stück weit neu festlegen.

Aus der Perspektive von *ver.di*, der zweiten beteiligten und betroffenen Gewerkschaft, ergibt sich – angesichts der durch den Ärztestreik deutlich gewordenen Grenzen einer kompromissorientierten Verteidigung eines alle Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen integrierenden Tarifvertrags sowie der zunächst einmal aufgebrochenen Konkurrenzen zwischen verschiedenen Beschäftigtengruppen – vor allem eine Frage: Wie kann *ver.di* als Einheitsgewerkschaft künftig mit den nun deutlich artikulierten Interessen einer am Arbeitsmarkt besonders durchsetzungsstarken und aktuell für die eigenen Organisationsanstrengungen nicht mehr zugänglichen Beschäftigtengruppe umgehen? Antworten in Richtung auf intensivierten Dialog bei zugleich deutlicherer Betonung der spezifischen Interessen der eigenen Kernklientel liegen nahe.

Ver.di ist in der Funktionselite der Krankenhäuser nicht breit verankert. Für junge Krankenhausärzte, die sich als Teil dieser Elite verstehen und in komplizierte Kooperations- und Abhängigkeitsverhältnisse innerhalb der medizinischen Professionshierarchie 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 Akteurgruppen 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. Manches deutet darauf hin, dass Angehörige der hauptsächlich bei *ver.di* organisierten Berufsgruppen im Ergebnis des Streiks zum Teil auf Distanz zu den Ärzten gehen, die aus ihrer Sicht eigene Interessen auf Kosten anderer durchzusetzen versucht haben. *Ver.di* wird sich aber darauf einrichten müssen, Beschäftigteninteressen in absehbarer Zukunft ausgehend von einer verschärften Konkurrenz zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu vertreten. Ob nun auf Basis einer wechselseitigen Anerkennung der jeweiligen Sonderinteressen Ansatzpunkte für organisationsübergreifendes solidarisches Handeln zwischen Assistenzärzten und Pflegeberufen gefunden werden können, dürfte vor allem von zwei Dingen abhängen: Zum einen wird von großer Bedeutung sein, wie die Kooperationsbeziehungen zwischen Pflege und ärztlichem Dienst und deren Interessenvertretung sich im Arbeitsalltag entwickeln werden, zum anderen wird es eine wichtige Rolle spielen, ob und wie *ver.di* einen Dialog mit den jungen Krankenhausärzten – die über den Streik zunächst einmal ein stärkeres Selbstbewusstsein gewonnen und eine engere Bindung zum *MB* hergestellt haben – aufnehmen bzw. gestalten kann.

Mit etwas zeitlichem 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 ärztespezifischen Tarifvertrag erreicht zu haben ist aus Sicht der Streikbeteiligten 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 somit zunächst einmal darauf verwiesen, die Interessen der *eigenen*

Klientel deutlicher und offensiver als bislang zu artikulieren, muss dabei aber zugleich intensiv den Dialog mit den Assistenz- und Fachärzten suchen.

5. *Die Resultate des Konflikts als Ausgangspunkt neuer arbeits- und gesundheitspolitischer Initiativen*

In einigen Analysen zum Ärztestreik ist die Aufsplitterung vormals einheitlicher tarifvertraglicher Regelungen durch berufsgruppenspezifische Tarifverträge verschiedener Gewerkschaften beklagt worden. Sie komme nun zur ohnehin stattfindenden Aushöhlung des Flächentarifvertrags hinzu (vgl. etwa Busch/Stamm 2006). Im Ergebnis der hier vorgelegten Analyse ist dagegen zu betonen, dass es auch schon in der Vergangenheit keinen wirklichen solidarischen Interessenausgleich oder organisatorischen Zusammenhalt zwischen den Ärzten und den nicht-medizinischen Berufsgruppen im Krankenhaus gegeben hat.

Der Sachverhalt einer zusätzlichen Aufsplitterung einer zuvor noch einheitlichen tarifpolitischen Interessenvertretung ist zwar zunächst einmal zutreffend beschrieben und dürfte sich aus der Perspektive der beteiligten Gewerkschaften auch so darstellen. Das bedeutet aber nicht, dass ein zuvor gegebener solidarischer Zusammenhang durch den Ärztestreik aufgekündigt worden ist. Vielmehr kann die nähere Analyse des Streiks zeigen, dass die in diesem Zusammenhang relevante Gruppe der jungen Krankenhausärzte, v.a. der Assistenzärzte, bislang in den institutionalisierten Interessenvertretungs- und Aushandlungsstrukturen praktisch nicht wirksam repräsentiert war und dass dies – vor dem Hintergrund veränderter Arbeits- und Entlohnungsbedingungen, Berufsrollen und berufsbiographischer Erwartungen – diesen Streik (und die Profilierung des MB als Ärztegewerkschaft) überhaupt erst ermöglicht hat. Nimmt man dies als Ausgangspunkt, so ergeben sich andere Schlussfolgerungen:

Insofern sich im Ärztestreik eigeninitiatives Handeln von Angehörigen einer Berufsgruppe artikuliert hat, die bis dahin in gewerkschaftlich organisierten Aushandlungsprozessen keine nennenswerte Rolle spielte, kann man auch sagen, dass die Voraussetzungen zur Entwicklung solidarischer Arbeitspolitik im Gesundheitswesen durch den Streik zwar fürs erste komplizierter, perspektivisch aber u.U. sogar besser geworden sind – denn immerhin traten damit Angehörige einer gesellschaftlich sehr bedeutenden Berufsgruppe erstmals eigenständig als arbeitspolitisch relevante Akteure in Erscheinung. Hieraus könnten sich durchaus auch Chancen für eine erneuerte – und offensivere – gruppenübergreifende Arbeitspolitik im Gesundheitswesen ergeben.

Dass nunmehr zwei Gewerkschaften ihr jeweiliges Terrain im Gesundheitswesen neu abgesteckt haben, schafft sicherlich eine nicht eben einfache 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. das grundlegende gewerkschaftliche Selbstverständnis von *ver.di*-Aktiven massiv verletzen. Als berufsständischer, eher auf die Wahrung der Partialinteressen (und z.T. auch Privilegien) seiner Hauptklientel orientierter Verband dürfte der *MB* umgekehrt Forderungen nach einem solidarischen Interessenausgleich, wie sie etwa der *vdää* für eine kleine Gruppe von (vielfach auch bei *ver.di* organisierten) Ärzten offensiv formuliert⁷, kritisch gegenüberstehen.

Anders als bei anderen berufsständischen Verbänden wie etwa der Pilotenvereinigung *Cockpit* haben wir es im Gesundheitswesen mit einer Entwicklung zu tun, die geprägt ist durch ernstzunehmende Verschlechterungen von Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven einer großen Teilgruppe der Ärzteschaft, die im Klinikalltag eng mit Angehörigen einer anderen Berufsgruppe kooperiert, deren »Leidensdruck« ebenfalls erheblich ist. Zugleich sehen sich viele dieser Krankenhausärzte hierarchischen Abhängigkeitsverhältnissen innerhalb der eigenen Berufsgruppe ausgesetzt. Insofern entstehen auf Grundlage von Veränderungen im Arbeitsalltag und in den Berufsbildern der Beteiligten sowie angesichts eines sich absehbar weiter fortsetzenden Kosten- und Rationalisierungsdrucks auf das Gesundheitswesen vielfältige Herausforderungen und Ansatzpunkte zu neuem solidarischem arbeitspolitischem Handeln.

Hieraus ergibt sich für beide involvierte Gewerkschaften – sowohl für die Einheitsgewerkschaft *ver.di* als auch für den in einer Entwicklung vom berufsständischen Verband zur Ärztegewerkschaft begriffenen *MB* – die entscheidende Schlussfolgerung: *In Konkurrenz zueinander* werden sie angesichts schrumpfender Verteilungsspielräume auf klassischen Feldern gewerkschaftlicher Interessenvertretung kaum etwas gewinnen können. Weit stärker als bisher werden beide sich der Herausforderung stellen müssen, 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 sich für diese einzusetzen. Nur über solche politischen Initiativen – die auch eine offensive Infragestellung der Kostendeckelung im Gesundheitswesen bzw. der Verteilung der finanziellen Ressourcen beinhalten müssten – werden letztlich die Grundlagen einer neuen Solidarität unter

den Beschäftigten des Gesundheitswesens geschaffen werden können, nur in ihnen werden sich Meinungsführerschaften, und vielleicht auch wieder Gemeinsamkeiten zwischen beiden Gewerkschaften, entwickeln können.

Arbeitspolitische Erfolge werden dabei allerdings – in Anbetracht der relativ starren Strukturen eingeschliffener Verbandspolitiken einerseits, der (nicht nur gemessen am Habermas'schen Idealbild eines herrschaftsfreien Diskurses) festzustellenden Deformationen gesundheitspolitischer Diskurse innerhalb der medial hergestellten Öffentlichkeit andererseits – stark davon abhängen, ob und wie es den Beschäftigten im Gesundheitswesen und ihren Gewerkschaften gelingt, durch ein möglichst hohes Maß an Mobilisierung von »Laienexpertise«, also durch direkte Beteiligung und »Selbertun« der Beschäftigten, zunächst einmal interne Öffentlichkeiten und dialogische Suchprozesse im Hinblick auf die Entwicklung von tragfähigen Lösungsmodellen zu organisieren.

6. Schlussfolgernde Überlegungen

Der Ärztestreik im Frühjahr und Sommer 2006 fügt sich ein in einen Prozess tief greifender Umbrüche des Erwerbsarbeitersystems der Bundesrepublik, ähnlich anderen hochentwickelten westlichen Gesellschaften. Die Tarifaueinandersetzung im Öffentlichen Dienst im Frühjahr 2006 sind nach Auffassung des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung (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). Die Ergebnisse werden im tarifpolitischen Halbjahresbericht des WSI unter dem Gesichtspunkt der Begrenzung eines »arbeitszeitpolitischen Durchmarsches« der öffentlichen Arbeitgeber als »Kompromiss auf Zeit« bewertet. Konkurrenzen zwischen *ver.di* und *MB* seien als zusätzliche, noch schwer abschätzbare Konfliktdimension sichtbar geworden (Bispinck 2006a: 22).

Die hier vorgelegte Analyse sollte u.a. zu deren Aufhellung einen Beitrag leisten. Nur auf den ersten Blick erinnert die Entwicklung des *MB* an zeitlich schon weiter zurückliegende Erfahrungen mit Berufsorganisationen wie *Cockpit*. Die Vermutung, dass von ihnen seinerzeit lediglich Sonderinteressen eines eng begrenzten Beschäftigtensegments erfolgreich durchgesetzt wurden, lag nahe. Für die großen Gewerkschaften im DGB handelte es sich hier letztlich nur um »Randphänomene«. Die aktuellen Ärztestreiks erinnern dagegen eher 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, so z.B. in der IT-Branche (Martens 2006; 2007b). In ihnen ging es vor allem um die Sicherung von Arbeitsplätzen, und in ihnen zeigten sich möglicherweise erste Ansätze einer »eigensinnigen Arbeitspolitik« (Sauer 2005) angesichts beschäftigungspolitisch fataler Modernisierungsspiralen im Zeichen der Globalisierung. Diese Konflikte sind von den großen Gewerkschaften keineswegs mehr als »Randphänomene« zu betrachten.

Bei allen diesen Konflikten, also auch beim Ärztestreik, handelt es sich um neue, »primäre« arbeitspolitische Initiativen mit potentiell großer Reichweite. Für die verschiedenen, in ihrem Alltagsgeschäft verfangenen Akteure mag sich das nicht ohne weiteres so darstellen. Sie äußern sich denn auch hinsichtlich der zukünftigen Perspektiven überwiegend skeptisch: Die Repräsentanten des *MB* sehen sich durch den Erfolg des arzt-spezifischen Tarifvertrags zwar gestärkt, aber aktuell mit den Schwierigkeiten seiner Umsetzung konfrontiert. In den Kliniken erhöht sich so der Druck auf Mitglieder des *MB*, für die betrieblichen Interessenvertretungen zu kandidieren – und in den Gremien wachsen die Anforderungen zur Kooperation von Mitgliedern beider Gewerkschaften. Für die hauptamtlichen Funktionäre beider Organisationen steht außerdem zunächst einmal die durch den Ärztestreik verschärfte zwischenverbandliche Konkurrenz im Vordergrund. Führungskräfte in Krankenhäusern scheinen demgegenüber eher Probleme infolge der Aufsplitterung der alten Regelungswerke zu befürchten. Befragte Ärzte, auch solche, die Mitglieder von *ver.di* sind, schwanken zwischen der Hervorhebung des Erfolgs einer ersten authentischen Artikulation eigener Interessen und einer gewissen Ernüchterung darüber, dass die für den Streik ursächlichen Probleme im Grunde nach wie vor ungelöst sind. Befragte Personalratsmitglieder aus anderen Berufsgruppen schließlich berichten 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.

Die Perspektive des externen Beobachters kann mehr Distanz zu diesen Alltagserfahrungen und zugleich Verknüpfungen zu übergreifenden Entwicklungen herstellen. In diesem Aufsatz wurde das v.a. im Hinblick auf die gewerkschaftssoziologische Dimension des analysierten

Konflikts versucht. Vor dem Hintergrund schwieriger Anpassungsprozesse an die Herausforderungen von Deutscher Wiedervereinigung, europäischer Integration und Globalisierung waren die Entwicklungen im Bereich der Gewerkschaften in den 1990er Jahren 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, auf Gefährdungen durch eine fortschreitende Erosion überkommener institutioneller Arrangements und einen fortgesetzten Anpassungsdruck an weiteren sozialen Wandel. In der arbeits- und industriesoziologischen Forschung dominiert nach wie vor ein Blickwinkel, der von den tradierten Strukturen der »industriellen Beziehungen« bestimmt ist. Szenarien zwischen fortschreitender Erosion, relativ erfolgreichem »muddling through« und grundlegender Reform des institutionellen Settings werden aufgemacht.

Neben solchen Analysen, die wesentlich auf die historisch überkommene Institutionenstruktur orientiert sind, finden sich inzwischen aber auch Beispiele für Dialogprojekte zwischen Wissenschaft und Gewerkschaften, in denen die Frage nach einer neuen Politik der Arbeit ins Zentrum gerückt wird (Scholz et al. 2006). Neuansätze einer »primären Arbeitspolitik«, getragen von einzelnen Beschäftigtengruppen und oftmals in durchaus konfliktorischen Formen entfaltet (vgl. Wolf 2001; Martens 2005), werden bislang aber kaum wahrgenommen. Schon gar nicht wird mit neuen institutionellen Akteuren gerechnet wie sie etwa in Gestalt des *MB* in Erscheinung getreten sind.

Die hier vorgelegte Analyse soll dagegen den Blick für *neue* Konflikte und für das Handeln und die Handlungsmotive der daran unmittelbar Beteiligten schärfen. Analysen wie diese können die in den Konflikten Handelnden auf die Bedingungen verweisen, an die sie in ihrem Handeln gebunden sind (v. Ferber 1970; Pöhler 1970), und sie können dazu beitragen, soziologische Analysen »von den Problemdefinitionen (zu befreien), wie sie durch Institutionen geschaffen sind (ohne) plausible Relevanz für eine soziologische Analyse (zu) haben« (Lepsius 2003). Die Fokussierung auf neue primäre Politikprozesse zielt also darauf ab, ein »intellektuelles Hindernis« bzw. ein »Rationalitätsdefizit« zu vermeiden, welches – im Rückgriff auf sekundäre, schon institutionalisierte Politikformen – »überwiegend durch das schlichte Festhalten an einmal gewonnenen Rationalitätsvorstellungen, die sich zumeist auf ältere Zustände der gesellschaftlichen Wirklichkeit beziehen, inhaltlich

gefüllt« wird. Das taugt dann aber als Kognitionsgrundlage allenfalls für defensive Reaktionen (Wolf 2001: 231). Echte arbeitspolitische Neuansätze werden aber typischer Weise in konfliktorischen Formen zur Geltung gebracht. Der Ärztestreik vom Frühjahr und Sommer 2006 ist dafür ein aufschlussreiches Beispiel.

Korrespondenzadresse:

Helmut Martens

Sozialforschungsstelle Dortmund

Evinger Platz 17

D-44339 Dortmund

E-Mail: martens@sfs-dortmund.de

Anmerkungen

- 1 Der Aufsatz stützt sich auf eine von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte empirische Studie, deren Basis Expertengespräche im Rahmen von drei Betriebsfallstudien und auf der Ebene der beteiligten Verbände sowie Dokumenten- und Sekundäranalysen bilden (Martens 2007a). Zu Genese, Verlauf und unmittelbaren Resultaten des Streiks vgl. ausführlich ebd.: 31-57.
- 2 Auch die Debatten über eine weitere Ausdifferenzierung ärztlicher (und nicht mehr ärztlicher) Qualifizierungswege durch die Einführung eines Bachelorstudiengangs (etwa für Anästhesisten) oder Ausbildungsgänge für eine nichtärztliche Chirurgische Assistenz (Chirurgisch-Technische Assistenten), wie sie unlängst auf dem CTA-Workshop der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie geführt wurden, lassen hier zukünftige Entwicklungslinien erkennen.
- 3 Spengler/Jámbor (2006: 13) sprechen von »prekären Beschäftigungsverhältnissen«. Trotz faktischer Vollbeschäftigung von Ärzten im ÖD seien 42,5 % der vollzeitbeschäftigten Ärzte befristet angestellt. An den Baden-württembergischen Universitätskliniken betrage dieser Anteil bei Ärzten unter 35 Jahren sogar 78,4 %.
- 4 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).
- 5 Vergleichbare flachere Hierarchien, diesseits »quasi feudaler« Chefarztstrukturen (Expertenaussage) finden sich in der Bundesrepublik am ehesten in Privatkliniken. Vgl. auch Pföhler (2006).

- 6 Nach Interviewaussagen liegen die Mitgliedergewinne infolge des Streiks in einer Größenordnung von ca. 30 000. Vor dem Streik gab es für den *MB* drei als unverrückbar geltende Handlungsbedingungen: (1) Mit 78 000 Mitgliedern schien die Spitze der Möglichkeiten erreicht. (2) Eigenständige Tarifverhandlungen in den großen Tarifgebieten (TDL, Kommunen) erschienen als unmöglich. (3) Es galt als ausgeschlossen, mehr als 30 Ärzte gleichzeitig auf die Straße zu bringen. Nichts davon gilt mehr nach Beendigung des Streiks.
- 7 Zu den Positionen des *vdää* zur Gesundheitsreform und deren Resonanz auf dem außerordentlichen Ärztag am 24.10.2006 vgl. Rühmkorf 2006.

Literatur

- Albrecht, H. (2006): Operation Streik. Die Ärzte kämpfen nicht nur für mehr Geld und Freizeit, sondern auch gegen die Herrlichkeit ihrer Chefs. *Die Zeit* v. 7.6.2006
 Ärzte-Zeitung v. 7.3.2007: Tarifvertrag hat fatale Folgen für viele Oberärzte
- Bispinck, R.; (und WSI Tarifarchiv) (2006a): Tarifpolitischer Halbjahresbericht. Eine Zwischenbilanz der Lohn- und Gehaltsrunde 2006. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
- Bispinck, R. (2006b): Mehr als ein Streik um 18 Minuten – Die Tarifaueinandersetzung im Öffentlichen Dienst 2006. *WSI Mitteilungen* 59: 374-381
- Busch, G.; Stamm, S. (2006): Renaissance der Standesorganisationen? *Sozialismus* 33, 9: 32-37
- Cobbers, B.; Schölkopf, M. (2006): Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft in Deutschland – Ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 60, 3-4: 10- 22
- Ferber, C.v. (1970): Die Gewalt in der Politik. Auseinandersetzung mit Max Weber, Stuttgart: Kohlhammer
- Frankfurter Rundschau v. 6.3.2007: Viele Klinikärzte werden degradiert. Zahlreiche Oberärzte werden nur als Fachärzte bezahlt. Auslegung des Tarifvertrags macht Mediziner wütend.
- 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. *Frankfurter Rundschau* v. 2.1.2007
- Hoffmann, P. (2006): Voller Widersprüche, aber letztlich sinnvoll. Über *ver.di* und den Marburger Bund. *Express* 9-10/2006: 4-5
- Marburger Bund (2006a): Die Arbeitssituation deutscher Krankenhausärzte. Zahlen, Daten und Fakten zu Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, Einkommen. Berlin (<http://www.marburger-bund.de/site/bundesverband/aktuelles/tarifpolitik/texte/Grundsatzpapier-Arbeitsbedingungen.pdf>)
- Marburger Bund (2006b): Unterm Strich. Informationen zu den arzt-spezifischen Tarifverträgen des Marburger Bundes, November 2006. Berlin
- Martens, H. (2005): Nach dem Ende des Hype. Interessenvertretungsarbeit und Arbeitspolitik in der informationalen Ökonomie. Münster: Westfälisches Dampfboot
- Martens, H. (2006): Arbeitspolitische Initiativen in der IT-Branche. Ambivalenzen des dezentralen »Selbertuns« und Herausforderungen und Chancen einer neuen Netzwerkpolitik für die Gewerkschaften. *Arbeit* 15: 231-245

- Martens, H. (2007a): Primäre Arbeitspolitik und Gewerkschaften im Gesundheitswesen. Der Ärztestreik 2006 als Beispiel primärer Arbeitspolitik in Zeiten tiefgreifender gesellschaftlicher Umbrüche (Forschungsbericht). Dortmund
- Martens, H. (2007b): Industriesoziologie im Aufbruch? Herausforderungen empirischer Arbeitsforschung im Epochenbruch. Münster: Westfälisches Dampfboot
- Montgomery, F. U. (2006): »Wir haben das Prinzip der Einheitsgewerkschaft aufgelöst«. Interview im Deutschlandradio Kultur am 19.8.2006 (<http://www.dradio.de/kultur/sendungen/tacheles/533386/>)
- Peter, G. (Hg.) (2007): Grenzkonflikte der Arbeit. Die Herausbildung einer neuen europäischen Arbeitspolitik. Hamburg: VSA
- Pföhler, W. (2006): »Mit Lotsen durch die Klinik«. Rhön-Vorstandschef Wolfgang Pföhler über Rationalisierung und Hierarchien im Krankenhaus und den Klinikarzt der Zukunft. Der Spiegel, Nr. 41 v. 9.10.2006: 216-218
- Pöhler, W. (1970): Der Soziale Konflikt als Hauptaspekt industriesoziologischer Forschung. Antrittsvorlesung (Manuskript). Dortmund
- Rühmkorf, D. (2006): Kollektives Säbelrasseln. Der außerordentliche Ärztetag. Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Nr. 164, November/Dezember 2006: 14
- Sauer, D. (2005): Arbeit im Übergang. Zeitdiagnosen. Hamburg: VSA
- 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: Westfälisches Dampfboot
- Schröder, W.; Weßels, B. (Hg.) (2003): Die Gewerkschaften in Politik und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland. Ein Handbuch. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Spengler, H. (2005): Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland. DIW-Wochenbericht 34/2005: 489-494
- Spengler, H. (2006): Neue Evidenz zur beruflichen Situation von Klinikärzten in Deutschland (unveröff. Manuskript)
- Spengler, H.; Jámbor, C. (2006): 20 Punkte, die bei den Tarifverhandlungen über Ärztegehälter zu beachten sind. DIW-Research Notes 16. Berlin
- Ver.di, Fachbereich 03 Tarifkoordination (2007): Vergleichsübersicht zu den Abschlüssen im VKA-Bereich ver.di und Marburger Bund vom August 2006. Berlin
- Wagner-Fallasch, E. (2006): Blick über den Tellerrand statt Tarifkonkurrenz. Express 9-10/2006: 2-3
- 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. WAZ v. 12.8.2006
- Wolf, F. O. (2001): Netzwerkpolitik und neue Formen zivilgesellschaftlicher Subjektivität. In: H. Martens; G. Peter; F.O. Wolf (Hg.): Zwischen Selbstbestimmung und Selbstausbeutung. Gesellschaftlicher Umbruch und neue Arbeit. Frankfurt a.M./New York: Campus, 130-151
- Wolf, F. O. (2002): Primäre Wissenschaftspolitik. Berlin (Manuskript)