

Wasem, Jürgen

Working Paper — Digitized Version

Von der "Poliklinik" in die Kassenarztpraxis: Versuch einer Rekonstruktion der Entscheidungssituation ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland

MPIfG Discussion Paper, No. 92/5

Provided in Cooperation with:

Max Planck Institute for the Study of Societies (MPIfG), Cologne

Suggested Citation: Wasem, Jürgen (1992) : Von der "Poliklinik" in die Kassenarztpraxis: Versuch einer Rekonstruktion der Entscheidungssituation ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland, MPIfG Discussion Paper, No. 92/5, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/125912>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

Abstract

During the year before reunification, a majority of physicians in the German Democratic Republic seemed to favor maintaining many elements of their established ambulatory health care system. After the East German states' accession to the FRG, however, the physicians' decisions to become office-based continued to a rapid adjustment of the health care system in the East and the West. Using a rational choice approach, the authors examined how the doctors' decisions have changed. Two possible causes are identified: Physicians' long term goals changed; they also reassessed their actual opportunities. Increased access to information, accompanied by a shift in relative costs and benefits, prompted them to reevaluate their decision.

**Von der "Poliklinik" in die Kassenarztpraxis:
Versuch einer Rekonstruktion
der Entscheidungssituation
ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland**

Jürgen Wasem

92/5

Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
Lothringer Str. 78
D-5000 Köln 1
Federal Republic of Germany

MPIFG Discussion Paper 92/5
ISSN 0933-5668
Juli 1992

92/1234
Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Bibliothek

PLA-7/9205
24543000

| | | | |
|-----------|---------------------------------------|-----------|----------------|
| (RFC822): | mpi@mpi-fg-koeln.mpg.dbp.de | Telephone | 0221 / 33605-0 |
| (X400): | S=mpi;O=mpi-fg-koeln;P=mpg;A=dbp;C=de | Fax | 0221 / 3360555 |
| (PSI): | PSI%4505011006::MPI | | |

Abstract

During the year before reunification, a majority of physicians in the German Democratic Republic seemed to favor maintaining many elements of their established ambulatory health care system. After the East German states' accession to the FRG, however, the physicians' decisions to become office-based contributed to a rapid alignment of the health care systems in the East and the West. Using a rational choice approach, this paper analyzes how the doctors' decisions have changed. Two possible causes are identified. Physicians' long-term goals changed; they also reassessed their actual opportunities. Increased access to information, accompanied by a shift of relative costs and benefits resulting from the actions of corporate and individual actors, prompted them to reconsider their decision. Based on their anticipation of the probability that certain features would prevail in their prospective medical practices, they had to recalculate their chances. These elements triggered a dynamic process in which the advantages of switching to an office-based practice grew continuously.

* * * * *

Der Beitrag untersucht auf der Grundlage eines Erklärungsansatzes rationaler Wahlhandlungen, warum die ambulant tätigen Ärzte im Gebiet der ehemaligen DDR durch ihre Entscheidung zur Niederlassung als Kassenarzt nach dem Beitritt zur Bundesrepublik wesentlich zu einer raschen Angleichung des ostdeutschen an das westdeutsche Gesundheitswesen beigetragen haben, obwohl eine große Mehrheit von ihnen zunächst offenbar gegenteilige Präferenzen artikuliert hatte. Ein Wandel von Zielpräferenzen sowie eine einerseits durch eine veränderte Informationslage andererseits durch eine durch Handlungen korporativer wie individueller Akteure bewirkte Verschiebung relativer Preise bedingte Neukalkulation von Eintrittswahrscheinlichkeiten der den Entscheidungsalternativen zurechenbaren Eigenschaften werden als mögliche Ursachen identifiziert, deren Zusammenwirken in einen dynamischen Prozeß kontinuierlicher Erhöhung des Nutzens des Wechsels in die Kassenarztpraxis münden.

Inhalt*

| | |
|--|----|
| Abstract | 2 |
| 1. Einleitung | 5 |
| 2. Von "unterschiedlichen" zu "ähnlichen" Versorgungssystemen | 6 |
| 2.1 Unterschiedliche Versorgungssysteme als Ausgangspunkt | 6 |
| 2.2 Der Niederlassungsprozeß | 8 |
| 3. Zur Entscheidungssituation der ambulant tätigen Ärzte | 11 |
| 3.1 Vorüberlegungen | 11 |
| 3.2 Versuch einer Modellierung und Rekonstruktion des Entscheidungsfeldes in der "Ausgangssituation" | 17 |
| 3.3 Die Veränderung des Entscheidungsfeldes | 24 |
| 3.3.1 Veränderung der Präferenzen, der Informationen oder der "relativen Preise"? | 24 |
| 3.3.2 Überblick über die relevanten Akteure | 30 |
| 3.3.3 Rahmenbedingungen durch die Akteure auf der Bundesebene <i>Gesetzliche Rahmenbedingungen: Sozialunion, Kassenvertragsgesetz, Einigungsvertrag</i> | 33 |
| <i>Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverbänden</i> | 36 |
| 3.3.4 Rahmenbedingungen durch die Akteure auf der Landesebene <i>Die "Transformationspolitik" der neuen Länder</i> | 41 |
| <i>Die Politik von KVen und Krankenkassenverbänden</i> | 45 |
| 3.3.5 Rahmenbedingungen durch die Akteure auf der Mikroebene <i>Das Verhalten der Träger der Einrichtungen</i> | 46 |
| <i>Patienten-Verhalten</i> | 50 |
| <i>Die Beziehungen der Ärzte untereinander</i> | 53 |
| 4. Ein zusammenfassender Erklärungsversuch | 56 |
| Literatur | 59 |

* Für hilfreiche Anmerkungen zu einer früheren Fassung des Beitrags danke ich Marian Döhler, Philip Manow-Borgwardt, Renate Mayntz, Heinz Rothgang, Fritz W. Scharpf, Uwe Schimank und Raymund Werle sowie den Teilnehmern der Tagung des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik im November 1991.

1. Einleitung

Die grundsätzliche Unterschiedlichkeit der Gesellschaftssysteme zwischen Bundesrepublik und (ehemaliger) DDR zeigte sich auch im Gesundheitswesen - und dort am deutlichsten in der Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung, wo sich "Einzelpraxis des freiberuflichen Arztes" einerseits und "Poliklinik mit angestellten Ärzten" andererseits gegenüberstanden. Nach dem Fall der Mauer lebte in der Bundesrepublik rasch eine normative Diskussion auf, ob der Poliklinik auch nach einer Vereinigung der beiden deutschen Staaten eine Existenzberechtigung - in den neuen Ländern (oder auch in der bisherigen Bundesrepublik) - eingeräumt werden sollte (vgl. etwa Arnold/Schirmer 1990; Harych 1990; Henke 1990; Huber 1990; Weiss/Wolfram/Köhler 1990). Diese normative Diskussion, die sich zu Überlegungen zuspitzte, ob poliklinische Einrichtungen unter Umständen gar als Ausgangspunkt für eine "bessere" (d.h. effizientere oder effektivere) Synthese beider Gesundheitssysteme dienen könnten, soll hier allerdings nicht fortgesetzt werden.

In vorliegendem Beitrag soll vielmehr das Entscheidungsverhalten der ambulant tätigen Ärzte in Ostdeutschland im Prozeß der Vereinigung der beiden Gesundheitssysteme untersucht werden: Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme hatten die Vertragsparteien des ersten Staatsvertrages¹ und des Einigungsvertrages² die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen auf dem Gebiet der ehemaligen DDR festzulegen. Anders als in den meisten übrigen Rechtsgebieten, in denen bundesdeutsche Institutionen und Strukturen im Vereinigungsprozeß definitiv auf das Beitrittsgebiet erstreckt wurden, entschieden sich die Vertragsparteien hierbei für einen gesetzlichen Rahmen, der die potentielle Entwicklung der Strukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung im Beitrittsgebiet a priori noch nicht eindeutig determinierte. Vielmehr hätte der vergleichsweise offene Rechtsrahmen des Einigungsvertrages mehrere Entwicklungspfade zugelassen: Eine dauerhafte Dominanz poliklinischer Versorgungsformen wäre ebenso möglich gewesen, wie ein "Mischsystem", ein Spektrum unterschiedlicher Dynamiken eines Übergangs zum westdeutschen System einschließend.

Bereits nach nur einem Jahr seit Beitritt zur Bundesrepublik hatte sich unter den potentiellen Entwicklungspfaden der ambulanten ärztlichen Versorgung ein spezifischer - die extrem rasche Angleichung der Organisationsstrukturen

1 Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik vom 18.05.1990 (Gesetz vom 25.06.1990; BGBl. II: 517).

2 Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik vom 31.08.1990 (Gesetz vom 23.09.1990; BGBl. II: 885).

- realisiert. Dieser war nur deswegen möglich geworden, weil die bislang in Polikliniken beschäftigten Ärzte sich in ihrer großen Mehrheit als Kassenärzte niedergelassen haben. Die Ursachen dieses Prozesses sind Gegenstand der folgenden Untersuchung (Abschn. 3). Zuvor sollen allerdings der Ausgangspunkt (unterschiedliche Versorgungssysteme) und die beobachtbare Entwicklung (Niederlassungsprozeß) näher skizziert werden (Abschn. 2).

Die Untersuchung stützt sich auf unterschiedliches empirisches Material: Neben einer Dokumentenauswertung (Verträge, Abmachungen, Presse etc.) wurden insbesondere rd. 40 ausführliche Interviews mit Beteiligten auf den verschiedenen Ebenen geführt. Darüber hinaus stand der Datensatz der von Infratest Gesundheitsforschung/ ISOG Medizinsoziologie/ ZEG im vierten Quartal 1990 durchgeführten repräsentativen DDR-Ärztebefragung "Arztbarometer I" zur Verfügung.

2. Von "unterschiedlichen" zu "ähnlichen" Versorgungssystemen

2.1 Unterschiedliche Versorgungssysteme als Ausgangspunkt

Als Ergebnis einer mehrere Jahrzehnte währenden staatlichen Politik wurde die ambulante Versorgung zu Ende der achtziger Jahre in der DDR fast vollständig durch "Einrichtungen" wahrgenommen, in denen ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter gegen festes Gehalt beschäftigt waren.³ Die Einrichtungen wurden insbesondere nach ihrer Größe, der Zahl der beschäftigten Arztgruppen und ihrer Spezialisierung unterschieden in: Polikliniken, Ambulatorien, Ambulanzen, staatliche Arztpraxen.⁴ Ärzte in eigener Niederlassung

3 In geringem Umfang erhielten die angestellten Ärzte zusätzlich zum Gehalt "Prämien", die u.a. an der Konsultationszahl je Arzt orientiert waren (Arnold/Schirmer 1990: 94); seit 1988 wurde außerdem mit einem "leistungsorientierten Gehaltszuschlag" experimentiert (Arnold/ Schirmer 1990: 114).

4 1989 waren von den rd. 22.000 ambulant tätigen Ärzten der ehemaligen DDR ca. 12.500 in den 626 Polikliniken und ca. 3.800 Ärzte in den 1.020 Betriebsambulatorien beschäftigt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: 114-117; Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung 1991: 274-276). Die Zahl der in den 124 Ambulanzen und 1.635 staatlichen Arztpraxen beschäftigten Ärzte ist nicht gesondert ausgewiesen; für die staatlichen Arztpraxen wird die durchschnittliche Zahl auf rd. 2 - 3 Ärzte je Praxis geschätzt (Interview tjw18101; Kennzeichnung der Interviews: projektinterne Verschlüsselung).

stellten hingegen nur noch eine für die Sicherstellung der Versorgung unbedeutende Gruppe dar.⁵

Hinsichtlich der Trägerschaft war - wird von besonderen Einrichtungen für "privilegierte" Bevölkerungsgruppen⁶ abgesehen - insbesondere zu unterscheiden zwischen staatlichen Einrichtungen der "Territorialversorgung" und solchen des betrieblichen Gesundheitswesens. Eine "Verzahnung" zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurde u.a. dadurch angestrebt, daß Polikliniken und Ambulatorien der Territorialversorgung teilweise an Krankenhäuser angegliedert waren.⁷ Zahlreiche Krankenhäuser nahmen darüberhinaus durch sog. "Fachambulanzen" Aufgaben der ambulanten Versorgung wahr. Auch die Medizinischen Fakultäten der Universitäten und die Medizinischen Akademien waren schließlich mit ihren Polikliniken voll in die ambulante Basisversorgung integriert.⁸

Zu den Merkmalen der ambulanten Versorgung in der DDR war auch die beabsichtigte präventive Orientierung zu zählen, die u.a. durch die Verbindung von Arbeitsmedizin und Kuration im betrieblichen Gesundheitswesen⁹ und in der "Dispensaire-Betreuung"¹⁰ realisiert werden sollte.

Demgegenüber ist die ambulante ärztliche Versorgung in den alten Bundesländern weit überwiegend durch die Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes gekennzeichnet (auch wenn der Anteil der Ärzte in Gemeinschaftspraxen¹¹ stetig zunimmt¹²), der als Angehöriger eines "freien Berufs"¹³

5 1989 waren 341 Ärzte in eigener Niederlassung (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung 1990: 274); ein erheblicher Anteil von ihnen war bereits im Rentenalter, führte die Praxis daher nur noch in eingeschränktem Umfang. Auch angestellte Ärzte hatten allerdings die Möglichkeit, außerhalb der Dienstzeit gegen Privatliquidation zu behandeln - dies "wurde nicht nur in Einzelfällen betrieben" (Arnold/Schirmer 1990: 114).

6 Vgl. zu diesem Aspekt des DDR-Gesundheitswesens Volpp 1991; Apelt 1991.

7 Dies galt 1989 für 138 Polikliniken und 24 Ambulatorien (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung 1991: 277).

8 Von den 626 Polikliniken des Jahres 1989 waren 110 an den Universitätskliniken und Medizinischen Akademien angesiedelt (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung 1991: 277).

9 Vgl. einen Überblick bei Häussler/Schröder/Schulz 1990.

10 Vgl. hierzu Korbanka (1990: 37-38).

11 Von einer Gemeinschaftspraxis ist zu sprechen, wenn die an ihr beteiligten Ärzte unter einem Namen die kassenärztliche Tätigkeit ausüben, also

unternehmerisches Risiko eingeht und Einkünfte aus selbständiger Arbeit erzielt. Nur in geringem Umfang nehmen Ärzte aus Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen - sei es im Wege einer personenbezogenen Beteiligung oder Ermächtigung¹⁴, sei es im Wege einer Zulassung oder Ermächtigung der sie beschäftigenden Einrichtung¹⁵ - an der ambulanten Versorgung teil. Präventive Orientierung sowie Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind institutionell nur gering verankert.¹⁶

2.2 Der Niederlassungsprozeß

Von den Beteiligten aus den gesundheitspolitischen Institutionen wurde zum Zeitpunkt des Beitritts im allgemeinen eher ein langsamer Übergang in das westdeutsche System erwartet.¹⁷ Dies deckt sich mit einer Einschätzung auf der Basis der bis zu diesem Zeitpunkt von den ambulant tätigen Ärzten bekundeten Präferenzen: Nach Umfragen wie Experteninterviews wurde die Zahl der niederlassungswilligen Ärzte bis zum Sommer 1990 auf rd. 10-20

insbesondere auch nicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einzeln abrechnen; demgegenüber betreiben in einer Praxisgemeinschaft zusammengeschlossene Ärzte jeweils eigenverantwortlich ihre Kassenpraxis, nutzen jedoch gemeinsam Geräte oder Räume oder beschäftigen gemeinsam Mitarbeiter (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1991: 14-15).

- 12 In 1989 waren von den 69.861 zugelassenen Kassenärzten bereits 13.341 (= 19,1 v.H.) einer Gemeinschaftspraxis angeschlossen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1991a: 186, 194); allerdings ist der hohe Anteil von Gemeinschaftspraxen zwischen Ehepartnern und Verwandten (rd. 40 v.H.) zu berücksichtigen.
- 13 Zur im Zeitablauf zunehmenden Einengung der Freiberuflichkeit des Arzt-Berufes vgl. Geigant (1985: 315-322).
- 14 In 1989 nahmen 8.843 Krankenhausärzte über personenbezogene Beteiligungen oder Ermächtigungen an der kassenärztlichen Versorgung teil (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1991a: 186).
- 15 Die Zahl der zugelassenen oder ermächtigten Einrichtungen (Universitätspolikliniken, Sozialpädiatrische Zentren, Psychiatrische Institutsambulanzen) ist nicht veröffentlicht, die Zahl der über diese Einrichtungen ambulant tätigen Ärzte ist nicht bekannt.
- 16 Vgl. dazu: Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" (1990: 27-37, 111-112).
- 17 Vgl. etwa Interviews mjlw01102, mjlw01101, mmw06091, mjlw06081. Die These von Arnold/Schirmer (1990: 129), bei kaum einer anderen Berufsgruppe sei unmittelbar nach der Wende der Wunsch nach den westdeutschen Organisationsformen so deutlich geworden "wie bei den Ärzten und Zahnärzten", gilt nach dieser Einschätzung nur für einen relativ kleinen Kreis dieser Gruppe.

v.H. geschätzt.¹⁸ Seit diesem Zeitpunkt stieg die Zahl derjenigen Ärzte, die sich eine Niederlassung vorstellen konnten, allerdings stetig an: Im Juli 1990 hatten bereits rd. 25 v.H. der an für eine Untersuchung ausgewählten Polikliniken beschäftigten Ärzte einen Antrag auf Niederlassung gestellt (Schneider/Weiss/ Wolfram 1990: 9). Im vierten Quartal betrug die Quote der Ärzte, die eine Niederlassung - unter bestimmten Voraussetzungen - "bestimmt" beabsichtigen würden, bereits rd. 40 v.H., weitere 25 v.H. beabsichtigten sie "vielleicht", während nur noch 28 v.H. der Befragten eine Niederlassung definitiv ausschlossen.¹⁹

Der Niederlassungswunsch ging hierbei insbesondere von den jüngeren Ärzten aus (vgl. Tabelle 1), während die über 60-jährigen in hohem Maße in der Einrichtung verbleiben wollten (oder die Frage nicht beantworteten).

Tabelle 1: Niederlassungspläne ambulant tätiger Ärzte 4. Quartal 1990

| | Altersgruppe | | | | insgesamt |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | unter 40 | 40-50 | 50-60 | über 60 | |
| Niederlassung "bestimmt" | 220 (58%) | 210 (50%) | 148 (36%) | 20 (7%) | 598 (40%) |
| Niederlassung "vielleicht" | 138 (34%) | 105 (25%) | 122 (30%) | 20 (7%) | 377 (25%) |
| Niederlassung "nein" | 25 (7%) | 87 (21%) | 123 (30%) | 183 (65%) | 418 (28%) |
| keine Antwort | 7 (2%) | 14 (3%) | 14 (3%) | 57 (20%) | 92 (6%) |
| insgesamt | 382 (100%) | 416 (100%) | 407 (100%) | 288 (100%) | 1485 (100%) |

Quelle: Datensatz "Arztbarometer I" (Infratest Gesundheitsforschung/ ISOG Medizinsoziologie/ ZEG 1991)

Der tatsächlich in 1991 zu beobachtende Prozeß läßt sich als rasche Angleichung der Versorgungsstrukturen beschreiben: Waren Ende des 1. Quartals

18 Vgl. FAZ v. 17.08.1990; Interviews m1jw01102, m1jw01101, m1jw08101, m1jw22081, m1jw19083.

19 Vgl. Datensatz "Arztbarometer I" (Infratest Gesundheitsforschung/ISOG Medizinsoziologie/ZEG 1991).

rd. 35 v.H. der ehemals ambulant tätigen Ärzte in der Niederlassung, so waren es zur Jahresmitte bereits rd. 50 v.H. und im September rd. 60 v.H. (vgl. Abb. 1)²⁰. Ende 1991 waren bereits über 70 v.H. der ehemals ambulant tätigen Ärzte in der Niederlassung.²¹

Wird die Niederlassungsquote nach den Ländern des Beitrittsgebietes differenziert, zeigen sich markante Unterschiede (vgl. Abb. 2): In Sachsen-Anhalt und Thüringen waren die Niederlassungszahlen von Jahresbeginn an sehr hoch (Niederlassungsquote im Januar in Sachsen-Anhalt 55,4 v.H. und in Thüringen 36,9 v.H.). Daß die Niederlassungsquote in den Folgemonaten in Thüringen kontinuierlich anstieg, erscheint plausibel, während das temporäre Absinken der Niederlassungsquote in Sachsen-Anhalt auf Erfassungsfehler zum Jahresbeginn zurückzuführen sein könnte.²² In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen war die Niederlassungsquote demgegenüber

20 Die Zahl der insgesamt (also in Niederlassung und in Einrichtungen) zum jeweiligen Zeitpunkt tätigen Ärzte ist nicht bekannt. Die in den Abb. 1 bis 3 für Berechnungen verwendete Zahl der "insgesamt" tätigen Ärzte bezieht sich auf die ambulant tätigen Ärzte in Vollbeschäftigten-Einheiten am 31.12.1989 (Quelle: Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung 1991: 274-279). Insoweit sich die Zahl der insgesamt ambulant tätigen Ärzte in 1990 und 1991 verändert hat, unter- oder überzeichnet die ausgewiesene Niederlassungsquote das tatsächliche Geschehen. Eine Verringerung der Zahl insgesamt ambulant tätiger Ärzte kann insbesondere durch folgende Faktoren beeinflusst worden sein: Migration ostdeutscher Ärzte nach Westdeutschland; Ausscheiden aus dem ambulanten Sektor (Berufsaufgabe, Verrentung etc.). Die Daten zur Niederlassung in 1991 (sie wurden dem Verfasser von der KBV übermittelt) spiegeln die Zahl der Ärzte wider, die Abschlagszahlungen auf ihr Honorar erhalten haben - diese Zahl liegt niedriger als die Zahl der Ärzte, die zugelassen, d.i. in das Arztregister eingetragen, sind, da ein (zunehmend geringer werdender) Teil der Ärzte offensichtlich die Niederlassung beantragt hat, ohne tatsächlich sofort als Niedergelassene an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen.

21 Telephonische Auskunft der KBV. Daten für die Monate Oktober 1991 ff. konnten dem Verfasser bis Redaktionsschluß dieses Beitrags nicht mehr in aufbereiteter Form zur Verfügung gestellt werden.

22 Einerseits ist es möglich, daß im Januar - und in geringerem Umfang auch im Februar - insoweit eine Übererfassung sich niederlassender Ärzte vorliegt, als auch Abschlagszahlungen an Ärzte gegangen sind, die sich zwar in das Arztregister eingetragen haben, sich jedoch nicht als Niedergelassene betätigt haben - die KV Sachsen-Anhalt sieht sich leider nicht in der Lage, eine solche Übererfassung anhand der Abrechnungen der tatsächlich behandelnd tätigen Ärzte zu quantifizieren. Zum anderen könnte sich tatsächlich die Zahl der niedergelassenen Ärzte durch Praxisaufgabe oder durch Übersiedlung in den Westen verringert haben. Für Ärzte mit Niederlassungsambitionen im Westen würde es deswegen Sinn machen, sich zunächst im Osten als Kassenarzt niederzulassen, weil unter dieser Voraussetzung die bei sofortiger Niederlassung im Westen ansonsten nachzuweisende kassenärztliche Vorbereitungszeit entfällt.

zum Jahresbeginn 1991 spürbar niedriger (mit Werten unter 25 v.H.), stieg sodann allerdings (mit einem erheblichen "Sprung" zum Ende des ersten Quartals) an. In Ost-Berlin war die Niederlassungsquote schließlich zu jedem Zeitpunkt deutlich am niedrigsten - hier soll sie allerdings zum Jahreswechsel 1991/92 spürbar angestiegen sein.²³

Deutliche Unterschiede hat es auch bei einer Differenzierung der Niederlassungen nach ärztlichen Fachgruppen gegeben (vgl. Abb. 3): Ende September 1991 waren etwa von den eher primärärztlich tätigen Gruppen (Allgemein-/Praktische Ärzte, Internisten, Gynäkologen) mehr als zwei Drittel in der Niederlassung, während am anderen Ende des Spektrums nur 14 v.H. der Radiologen und nur 8 v.H. der Lungenärzte in der Niederlassung waren.

Der weitaus größte Teil der Niederlassungen erfolgte hierbei im Rahmen von Mietverträgen mit den Eigentümern der Gebäude, in denen bislang die Einrichtungen tätig waren, d.i. zumeist die Kommune.²⁴ Quantifizierende Aussagen über die Zahl von Praxisgemeinschaften und Gruppenpraxen sind nicht möglich - überwiegend wird ihr Anteil an den Niederlassungen als gering angesehen.²⁵

3. Zur Entscheidungssituation der ambulant tätigen Ärzte

3.1 Vorüberlegungen

Hatte nach der Wende in der DDR 1989/90 zunächst offenbar nur eine Minderheit der ambulant tätigen Ärzte Sympathien für die Niederlassung bekundet, so stieg der niederlassungswillige Teil dann aber deutlich an und mündete schließlich in der Niederlassung der weit überwiegenden Zahl. Der diesem Phänomen zugrunde liegende Entscheidungsprozeß soll im folgenden untersucht werden.

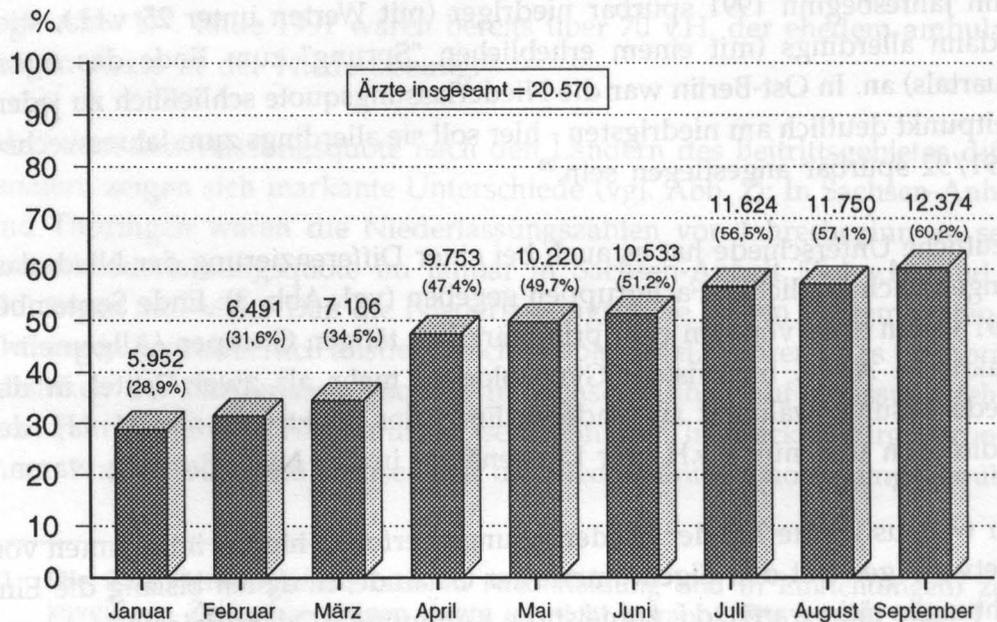
Zunächst könnte in Frage gestellt werden, ob das Paradigma "rationaler Wahlhandlungen" einen geeigneten analytischen Bezugsrahmen für den zu entwickelnden Erklärungsansatz darstellt: Zwar hat dieses Paradigma einerseits in jüngerer Zeit auch außerhalb der Ökonomie in den Sozialwissenschaf-

23 Vgl. Interview mjw14011.

24 Vgl. Interviews mjw01102, mjw08101, mew20091, mjw22081, mew19082.

25 Vgl. Interviews mjw01102, mjw01101, mjw22081; a.M. (für Sachsen): mew20091.

Abbildung 1: Zahl der niedergelassenen Ärzte in 1991 und Anteil an der Gesamtzahl ambulant tätiger Ärzte

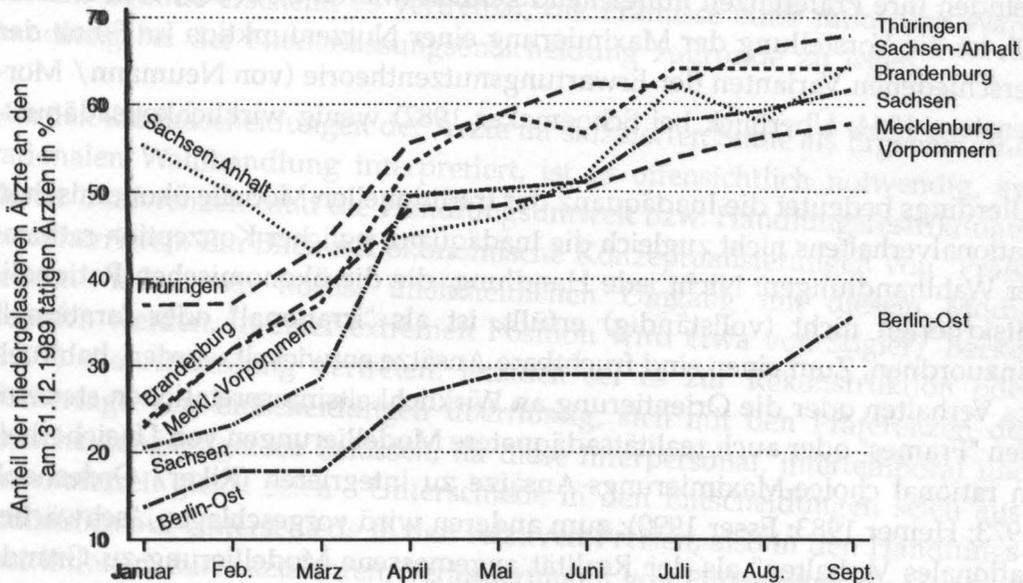


Berechnet nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Februar 1992.

ten stetig wachsende Zustimmung gefunden (vgl. Überblicke bei Wiesenthal 1987; Turner 1991), die insbesondere auf der Ablehnung zum einen des "Sociological Man" als einer ausschließlich normgesteuert oder habituell handelnden Einheit zum anderen der einer angemessenen Mikrofundierung ermangelnden funktionalistischen und systemtheoretischen Ansätze basiert (vgl. Opp 1984; Esser 1990). Andererseits ist der Modellierung des Konzeptes rationaler Wahlhandlungen durch die Ökonomie - zu Recht - fehlende Realitätsnähe vorgeworfen worden: Dies gilt sowohl in Bezug auf die offensichtliche "Überschätzung" der intellektuellen Kapazitäten der Individuen durch die ökonomischen Nutzenmaximierungsmodelle als auch in Bezug auf die empirischen Beobachtungen insbesondere durch die (Sozial-)Psychologie, daß Menschen eben nicht in jeder Situation die bei Gegenüberstellung der situationsspezifischen Kosten und Nutzen der Handlungsalternativen nutzenmaximierende Strategie wählen (Simon 1955, 1956; Kahneman/ Tversky 1979; Tversky/ Kahneman 1986; Überblicke: Dawes 1988; Hogarth 1987). Auch Ökonomen diskutieren die Begrenzungen des Anwendungsbereiches der spezifischen ökonomischen Ausgestaltung dieses Paradigmas zunehmend kritisch (etwa Arrow 1987; Lucas 1986; Tietzel 1988).

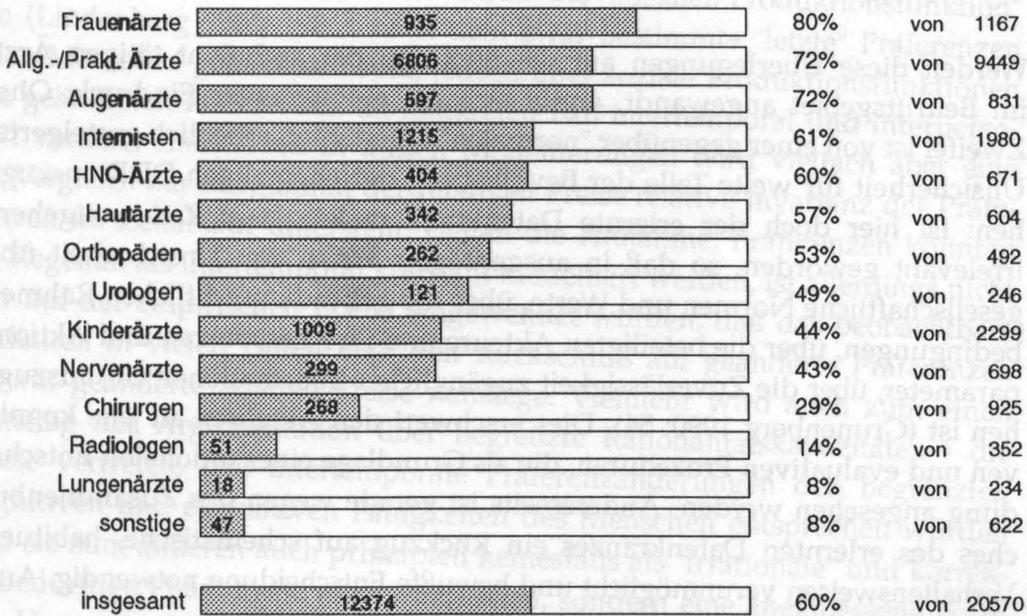
Besondere Skepsis erscheint gegenüber dem Realitätsbezug der Modellierung von Unsicherheit in ökonomischen Ansätzen rationaler Wahlhandlungen angebracht: In Situationen "genuiner" Unsicherheit (Elster 1983: 12), in denen

Abbildung 2: Anteil der Niederlassungen in 1991 nach Bundesländern



Berechnet nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Februar 1992.

Abbildung 3: Zahl und Anteil der niedergelassenen Ärzte im September 1991 nach Fachgruppen



Berechnet nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Februar 1992

das Benennen-Können von Wahrscheinlichkeitsverteilungen über zu erwartende Zustände nicht möglich ist, da nicht bekannt ist, welche Zustände erwartbar sind, ja in denen nicht einmal vorausgesetzt werden kann, daß die Handelnden ihre Präferenzen hinreichend kennen (March 1978: 589; Tietzel 1988: 50), ist die Vorstellung der Maximierung einer Nutzenfunktion im Sinne der verschiedenen Varianten der Erwartungsnutzentheorie (von Neumann/ Morgenstern 1944; Überblick bei Schoemaker 1982) wenig wirklichkeitsadäquat.

Allerdings bedeutet die Inadäquanz der traditionellen Modelle ökonomischen Rationalverhaltens nicht zugleich die Inadäquanz jeglicher Konzeption rationaler Wahlhandlungen: Nicht jede Handlung, die die ökonomischen Rationalitätskriterien nicht (vollständig) erfüllt, ist als "irrational" oder "arational" einzuordnen. Zum einen sind fruchtbare Ansätze entwickelt worden, habituelles Verhalten oder die Orientierung an Wirklichkeitsinterpretationen steuernden "Frames" oder auch realitätsadäquatere Modellierungen von Unsicherheit in rational choice-Maximierungs-Ansätze zu integrieren (Riker/ Ordeshook 1973; Heiner 1983; Esser 1990); zum anderen wird vorgeschlagen, "schwächer rationales Verhalten" als der Realität angemessene Modellierung zu Grunde zu legen: Etwa wird (nur noch) verlangt, die Handlungen müßten unter Einbezug der angenommenen oder beobachtbaren Rahmenbedingungen und Wirkungen intentional auf die Präferenzen des Akteurs orientiert sein, die eingesetzten Mittel also in Bezug auf die angestrebten Ziele - die (entsprechend der Modellierung in Maximierungsansätzen) nicht auf ihre "Rationalität" überprüft werden²⁶ - "angemessen" sein (Langlois 1987: 228-230).

Werden diese Überlegungen auf die Situation der ambulant tätigen Ärzte im Beitrittsgebiet angewandt, ergibt sich ein ambivalenter Eindruck: Ohne Zweifel ist von einer gegenüber "normalen" Situationen erheblich gesteigerten Unsicherheit für weite Teile der Bevölkerung der ehemaligen DDR auszugehen: Ist hier doch der erlernte Datenkranz in kürzester Zeit weitgehend irrelevant geworden, so daß in ausgeprägter Weise von Unsicherheit über gesellschaftliche Normen und Werte, über die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, über die beteiligten Akteure und ihre Ressourcen und Aktionsparameter, über die Zuverlässigkeit zugänglicher Informationen etc. auszugehen ist (Grunenberg 1990: 54). Dies erschwert den Akteuren all jene kognitiven und evaluativen Prozeduren, die als Grundlage einer rationalen Entscheidung angesehen werden. Andererseits ist gerade wegen des Zusammenbruches des erlernten Datenkranzes ein Rückzug auf schematische, habituelle Verhaltensweisen verunmöglicht und bewußte Entscheidung notwendig. Auch

26 Vgl. zu "breiten" Rationalitätskonzepten, die die Überprüfung der "Vernünftigkeit" der Ziele beinhalten, etwa Elster (1983: 33-42).

handelt es sich bei den Ärzten um eine Personengruppe, die aufgrund von Ausbildung und Tätigkeit in abwägenden Entscheidungen "geübt" sind. Aus diesem Grunde erscheint es vertretbar, die Prämisse einer rationalen Wahlhandlung bei der Niederlassungsentscheidung zugrunde zu legen.

Werden die Entscheidungen der Ärzte im skizzierten Sinne als Ergebnis einer rationalen Wahlhandlung interpretiert, ist es offensichtlich notwendig, auf deren "Präferenzen" und die Handlungsumwelt bzw. Handlungsrestriktionen zu rekurren. Ein Blick auf ökonomische Konzeptualisierungen von "Präferenzen" läßt einen höchst uneinheitlichen Umgang mit diesem Modul deutlich werden. In einer extremen Position wird etwa von Stigler/ Becker (1977) die Auffassung vertreten, letztlich sei es zur Rekonstruktion oder Vorhersage von Entscheidungen überflüssig, sich mit den Präferenzen der Entscheidungsträger zu befassen, da diese interpersonal, intertemporal und interkulturell gleich seien - Unterschiede in den Entscheidungen seien ausschließlich auf Unterschiede in den relativen Preisen, also in den Handlungsrestriktionen, zurückzuführen; Veränderungen von Präferenzen sind im Becker/ Stigler-Modell aufgrund ihrer postulierten Stabilität per se irrelevant.

Demgegenüber geht der mikroökonomische Standardansatz davon aus, daß jedes Individuum über einen spezifischen Präferenzenset verfügt (die "Indifferenzkurve" also für jeden einen unterschiedlichen Verlauf annimmt). Eine "vermittelnde" Position nimmt der Ansatz der "sozialen Produktionsfunktion" ein (Lindenberg 1984; 1986), nach dem zwar bestimmte "letzte" Präferenzen allen Menschen gemeinsam sind, jedoch über soziale Produktionsfunktionen die geäußerten Präferenzen im konkreten Fall intertemporal und interpersonell variabel sind. Auch in diesen Modellierungen wird vielfach aber eine im Vergleich zur Reagibilität der relativen Preise relative Invarianz der Präferenzen im Zeitablauf unterstellt. Gegen die Annahme, Präferenzen könnten im Regelfall als intertemporal konstant modelliert werden, ist allerdings nicht nur auf der empirischen Ebene eingewendet worden, daß das beobachtbare Verhalten in vielen Fällen eher den Rückschluß auf geänderte Präferenzen als auf geänderte relative Preise nahelege. Vielmehr wird auch zum einen - analog der Argumentation über begrenzte Rationalitätskapazitäten - die These vertreten, daß intertemporale Präferenzänderungen den begrenzten kognitiven und evaluativen Fähigkeiten des Menschen entsprechen würden und sie zum anderen auch prinzipiell keinesfalls als "irrationale" und korrekturbedürftige Phänomene anzusehen seien, sondern eine angemessene Form des Umgangs des Individuums mit etwa den Problemen des Zeithorizonts, des nur losen Zusammenhangs zwischen Präferenzen, eigenem Handeln und eintretenden Ergebnissen, des Phänomens lexikographischer Präferenzen etc. darstellen würden (March 1978). Auch in der Ökonomie sind vereinzelt Ver-

suche unternommen worden, Veränderungen im Entscheidungsverhalten als auf Präferenzänderungen zurückführbar zu modellieren; hier dominieren insbesondere Arbeiten zu modellendogenen, also aus dem ökonomischen Datensatz ableitbaren, Präferenzänderungen (v. Weizsäcker 1971).

Uneinheitlich ist in der Literatur die Abgrenzung der Präferenzen zu den constraints: Während sich etwa in der ökonomischen Indifferenzkurvenanalyse der Präferenzbegriff ausschließlich auf die sich im Verlauf der Indifferenzkurvenschar niederschlagenden Zielvorstellungen bezieht, die sich unter Einbezug der Handlungsrestriktionen (hier konkret: der sich in der Budgetgeraden niederschlagenden Budgetbegrenzung) ergebenden Bewertungen der Handlungsalternativen hingegen nicht unter dem Präferenzbegriff subsumiert werden, wird in der spieltheoretischen Darstellungsweise der Präferenzbegriff auf die Payoff-Matrix bezogen, in der Zielvorstellungen und die sich durch die Interaktion mit anderen ergebenden erwarteten Auszahlungen bereits verrechnet sind. Im folgenden soll - einen Vorschlag Scherhorns (1981: 172) aufgreifend - zwischen "Zielpräferenzen" und "Handlungspräferenzen" unterschieden werden: Von "Zielpräferenzen" soll gesprochen werden, soweit die Zielvorstellungen und Wertmaßstäbe des handelnden Subjekts angesprochen sind. Demgegenüber sollen unter "Handlungspräferenzen" die relativen Bewertungen von Handlungsalternativen durch einen Handelnden im Lichte seiner Zielpräferenzen verstanden werden. Zielpräferenzen beziehen sich somit auf Endzustände der Welt, ohne zu fragen, wie diese erreicht werden können. Handlungspräferenzen beziehen sich hingegen auf Handlungen, mit denen bestimmte Endzustände angestrebt werden und ergeben sich aus subjektiven Vermutungen über die Verknüpfung von Handlungen und Handlungsfolgen. Bei der Bewertung von Handlungsalternativen stellt der Entscheidende deren jeweilige subjektive Kosten und deren jeweiligen subjektiven Nutzen in Bezug auf die Erreichung seiner Zielpräferenzen gegenüber; der jeweilige Nettonutzen der einzelnen Handlungsalternativen wird gebildet und über die verschiedenen Handlungsalternativen verglichen. Die "Handlungspräferenzen" spiegeln daher den Prozeß der Kosten-Nutzen-Abwägung der Handlungsalternativen in Bezug auf die "Zielpräferenzen" wider.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen soll im folgenden zunächst versucht werden, das Entscheidungsfeld für die "Ausgangssituation" zu modellieren und rekonstruieren, in der sich die ambulant tätigen Ärzte nach Revolution²⁷ und Wende befunden hatten (Abschn. 3.2.). Anschließend rückt die

27 Zur Diskussion, ob der Begriff "Revolution" den Sachverhalt angemessen beschreibe, vgl. etwa Porsch/Abraham (1991: 291-292), Tietzel/Weber/ Bode (1991: 33-53), Opp (1991: 302).

Veränderung des Entscheidungsfeldes im Zeitablauf in den Mittelpunkt der Betrachtung (Abschn. 3.3).

3.2 Versuch einer Modellierung und Rekonstruktion des Entscheidungsfeldes der Ärzte in der "Ausgangssituation"

Als "Ausgangssituation" soll die "erste Phase" nach Revolution und Wende in der DDR verstanden werden, die zeitlich vom Sturz Honeckers bis in den Januar 1990 datiert werden könnte. Eine reale Entscheidungssituation in Bezug auf alternative Handlungen besteht in dieser Situation noch nicht, da Niederlassungen entsprechend den Rahmenbedingungen der "alten" DDR noch nicht möglich sind. Sie werden allerdings seit dem Fall der Mauer als Möglichkeit der Ausübung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit diskutiert. Die genannten Einschätzungen der Beobachter über die "Handlungs"-Präferenzen der Ärzte und der folgende Versuch einer Modellierung und Rekonstruktion beziehen sich daher für die Ausgangssituation auf die Fragestellung "Wenn Sie sich niederlassen könnten: Würden Sie dies tun?"

Die Modellierung geht davon aus, daß die Akteure (Ärzte) nur zwei Handlungsalternativen haben: Verbleib in der Poliklinik (V) oder Niederlassung (N); von Differenzierungen, etwa des Typs "Niederlassung ja, aber in einer Gruppenpraxis" wird somit abgesehen. Für jeden der j ($j = 1, \dots, J$) Ärzte stiftet jede der beiden Alternativen einen subjektiven erwarteten Nettonutzen (SEU), also $SEU(V)_j$ für die Entscheidung zum Verbleib in der Poliklinik und $SEU(N)_j$ für die Niederlassungsentscheidung. Der SEU-Wert hängt von den Eigenschaften beider Alternativen ab, die von den Individuen entsprechend ihrer Zielpräferenzen positiv oder negativ bewertet werden.²⁸ Da die den Nutzen bestimmenden Eigenschaften nicht vollständig rekonstruierbar sind, wäre eine stochastische Modellierung einer Nutzenfunktion adäquat (vgl. etwa Ronning 1991: 70), worauf aus Vereinfachungsgründen jedoch verzichtet werden soll.

$Z = (Z_1, Z_2, \dots, Z_M)$ stellt einen Vektor m verschiedener ($m = 1, \dots, M$) Eigenschaften der beiden Handlungsalternativen V bzw. N dar. Entsprechend der individuellen Zielpräferenzen stiften diese Eigenschaften für den einzelnen Arzt j mehr oder weniger hohen Nutzen und/ oder verursachen mehr oder weniger hohe Kosten. Somit stellt $U_{vmj}(Z_{vmj})$ den bei Verbleib in der

28 Zur Modellierung über die nutzenstiftenden Eigenschaften von Handlungsalternativen vgl. Lancaster (1971).

Poliklinik durch Eigenschaft Z_m für Arzt j ausgelösten Bruttonutzen dar, während $U_{Nmj}(Z_{Nmj})$ den durch dieselbe Eigenschaft bei Niederlassung ausgelösten Bruttonutzen darstellt. Entsprechend stehen $K_{Vmj}(Z_{Vmj})$ und $K_{Nmj}(Z_{Nmj})$ für die durch die Eigenschaft Z_m für Arzt j ausgelösten Kosten bei Realisierung des Verbleibs in der Poliklinik bzw. bei Niederlassung. Allerdings kann die Zuordnung der m Eigenschaften zu den beiden Handlungsalternativen vom Arzt nur vermutet werden: Daß V bzw. N diese Eigenschaften aufweisen, wird vom einzelnen Arzt j daher mit den Wahrscheinlichkeiten $p_{Vj} = (p_{V1j}, p_{V2j}, \dots, p_{Vmj})$ bzw. $p_{Nj} = (p_{N1j}, p_{N2j}, \dots, p_{Nmj})$ erwartet (mit $0 \leq p_{Vj}, p_{Nj} \leq 1$), so daß $U^*_{Vmj} = p_{Vmj} * U_{Vmj}(Z_{Vmj})$ bzw. $U^*_{Nmj} = p_{Nmj} * U_{Nmj}(Z_{Nmj})$ die mit den subjektiven Eintrittswahrscheinlichkeiten gewichteten Bruttonutzen (Erwartungsbruttonutzen) der Handlungsalternativen darstellen.²⁹ Wird die Möglichkeit kardinalen Nutzenvergleiches unterstellt, ergibt Aggregation über die m Sachverhalte:

$$U(V)_j = \sum_m U^*_{Vmj} \quad \text{bzw.} \quad U(N)_j = \sum_m U^*_{Nmj}$$

und

$$K(V)_j = \sum_m K^*_{Vmj} \quad \text{bzw.} \quad K(N)_j = \sum_m K^*_{Nmj}$$

Der subjektiv erwartete Nettonutzen des Verbleibs im poliklinischen Beschäftigungsverhältnis ist dann die Differenz des darauf bezogenen erwarteten Bruttonutzens und der darauf bezogenen erwarteten Kosten:

$$SEU(V)_j = U(V)_j - K(V)_j,$$

Entsprechend gilt für den erwarteten Nettonutzen einer Niederlassung:

$$SEU(N)_j = U(N)_j - K(N)_j.$$

Wenn - wie gesehen - für die Ausgangssituation vielfach die These vertreten wird, daß eine große Mehrheit der ambulant tätigen Ärzte den Verbleib in der Poliklinik gegenüber einem Wechsel in die Niederlassung präferiert hätte, bedeutet dies, daß für solche Ärzte gegolten haben muß:

²⁹ Geht Arzt j etwa davon aus, daß Handlungsalternative V die Eigenschaft Z_m "mit Sicherheit" aufweisen wird, Handlungsalternative N dieselbe Eigenschaft "mit Sicherheit" nicht aufweisen wird, so folgt daraus: $p_{Vmj} = 1$ und $p_{Nmj} = 0$.

SEU (V) > SEU (N).

Im folgenden wird versucht, die zu den von den Ärzten vermuteten Eigenschaften der Handlungsalternativen und deren Bewertung aufgrund ihrer Zielpräferenzen verfügbaren Informationen auszuwerten. Danach ergibt sich folgendes Bild:³⁰

Von den Gesprächspartnern wurde regelmäßig betont, für viele Ärzte sei die dominierende Zielpräferenz darauf gerichtet gewesen, "gute Medizin" betreiben zu können; dies sei etwa auch wichtiger gewesen als die Möglichkeit, ein hohes Einkommen erzielen zu können.³¹ Auch wird die These vertreten, ein hervorgehobener sozialer Status sei bedeutender als ein hohes Einkommen gewesen (Wiesenhütter 1991: 24). Angesichts der faktisch geringeren Bedeutung von Einkommensdifferenzen, die der Bevölkerung der DDR auch in ihrer Sozialisation vermittelt wurden,³² erscheint diese Präferenzstruktur nachvollziehbar. Andererseits wird die These vertreten, die DDR-Gesellschaft habe ihren Ärzten gerade keine ideell herausgehobene Position zuerkannt, was in Verbindung mit eher unterdurchschnittlichen Einkommen aller im Gesundheitswesen Beschäftigten zur Zeit der DDR zur Demotivation großer Teile der Ärzteschaft geführt habe (Arnold/ Schirmer 1990: 115). Das Einkommensmotiv wird auch unter den Bestimmungsfaktoren zur Flucht (bzw. später: Übersiedlung) von Ärzten in die Bundesrepublik genannt.

Neben dem Ziel "gute Medizin" betreiben zu können und dem Einkommensziel werden von Gesprächspartnern insbesondere folgende weitere Aspekte genannt: Der "Arbeitsplatzsicherheit", also der Möglichkeit, den ärztlichen Beruf überhaupt ausüben zu können, wird hohes Gewicht beigemessen. Es wird von einer ausgeprägten Abneigung gesprochen, "finanzielle Risiken" einzugehen; dies habe für ältere Ärzte, Ärztinnen und - was teilweise mit

30 Quantitative Daten über die Zielpräferenzen der ambulant tätigen Ärzte in der "Ausgangssituation" liegen - soweit bekannt - nicht vor. Die folgende Skizze basiert daher - neben der Auswertung von Literatur - auf der Auswertung von Interviews mit Beteiligten. Diese wurden seit Frühjahr 1991 erhoben. Die aus diesem "time lag" zur "Ausgangssituation" resultierenden Fehlerquellen (Re-Interpretation der Vergangenheit im Lichte zwischenzeitlicher Entwicklungen) müssen in Kauf genommen werden.

31 Vgl. Interviews mjw16012, mjw08101, mew19081. Vgl. auch Wiesenhütter (1991: 24).

32 Die beobachtbaren Einkommensunterschiede zeigen allerdings ein uneinheitliches Bild: So verlief das Gehaltsprofil zwischen verschiedenen Wirtschafts- und Tätigkeitsbereichen wesentlich flacher als in der Bundesrepublik (Gornig/Schwarze 1990), während die Differenzierung nach Qualifikationsniveau annähernd der westdeutschen entsprach (Frick/Krause/Schwarze 1991).

dem Merkmal Ärztin zusammenfällt - Teilzeitbeschäftigte in besonderem Maße gegolten. Hinsichtlich der Organisation des Arbeitsablaufes stehen schließlich einerseits Wünsche nach Entlastung von nicht-ärztlichen, insbesondere: administrativen, Aufgaben und nach Selbständigkeit der Arbeitsorganisation im Vordergrund (vgl. auch Wiesenhütter 1991: 24); andererseits wird eine Reduktion der vielfach als hoch empfundenen Arbeitsbelastung gewünscht.

Welche Handlungspräferenzen bezüglich der Alternativen "Verbleib in der Poliklinik" bzw. "Niederlassung" folgen aus diesen Zielpräferenzen?

Soweit das Kriterium "gute Medizin betreiben Können" angesprochen ist, bestand unter den DDR-Ärzten offenbar vielfach die Überzeugung, dies könne innerhalb des Systems poliklinischer Einrichtungen effektiv geschehen. Zwar fehlen auch hier quantitative Daten aus dieser Phase, aufschlußreich aber ist die Bewertung, die die ambulant tätigen Ärzte noch Ende 1990, also zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt, abgaben: Danach urteilten 91 % der befragten Ärzte, die "organisatorische Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Nachsorge", 75 % urteilten die "Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung" und 82 % urteilten die Dispensaire-Versorgung sollten als Elemente des bisherigen DDR-Systems in ein gesamtdeutsches Gesundheitswesen einfließen.³³ Es ist anzunehmen, daß diese positive Bewertung derjenigen Elemente des DDR-Gesundheitswesens, mit denen das Konzept poliklinischer Einrichtungen verbunden wird, Anfang 1990 noch stärker gewesen ist. Bei einem Verbleib in den Polikliniken dürfte der Eigenschaft "gute Medizin betreiben können" daher von den meisten Ärzten eine hohe Wahrscheinlichkeit zugebilligt worden sein. Bei Ärzten, die der Realisierung von "guter Medizin" in der Poliklinik nicht nur eine hohe Eintrittswahrscheinlichkeit zubilligen, sondern hierfür zugleich eine hohe Präferenz haben, wird für dieses Kriterium ein hoher Nutzen im U(V)-Wert zugeschrieben worden sein, dessen Wert mit Eintrittserwartung und Präferenz variiert.

Demgegenüber scheinen zum damaligen Zeitpunkt nicht wenige Ärzte die Wahrscheinlichkeit, in der Niederlassung "gute Medizin" betreiben zu können, geringer eingeschätzt zu haben: Als nicht selten wurde nämlich die Vorstellung berichtet, bei einer Niederlassung würden die vermuteten ökonomischen Zwänge eine auf das Ziel "gute Medizin" bezogen abträgliche Sachlogik entfalten. Ärzte mit dieser Einschätzung werden aufgrund der geringeren Eintrittswahrscheinlichkeit im U(N)-Wert daher diesem Kriterium einen nur

33 Vgl. Datensatz Arztbarometer I (Infratest Gesundheitsforschung/ISOG Medizinsoziologie/ZEG 1991).

geringen Nutzen zugeschrieben haben, dessen Höhe bei gegebener Einschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit von der individuellen Wichtigkeit des Zieles "gute Medizin" abhängt.

Soweit das Kriterium der "Erzielung eines hohen Einkommens" angesprochen ist, dürfte die Wahrscheinlichkeit, mit der diese Eigenschaft der poliklinischen Beschäftigung zugesprochen wurde, aufgrund der eigenen Erfahrungen eher als gering veranschlagt worden sein. Die subjektive Bewertung der Eintrittswahrscheinlichkeit der "Erzielung eines hohen Einkommens" bei der Handlungsalternative "Niederlassung" wird bei den ambulant tätigen ostdeutschen Ärzten in der Ausgangssituation gestreut haben: Einerseits wurden zwar die Leistungen niedergelassener Ärzte in der ehemaligen DDR - als Ergebnis der politisch gewollten Diskriminierung dieser Form der Ausübung ärztlicher Tätigkeit - nur im Rahmen einer überalteten Gebührenordnung³⁴ und - folglich - auf niedrigem Niveau vergütet, so daß sich aus dieser Erfahrung keine Erwartung eines hohen Einkommens ergeben würde. Jedoch dürfte zumindest Teilen der Ärzte bekannt gewesen - oder schnell bekannt geworden - sein, daß unter geeigneten Rahmenbedingungen - wie das Beispiel der Bundesrepublik zeigt - in der Niederlassung hohe Einkommen erzielbar sind. Andererseits wird den meisten Ärzten bewußt gewesen sein, daß nach der Praxiseröffnung eine "Durststrecke" zu überwinden sein würde, über deren Intensität und Dauer unterschiedliche Wahrscheinlichkeitsschätzungen bestanden haben dürften. Hinzu kommt, daß sehr früh eine weit verbreitete Einschätzung bestand, infolge der "Ärztenschwemme" in Westdeutschland würden zahlreiche Ärzte von dort zum Zwecke der Niederlassung in die (ehemalige) DDR übersiedeln, was die Bewertung der Wahrscheinlichkeit, als niedergelassener Arzt dort hohe Einkommen erzielen zu können, reduziert haben dürfte.³⁵

Bei unterschiedlicher erwarteter Wahrscheinlichkeit hohen Einkommens bei einer Niederlassung wird der Nutzen, der hieraus dem SEU (N)-Wert zugeschrieben worden sein wird, sehr verschieden sein: Kombinationen einer erwarteten hohen Wahrscheinlichkeit bei hoher Zielpräferenz für ein hohes Einkommen einerseits und einer erwarteten geringen Wahrscheinlichkeit bei geringer Zielpräferenz für ein hohes Einkommen andererseits bilden hierbei die Extrempunkte.

34 Es fand die Preussische Gebührenordnung (PreuGO) aus der Zeit vor 1945 nahezu weiterhin unverändert Anwendung (Weber 1990: 89).

35 Noch Ende 1990 hielten 84,8 v.H. der befragten ostdeutschen Ärzte eine "Sperrklausel" für Ärzte aus den alten Bundesländern für notwendig (Datensatz "Arztbarometer I" Infratest Gesundheitsforschung/ ISOG Medizinsoziologie/ ZEG 1991).

Aus der Zielpräferenz für "Arbeitsplatzsicherheit" kann für die "Ausgangssituation" weder für den SEU (V)-Wert, noch für den SEU (N)-Wert eine Aussage getroffen werden: Die allgemein vorherrschende Auffassung unter den Ärzten in dieser Phase war, daß auf längere Sicht die ambulante ärztliche Versorgung sowohl durch die Einrichtungen als auch durch niedergelassene Ärzte erfolgen würde. Die Eigenschaft "sicherer Arbeitsplatz" wird also für beide Handlungsalternativen mit einer vergleichsweise großen Eintrittswahrscheinlichkeit erwartet worden sein und in der entsprechenden Komponente des $U(V)_j$ -Wertes und des $U(N)_j$ -Wertes wird ein ähnlicher Betrag einzutragen sein, dessen Höhe von der Stärke der Präferenz für dieses Kriterium geprägt ist.

Hinsichtlich des - im Zusammenhang mit der spezifischen Sozialisation der DDR-Bevölkerung plausiblen - Kriteriums "Vermeidung finanzieller Risiken" wird die Eintrittswahrscheinlichkeit "finanzieller Risiken" bei der Niederlassung in der Ausgangssituation als relativ höher angesehen worden sein als bei einem Verbleib in der Poliklinik, da der "Schritt in die freie Praxis" notwendigerweise mit Investitionsbereitschaft etc. einhergehen muß. Daß offenbar ältere Ärzte und Teilzeitbeschäftigte das Eingehen finanzieller Risiken in besonderem Maße scheuten, erscheint ebenfalls unmittelbar einsichtig: Je älter ein Arzt, um so weniger kann er davon ausgehen, durch eigene Tätigkeit die aufgenommenen Kredite zu tilgen; der Verkauf einer mit Krediten belasteten Praxis stellt aber ein zusätzliches Unsicherheitspotential dar. Wer in der Niederlassung die Beibehaltung von Teilzeittätigkeit wünschen würde, dessen finanzielle Verpflichtungen wären in Relation zum erzielten Praxisumsatz besonders hoch. Je nach Gewicht der Präferenz für die Vermeidung finanzieller Risiken wird in der entsprechenden $K(N)_j$ -Komponente ein Betrag einzutragen sein, während in der entsprechenden $K(V)_j$ -Komponente hier - wegen der geringen erwarteten Eintrittswahrscheinlichkeit - kein oder nur ein geringer Betrag einzutragen ist.

Das Interesse an größerer Autonomie in der Ausgestaltung der Arbeitsabläufe wird zu einem größeren Nutzenbetrag beim SEU (N)-Wert als beim SEU (V)-Wert geführt haben, da die Eintrittswahrscheinlichkeit solcher Autonomie für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit als Selbständiger höher als für den Verbleib im Angestelltenverhältnis bewertet worden sein dürfte. Das Ausmaß des zugeschriebenen Nutzens ist von der Intensität der hierfür empfundenen Präferenz abhängig.

Demgegenüber wird hinsichtlich des Wunsches nach "Verringerung der Arbeitsbelastung" die Eintrittswahrscheinlichkeit einer solchen Verringerung in beiden Alternativen als relativ gering eingeschätzt worden sein; hingegen

wird umgekehrt die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Zunahme der Arbeitsbelastung bei der Handlungsalternative "Niederlassung" von den meisten Ärzten deutlich höher als bei der Handlungsalternative "Verbleib in der Poliklinik" bewertet worden sein, da bekannt gewesen sein dürfte, daß (zumindest) in der Aufbauphase einer eigenen Praxis die Extensität und Intensität des Arbeitseinsatzes größer als bei einer Tätigkeit als Angestellter ist. Das Ausmaß der hieraus resultierenden Kosten im SEU (N)-Wert ist von der Intensität, mit der eine Verstärkung der Arbeitsbelastung nicht gewünscht wird, abhängig.

Aus dem Wunsch nach Verringerung administrativer Tätigkeitsanteile erscheint eine eindeutige Nutzen- bzw. Kosten-Zurechnung kaum ableitbar: Die Tätigkeit in der Poliklinik wurde offenbar als zu stark mit administrativen Tätigkeiten belastet bewertet, und es erscheint fraglich, ob für die Zeit nach der Wende eine Verringerung dieser administrativen Aufgaben erwartet wurde. Andererseits dürfte auch eine "unternehmerische Tätigkeit" als administrativ aufwendig bewertet worden sein, so daß auch hier die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Verringerung als gering angesehen worden sein wird.

Die Handlungspräferenz des rational handelnden Akteurs ist, wie beschrieben, Resultat der Aggregation der unter der Perspektive der individuellen Zielpräferenzen vorgenommenen Bewertungen - Kosten- bzw. Nutzen-Zuschreibung - der einzelnen, mit Eintrittswahrscheinlichkeiten gewichteten, Eigenschaften beider Handlungsalternativen. Nach dem bisher Skizzierten erscheint plausibel, daß für viele Ärzte diese Aggregation in der Ausgangssituation zu einer Handlungspräferenz zugunsten des Wunsches nach Verbleib in der Poliklinik führte: Insbesondere bei Ärzten, deren Einkommensorientierung nicht sehr ausgeprägt war oder die die Eintrittswahrscheinlichkeit eines hohen Einkommens bei Niederlassung als nicht sehr hoch einschätzten bzw. die umgekehrt finanziellen Risiken gegenüber abgeneigt waren, oder die davon überzeugt waren, (auch) in der Poliklinik "gute Medizin" betreiben zu können, wird der SEU (V)-Wert einen höheren Betrag als der SEU (N)-Wert aufweisen. Nach den vorliegenden Informationen hat diese Konstellation für eine große Mehrheit der Ärzte in der Ausgangssituation vorgelegen. Allerdings dürfte es realistisch sein davon auszugehen, daß innerhalb der Ärzte mit einer Handlungspräferenz für den Verbleib in der Poliklinik ein Kontinuum bezüglich des "Nettonutzenüberschusses" dieser Alternative gegenüber der Niederlassung bestand: Während der SEU (V)-Wert einiger Ärzte deutlich größer als der SEU (N)-Wert gewesen sein dürfte, wird er den SEU (N)-Wert bei anderen Ärzten nur geringfügig überstiegen haben.

Eine Handlungspräferenz zugunsten des Verbleibs in den Polikliniken wird sich unter Umständen nicht nur bei denjenigen ergeben haben, bei denen der SEU (V)-Wert größer als der SEU (N)-Wert ist: Bei Indifferenz der Nettotonutzenwerte kann eine bekundete Handlungspräferenz zugunsten des Verbleibs auch daraus resultieren, daß diese Alternative "bekannt" ist, die Akteure quasi eine "Meta-Präferenz" für Kontinuität angesichts des im übrigen rapiden gesellschaftlichen Wandels haben. Dies könnte auch dazu geführt haben, daß Ärzte mit einem aus den skizzierten Eigenschaften abgeleiteten - geringen - "Nettonutzenüberschuß" für die Niederlassung in der Ausgangssituation dennoch für den Verbleib in der Einrichtung plädierten.

3.3 Die Veränderung des Entscheidungsfeldes

Während zunächst die überwiegende Mehrheit der Ärzte Handlungspräferenzen zugunsten des Verbleibs im Beschäftigungsverhältnis bei den Einrichtungen bekundet, ist ab Herbst 1990 - wie beschrieben - dann aber festzustellen, daß die Anzahl der niederlassungswilligen Ärzte kontinuierlich ansteigt und sich schließlich in 1991 ein großer Teil der Ärzteschaft niederläßt. Offensichtlich haben sich also die Handlungspräferenzen gegenüber der Ausgangssituation verkehrt. In diesem Abschnitt soll eine Erklärung für diese Veränderung des Entscheidungsfeldes versucht werden.

3.3.1 Veränderung der Präferenzen, der Informationen oder der "relativen Preise"?

Grundsätzlich bieten sich drei mögliche Interpretationen zur Erklärung der veränderten Handlungspräferenzen an. Sie sollen mit den Begriffen "echter Wandel der Zielpräferenzen", "veränderte Informationslage" und "veränderte relative Preise" charakterisiert und im folgenden erörtert werden:

Eine erste Ursache kann mit dem Terminus des "echten Wandels der Zielpräferenzen" beschrieben werden. Wie bereits skizziert ist in der ökonomischen Theorietradition umstritten, inwieweit ein solcher Präferenzwandel relevant ist: Während etwa Stigler/Becker (1977) eine solche Möglichkeit ausschließen, werden in anderen Ansätzen sich wandelnde Präferenzen thematisiert (vgl. etwa v. Weizsäcker 1971). Im vorliegenden Zusammenhang eines rapiden Wandels des gesellschaftlichen Normen- und Wertesystems erscheint es nicht a priori unplausibel, daß auch die Zielpräferenzen der Individuen Änderungen unterzogen sind. Insbesondere, da in Situationen hoher Unsicherheit nicht nur gegebene Präferenzen die Informationsbeschaffung steuern, sondern die

Informationen selber Grundlage der Präferenzbildung werden (Elster 1983: 112; Wiesenthal 1990: 46), ist nicht von der Hand zu weisen, daß sich infolge der zusätzlich verarbeiteten Informationen bei Teilen der Ärzteschaft die den verschiedenen Eigenschaften der beiden Handlungsalternativen zugesprochenen Kosten oder Nutzen verändern, weil diese Eigenschaften nunmehr als wichtiger oder weniger wichtig gegenüber zuvor eingeschätzt werden.³⁶ Bei gleich bleibenden Eintrittswahrscheinlichkeiten der Eigenschaften ändern sich die diesen Eigenschaften zugeordneten Erwartungsnutzen und folglich die SEU (V)- und SEU (N)-Werte.

Hatten wir bei der Skizzierung der Ausgangssituation festgestellt, daß eine potentielle Einflußvariable auch in einer - von den direkten Eigenschaften der beiden Handlungsalternativen losgelösten - Metapräferenz für die Beibehaltung des Status Quo gesehen werden kann, so kann ein Wandel der Zielpräferenzen auch in einer Veränderung des Gewichts dieser Präferenz oder einer Substitution oder Ergänzung durch andere "Metapräferenzen" begründet sein. Auch hierbei gilt, wie bei den auf die konkreten Eigenschaften der Handlungsalternativen bezogenen Präferenzen, daß ein Umschwung bei den Handlungspräferenzen um so eher resultiert, je kleiner in der Ausgangssituation die Differenz [SEU (V) - SEU(N)] war, je weniger groß also der "Nettonutzenüberschuß" zugunsten der Poliklinik ausfiel.

Gegenüber dem Wandel der Zielpräferenzen könnte ein zweiter Erklärungsansatz für den Umschwung in den Handlungspräferenzen darin liegen, daß sich die den verschiedenen Eigenschaften der beiden Handlungsalternativen zugesprochenen Kosten oder Nutzen deswegen verändern, weil sich die Wahrscheinlichkeiten, die dem Eintritt dieser Eigenschaften zugeordnet werden, bei gleichbleibenden Zielpräferenzen verändern: Der Eintritt von Eigenschaften, bezüglich derer bei einem Verbleib in den Polikliniken ein größerer Nutzen bzw. geringere Kosten als bei einer Niederlassung angenommen wurde, wird als weniger wahrscheinlich als zuvor angesehen, während der Eintritt von Eigenschaften, bezüglich derer die Niederlassung "günstiger" abschnitt, an Wahrscheinlichkeit zunimmt. Die Werte der Vektoren p_{V_j} und p_{N_j} ändern sich also aus der Sicht von Arzt j derart, daß die Werte von $U(V)_j$ und $K(N)_j$ abnehmen und die Werte von $U(N)_j$ und $K(V)_j$ zunehmen.

Eine solche Veränderung der Vektoren p_{V_j} und p_{N_j} kann allerdings auf zwei sehr unterschiedlichen Ursachen beruhen: Zum einen ist es denkbar - und

36 In der mit stetigen und konvexen Präferenzen arbeitenden Güternachfrage-Modellierung bedeutet dies eine Veränderung des Verlaufes der Indifferenzkurven.

gerade in der Situation erheblicher Unsicherheit, in der sich die DDR-Ärzte befanden, nicht a priori unwahrscheinlich -, daß sich bei gleichbleibenden realen Verhältnissen aufgrund zusätzlicher Informationen die Einschätzungen, welche Handlungsalternativen zu welchen Konsequenzen führen werden, verändern. Demgegenüber können sich zum anderen aber auch die Zustände der Wirklichkeit so ändern, daß die Eintrittswahrscheinlichkeiten neu kalkuliert werden müssen. Im ersten Fall soll von einer "Veränderung der Informationslage", im zweiten Fall von einer Veränderung der "relativen Preise" gesprochen werden.³⁷ In beiden Fällen resultiert aus der Veränderung der Wahrscheinlichkeitsvektoren p_{V_j} und p_{N_j} eine Veränderung der Nettonutzenwerte $SEU(V)$ und $SEU(N)$, für die wieder gelten würde, daß sie um so eher zu einem Wandel in der Handlungspräferenz [$SEU(N)_j > SEU(V)_j$, statt zuvor: $SEU(N)_j < SEU(V)_j$] führt, je geringer bereits in der Ausgangssituation der Nettonutzenüberschuß zugunsten des Verbleibs in der Poliklinik war.³⁸

37 In der mikroökonomischen Gütermarkt-Analyse würde die zunächst hier angesprochene Veränderung der Informationslage wie die zuvor skizzierte Veränderung der Zielpräferenzen durch eine Neudefinition der Indifferenzkurvenschar ausgedrückt. Demgegenüber würde die Veränderung der "relativen Preise" durch eine Drehung der Budgetgeraden ausgedrückt.

38 Es sei darauf hingewiesen, daß aus der Veränderung der "relativen Preise", die das Individuum zu einer "ungünstigen" Neukalkulation der Eintrittswahrscheinlichkeiten der Eigenschaften der Handlungsalternativen zwingt, aufgrund psychischer Mechanismen, wie sie etwa in der Sozialpsychologie als "Reduktion kognitiver Dissonanz" (Festinger 1957) diskutiert werden, Rückwirkungen auf die zuvor diskutierten Ursachen der geänderten Handlungspräferenzen (veränderte Zielpräferenzen, veränderte Informationslage) resultieren können: Individuen, die zunächst weder ihre Zielpräferenzen geändert hatten, noch aufgrund neuer Informationen (über eine unverändert zu denkende Welt) zu einer Neukalkulation der Eintrittswahrscheinlichkeiten Veranlassung hatten, verschaffen sich, nachdem die Veränderung relativer Preise sie "gegen ihren Willen" zu veränderten Handlungspräferenzen zwingt, psychische "Erleichterung" dadurch, daß sie entweder nun auch ihre Zielpräferenzen modifizieren (wobei diese Modifizierung der Zielpräferenzen sowohl in einer rückwirkenden Leugnung vormals anderer Zielpräferenzen, als auch in einer - ggf. mit zusätzlichen Informationen begründeten - Neudefinition bestehen kann) und diese Veränderung (sich selbst und anderen gegenüber) als den "wahren Grund" für die veränderten Handlungspräferenzen angeben, oder dadurch, daß sie die veränderten Handlungspräferenzen mit der Behauptung sich geändert habender Informationen über die Eigenschaften der Handlungsalternativen und ihre Eintrittswahrscheinlichkeiten begründen.

Dieses Phänomen der Reduktion kognitiver Dissonanz, welches in der "rational choice"-Literatur am Beispiel der Parabel Lafontaines vom "Fuchs und den sauren Trauben" diskutiert wird (vgl. Elster 1983: 109), würde im vorliegenden Zusammenhang bedeuten, daß das Individuum einen Weg findet, den letztlich durch eine Veränderung der relativen Preise bewirkten Umschwung der Handlungspräferenzen von einer Entscheidung zugunsten der Poliklinik zu einer

Eine durch Veränderung der relativen Preise bewirkte Veränderung der Handlungspräferenzen müßte empirisch insoweit von der Veränderung sowohl der Zielpräferenzen als auch der Informationslage unterscheidbar sein, als daß die betroffenen Individuen den Wandel der Handlungspräferenz als "es ging ja nicht anders", "letztlich gegen meinen Willen" etc. schildern müßten.³⁹

Daß sich zumindest bei einigen Ärzten mit geänderten Handlungspräferenzen die Zielpräferenzen gegenüber der Ausgangssituation verändert haben, bestätigen die geführten Interviews: Danach ist insbesondere das Einkommensmotiv - hinsichtlich dessen die Niederlassung "günstiger" abschnitt als die Poliklinik - höher als zuvor bewertet worden. Auch aus dem Ende 1990 erhobenen repräsentativen Datensatz lassen sich Anhaltspunkte hierfür gewinnen: So sind zu diesem Zeitpunkt etwa nur noch 8,3 v.H. der Befragten mit ihrem Einkommen zufrieden oder sehr zufrieden, während 72,1 v.H. unzufrieden oder sehr unzufrieden sind. 89,8 v.H. der Befragten sind der Auffassung, daß die Ärzte in der (ehemaligen) DDR zu diesem Zeitpunkt in Vergleich zu anderen Berufen "unterbezahlt" sind, während nur 8,7 v.H. sie für "gerecht" bezahlt und 0,7 v.H. sie für "überbezahlt" halten. Demgegenüber stufen 61,6 v.H. der ostdeutschen Ärzte ihre westdeutschen Kollegen als "gerecht bezahlt", 26,8 v.H. als "überbezahlt" und 1,6 v.H. als "unterbezahlt" ein.⁴⁰

Auch auf der Ebene der "Metapräferenzen" dürfte es zu Veränderungen gekommen sein: Bestand in der Ausgangssituation eine Tendenz, sich in der

Entscheidung zugunsten der Niederlassung nicht durch eben diese Veränderung der relativen Preise zu erklären. Vielmehr würde der Arzt entweder - in der ersten Variante des Anpassungsmechanismus - einen Wandel der Zielpräferenzen (sei es "rückwirkend", sei es auf die Gegenwart bezogen) behaupten, aus dem nun ein Nettonutzenüberschuß zugunsten der Niederlassung resultiere, oder aber er würde - in der zweiten Variante des Anpassungsmechanismus - seine geänderte Entscheidung darauf zurückführen, daß er nunmehr über zusätzliche, verbesserte Informationen über die (als konstant postulierten) Eigenschaften von Polikliniken und Niederlassungen verfüge, bei deren Auswertung er nunmehr zu einem Nettonutzenüberschuß zugunsten der Niederlassung gelange. Auch wenn dieses Phänomen sicherlich im vorliegenden Kontext relevant ist, ist es empirisch kaum vom "autonomen" Wandel der Zielpräferenzen bzw. einer "autonomen" Neukalkulation der Eintrittswahrscheinlichkeiten aufgrund einer veränderten Informationslage abzugrenzen. Daher soll es im folgenden nicht weiter verfolgt werden.

39 Sofern nicht das oben skizzierte Phänomen der Anpassung der Präferenzen zur Reduktion kognitiver Dissonanz vorliegt.

40 Vgl. Datensatz "Arztbarometer I" (Infratest Gesundheitsforschung/ISOG Medizinsoziologie/ZEG 1991). Ein logisch zwingender Zusammenhang zwischen der nunmehr bekundeten Unzufriedenheit mit dem Einkommen und der Wichtigkeit der Eigenschaft Einkommenserzielung besteht allerdings nicht.

im übrigen "unübersichtlichen" Situation bei in etwa gleichen Nettonutzenwerten SEU (V) und SEU (N) für eine Orientierung am Status Quo (Poliklinik) auszusprechen, wird für den Verlauf der Jahre 1990/91 von Gesprächspartnern für Teile der Ärzteschaft von einer "Metapräferenz" der Orientierung am westdeutschen Modell gesprochen.⁴¹ Die Entstehung einer "Metapräferenz" zur Orientierung am westdeutschen Modell wird einerseits im Kontext einer generellen Tendenz zur Übernahme des westdeutschen Normen-, Werte- und Ordnungsrahmens der ostdeutschen Bevölkerung zu sehen sein; andererseits wird auch die spezifische Veränderung der Informationslage der ostdeutschen Ärzte durch die Informationspolitik der westdeutschen Ärzteverbände dazu beigetragen haben (vgl. dazu unten sowie Erdmann 1991). Hinsichtlich solcher Metapräferenzen erscheint darüber hinaus nicht unplausibel, daß sie typische Eigenschaften eines band wagon-Effektes (Leibenstein 1950: 183) aufweisen: Je mehr Ärzte den westdeutschen Ordnungsrahmen als ihre Bezugsgröße definieren, um so eher ist jeder einzelne Arzt geneigt, sich ebenfalls dieser Perspektive anzuschließen. Ist erst einmal eine Entscheidung für einen "frame" (Esser 1990) "westdeutsches Modell" gefallen, verlieren die bislang verfolgten Einzelziele für einen solchen Arzt an Bedeutung.

Die veränderte Informationslage hat zugleich auch in manchen Fällen zu einer veränderten Kalkulation von Eintrittswahrscheinlichkeiten der den Handlungsalternativen zugesprochenen Eigenschaften beigetragen. So ist offensichtlich durch die umfangreichen Beratungstätigkeiten, die westdeutsche Beteiligte entfaltet haben, bei manchen Ärzten erreicht worden, daß die Eigenschaft "finanzielles Risiko" einer Niederlassung an Eintrittswahrscheinlichkeit verloren hat. Auch haben die in der zweiten Hälfte 1990 bekanntgewordenen Daten über die besseren Morbiditäts- und Mortalitätsdaten der Bundesrepublik sicherlich in Verbindung mit den Informationen über die in westdeutschen ambulanten Praxen realisierten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in manchen Fällen zu einer Relativierung der Einschätzung geführt, in Polikliniken sei eine bessere medizinische Versorgung als in der Niederlassung möglich.

Das empirische Material zeigt aber auch, daß zahlreiche Ärzte nach wie vor eine grundsätzlich positive Einstellung zur Tätigkeit in der Poliklinik hatten⁴²

41 Vgl. etwa Interviews mjw14011, mmw06091.

42 Vgl. die skizzierte unvermindert positive Bewertung der mit den Polikliniken verbundenen medizinischen Strukturen Ende 1990. Auch die Arbeitszufriedenheit der Ärzte war in den Einrichtungen nach wie vor hoch: So beschrieben 41,4 v.H. der Befragten ihren Kontakt mit den Vorgesetzten als sehr zufriedenstellend oder zufriedenstellend, 28,1 v.H. hingegen als nicht oder gar nicht zufriedenstellend. Den Kontakt zu Kollegen werteten 75,9 v.H. als sehr

und ihre Entscheidung für die Niederlassung in einer Veränderung der relativen Preise - also einer Verringerung der Eintrittswahrscheinlichkeit solcher Eigenschaften, hinsichtlich derer die Polikliniken im Vergleich zur Niederlassung einen höheren Nutzen zugeschrieben erhielten bzw. eine Erhöhung der Eintrittswahrscheinlichkeit solcher Eigenschaften, hinsichtlich derer die Polikliniken im Vergleich zur Niederlassung einen niedrigeren Nutzen oder höhere Kosten aufwiesen - begründet ist: Nicht veränderte Ziele oder verbessertes Wissen über den relativen Nutzen einer Niederlassung, sondern eine faktische Verschlechterung der Chance, Nutzen aus einer Tätigkeit in einer Poliklinik zu ziehen, determinieren den Umschlag der Handlungspräferenzen dieser Personen. Im weiteren Verlauf des Papiers soll diese Veränderung der relativen Preise näher untersucht werden. Da die Eintrittswahrscheinlichkeiten von Eigenschaften von Handlungsalternativen wie der Wahl zwischen Poliklinik und Niederlassung in dem als typischer Nicht-Markt-Bereich organisierten Gesundheitswesen der Bundesrepublik⁴³ insbesondere von den Rahmenbedingungen abhängen, die durch korporative wie individuelle Akteure gesetzt werden, muß die Setzung dieser Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt einer Untersuchung der Veränderung der "relativen Preise" treten.⁴⁴ Daher soll im folgenden zunächst ein knapper Überblick über die relevanten Akteure und ihre prinzipiellen Handlungsmöglichkeiten gegeben werden (3.3.2.); sodann soll für die zentralen Akteure jeweils ihr tatsächliches Verhalten untersucht und auf die Auswirkungen auf die Niederlassungsentscheidungen analysiert werden (3.3.3 bis 3.3.5.).

3.3.2 Überblick über die relevanten Akteure

Hinsichtlich der Akteure, die auf die Rahmenbedingungen für die Niederlassungsentscheidungen einwirken, soll zunächst die Makroebene (Politik und Verbände) von der Mikroebene (einzelne Träger von Polikliniken, Ärzte, Patienten) unterschieden werden (vgl. Abb. 4). Auf der Makroebene ist wiederum eine Unterscheidung in Bundes- und Landesakteure, bei den Verbänden eine Differenzierung zwischen Verbänden, die mit parastaatlichen Ent-

zufriedenstellend oder zufriedenstellend und nur 5,1 v.H. als nicht oder gar nicht zufriedenstellend (Datensatz Arztbarometer I, Infratest Gesundheitsforschung/ ISOG Medizinsoziologie/ ZEG 1991).

43 Vgl. hierzu etwa Herder-Dorneich (1966), Zerche (1988).

44 Zum diesbezüglichen Programm der Neuen Institutionenökonomie, die Veränderungen des "choice set" durch Institutionen zu untersuchen, vgl. North (1986: 230).

scheidungskompetenzen ausgestattet sind, und "freien" Verbänden zweckmäßig (v.d. Schulenburg 1987: 381-382; Groser 1992; Webber 1992).

Abbildung 4: Relevante Akteure im Transformationsprozeß

| | | <u>Bundesebene</u> | <u>Landesebene</u> |
|------------|-----------------------------------|---|---|
| Makroebene | Staatliche Akteure (Politik) | - Bundestag - Bundesregierung - Bundesrat | - Landesregierungen - Landtage |
| | Parastaatliche <u>Verbände</u> | - KBV - Spitzenverbände der Kassen | - KVen - Landesverbände der Kassen - Krankenkassen - Landesärztekammern |
| | "Freie" <u>Verbände</u> | - "Freie" Ärzteverbände | - Landessektionen von Verbänden - Landesspezifische Verbände |
| Mikroebene | | | - Träger der Polikliniken - Ärzte - Patienten |

Auf Bundesebene sind unter den staatlichen Akteuren insbesondere Bundestag und Bundesregierung anzusprechen. Der gewichtigste Aktionsparameter, den sie zur Gestaltung der Rahmenbedingungen einsetzen können, ist die Gesetzgebung. Auch der Bundesrat kann diesen Aktionsparameter instrumentalisieren. "Unterhalb" der Ebene von Gesetzgebungsinitiativen hat die Bundesregierung die Möglichkeit, auf die verbandlichen bzw. parastaatlichen Akteure einzuwirken - durch Verhandlungen, bei denen sie im Tausch für Wohlverhalten im Transformationsprozeß Zugeständnisse zu anderen Fragen in Aussicht stellt,⁴⁵ aber auch durch eher "hierarchische" Instrumente, wie das Institut der Rechtsaufsicht (über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Spitzenverbände der Krankenkassen und bundesweit tätige Krankenkassen) oder über "quasi-amtliche" Gesetzesinterpretationen. Einflußmöglichkeiten hat die Bundesregierung auch über ihre Rolle als dominanter Financier des Einigungsprozesses - zum Beispiel über die Formulierung von Vergabebedingungen für Transfers in die neuen Länder.

45 Zur zunehmenden Substitution hierarchischer Einflußnahme des Staates durch Verhandlungen zwischen Staat und verbandlichen Akteuren vgl. Scharpf (1991: 5-10).

Der Kompetenzzuweisungsstruktur des Selbstverwaltungsmodelles im bundesdeutschen Gesundheitswesen entsprechend, kommt den Handlungen der "parastaatlichen" verbandlichen Akteure bei der Umsetzung der krankensicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages besonderes Gewicht zu. Auf der Bundesebene sind hier insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einerseits und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung andererseits angesprochen. Typischerweise können zentrale Aktionsparameter nur von KBV und Spitzenverbänden gemeinsam eingesetzt werden: Im Rahmen der "gemeinsamen Selbstverwaltung" (Neubauer/ Rebscher 1984) sind die Spitzenverbände der Primärkassen und die KBV gemeinsam Vertragspartner des Bundesmantelvertrages über die kassenärztliche Versorgung, dessen Inhalt Bestandteil der (regionalen) Gesamtverträge ist (§§ 87, 83 SGB V). Die regionalen Vertragspartner können die Kompetenz zum Abschluß von Gesamtverträgen auf die Akteure auf der Bundesebene verlagern.⁴⁶

Die Einwirkungsmöglichkeiten der "freien" verbandlichen Akteure - insbesondere also bundesweit organisierter (fachübergreifender wie fachspezifischer) Ärzteverbände - bestehen in der "klassischen" Lobbytätigkeit gegenüber dem Staat, in der personellen Verflechtung und Beeinflussung der Willensbildung der parastaatlichen Akteure auf der Ärzteseite sowie in der Einwirkung auf die Akteure auf der Mikroebene (Butterfaß 1986; v.d. Schulenburg 1987).

Auch auf der Landesebene sind einerseits die politischen, andererseits die verbandlichen Akteure anzusprechen. Die Landesregierungen verfügen, wird von der Rechtsaufsicht über Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sowie deren Landesverbände abgesehen, über keine spezifischen sozialrechtlichen Kompetenzen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung. Sie können allerdings aus ihrer allgemeinen Zuständigkeit für das Gesundheitswesen unter Beachtung des Primates bundesrechtlicher Regelungen in die Gestaltung der gesundheitlichen Infrastruktur eingreifen. Auch können sie über den Bundesrat auf die Gesetzgebung des Bundes einwirken.

Die in den neuen Ländern neu zu bildenden Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassenverbände sind die wesentlichen verbandlichen Akteure auf dieser Ebene. Auch hier sind die wesentlichen Handlungsmöglichkeiten auf gemeinsame Entscheidungen ausgerichtet: So schließen KVen

46 Für den Bereich der Ersatzkassen "entfällt" die regionale Ebene: KBV und Ersatzkassenverbände regeln dem Bundesmantelvertrag und den Gesamtverträgen entsprechende Inhalte im Arzt-/Ersatzkassenvertrag (§ 83 Abs. 3 SGB V). Entsprechendes gilt für die Bundesknappschaft (§ 83 Abs. 4 SGB V), auf die im weiteren nicht eingegangen werden soll.

und Krankenkassenverbände die Gesamtverträge über die Erbringung der ärztlichen Leistungen und die Honorarverträge. In gemeinsamen Gremien wird über die Zulassung der niederlassungswilligen Ärzte und die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung entschieden; auch wird in gemeinsamen Gremien die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung geprüft.

Die Handlungsmöglichkeiten der "freien" Ärzteverbände auf Landesebene - es handelt sich im allgemeinen um Landesgliederungen der bundesweit tätigen Verbände⁴⁷ - gestalten sich analog zu denen der Verbände auf Bundesebene.

Auf der Mikroebene sind für die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Entscheidungen der Ärzte die Träger der Einrichtungen (insbesondere: die Kommunen) von besonderer Bedeutung. Ihre Handlungsmöglichkeiten beziehen sich auf die generelle Entscheidung über die Weiterführung der Einrichtung sowie - bei Weiterführung - die Entscheidungen über die Organisationsstruktur der Trägerschaft, über die einzelnen Beschäftigungsverhältnisse sowie über mögliche Investitionen in die medizinisch-technische und bauliche Infrastruktur der Einrichtungen. Lassen sich bislang in einer Einrichtung beschäftigte Ärzte nieder, hat der Träger ggf. Entscheidungen über die Form der Kooperation in Bezug auf die Niederlassung zu treffen.

Während bei den bisher genannten Akteuren zumindest nicht ausgeschlossen werden kann, daß sie die ihnen zur Verfügung stehenden Aktionsparameter jeweils spezifisch zur Beeinflussung der Herausbildung von Handlungspräferenzen der ambulant tätigen Ärzte einsetzen, ist ein diesbezügliches intentionales Handeln der Patienten eher unwahrscheinlich. Deren aus anderen Intentionen eingesetzter Aktionsparameter - das Recht der "freien Arztwahl", das die Wahl zwischen Ärzten in Einrichtungen und solchen in freier Niederlassung einschließt - kann dennoch, insbesondere in der Aggregatwirkung der Einzelhandlungen, zur Beeinflussung der Handlungspräferenzen beitragen.

Schließlich sind für die Herausbildung von Handlungspräferenzen des einzelnen Arztes die Handlungen und die Erwartungen über die Handlungen der übrigen bislang in den Einrichtungen tätigen Ärzte potentielle Einflußfaktoren: zum einen auf der (sozial-)psychologischen Ebene, insoweit - gerade in der Situation des Verlustes tradierter Orientierungen - die "Angemessenheit" des eigenen Verhaltens in Bezugnahme auf die übrige Ärzteschaft ge-

47 Zur Entwicklung spezifischer regionaler ostdeutscher Verbände vgl. Erdmann (1991).

prüft werden kann, zum anderen insoweit sich die Ärzte in einer "strategischen" Situation befinden, die möglichen Eigenschaften - und deren Eintrittswahrscheinlichkeiten - von Handlungsalternativen also auch real von den Entscheidungen der übrigen Ärzte abhängig sind.

3.3.3 Rahmenbedingungen durch die Akteure auf der Bundesebene

Gesetzliche Rahmenbedingungen: Sozialunion, Kassenvertragsgesetz, Einigungsvertrag

Über Notwendigkeit und Möglichkeiten einer Angleichung der Versorgungssysteme entbrannte im Frühjahr und Sommer 1990 eine heftige innenpolitische Auseinandersetzung in der Bundesrepublik. Während die politischen Akteure der Übergangsregierung der DDR sich zunächst - in der Koalitionsvereinbarung nach den Volkskammerwahlen⁴⁸ - für einen Erhalt der DDR-spezifischen Strukturen des Gesundheitswesens ausgesprochen hatten, konnte sich in den Verhandlungen zwischen beiden Staaten über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion diejenige bundesdeutsche Position durchsetzen, die die DDR auf eine Angleichung der Gesundheitssysteme verpflichten wollte (vgl. dazu ausführlich: Manow-Borgwardt 1991: 10-27): Im ersten Staatsvertrag wird es zwar einerseits als "zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung notwendig" bezeichnet, daß die bestehenden Versorgungsstrukturen vorläufig fortgeführt werden, andererseits aber verpflichtet sich die DDR, "schrittweise eine Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland mit privaten Leistungserbringern... (vorzunehmen), insbesondere durch Zulassung niedergelassener Ärzte, Zahnärzte..." (Art. 22 Abs. 2). Zugleich verpflichtet sich die DDR, die erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für den Aufbau von Vertragsbeziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Leistungserbringern zu schaffen (Art. 22 Abs. 3).

Die Auseinandersetzungen in der Bundesrepublik um die weitere Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung in der DDR setzten sich auch bei den Verhandlungen über das von der DDR zu verabschiedende Kassen-

48 Vgl. "Grundsätze der Koalitionsvereinbarung zwischen den Fraktionen der CDU, der DSU, dem DA, den Liberalen (LDP, BFD, F.D.P.) und der SPD vom 12. April 1990", Anlage A, Abschnitt "Soziales und Gesundheit", vervielfältigtes Manuskript, Berlin 1990.

vertragsgesetz⁴⁹ und den Einigungsvertrag fort - Streitgegenstände waren insbesondere die Frage, ob die Teilnahme der Einrichtungen an der Versorgung befristet werden sollte, ob neu zu gründende KVen den alleinigen Sicherstellungsauftrag erhalten sollten oder die Einrichtungen eigenständig daneben einen "parallelen" Sicherstellungsauftrag erhalten würden, und wie bei einem alleinigen Sicherstellungsauftrag der KVen deren Selbstverwaltungsorgane aus niedergelassenen Ärzten respektive Vertretern der Einrichtungen zusammengesetzt sein sollten (vgl. Manow-Borgwardt 1991: 31-43). Auch hier wurde schließlich eine Lösung gefunden, die einerseits eine Fortführung der bestehenden Versorgungsstrukturen ermöglicht, andererseits die Weichen für einen Systemwechsel in Richtung des westdeutschen Systems stellen soll:

Einerseits wird die ambulante Versorgung grundsätzlich nach den "Spielregeln" des Kassenarztesorganisationsrechtes organisiert. Neu zu errichtende Kassenärztliche Vereinigungen⁵⁰ übernehmen den gesamten Sicherstellungsauftrag. Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird; entsprechend ist der Anteil poliklinischer Einrichtungen an der Versorgung zu verringern (§ 311 Abs. 10 SGB V i.d.F.d. Einigungsvertrages).

Andererseits sind Polikliniken und ähnliche Einrichtungen bis Ende 1995 grundsätzlich zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen (§ 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zulassung zur Versorgung bedeutet hierbei insbesondere, daß der Träger der Einrichtung die erbrachten Leistungen insoweit gegenüber den Krankenkassen abrechnen kann, wie diese zum Leistungsspektrum der GKV gehören. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam mit der KBV bis Ende 1995 eine Treuhandgesellschaft zur Übernahme der Trägerschaft von poliklinischen Einrichtungen betreiben, soweit deren Fortbestand zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist (§ 311 Abs.

49 War das Kassenvertragsgesetz (Gesetz vom 13.09.1991; GBl. I S. 1533) ursprünglich zur Umsetzung der im ersten Staatsvertrag von der DDR eingegangenen Verpflichtungen konzipiert, so wurde diese Zielsetzung von der Geschwindigkeit des Einigungsprozesses überholt; schließlich diente es - wenige Tage vor dem Beitritt beschlossen und in den wesentlichen Regelungen mit dem Einigungsvertrag deckungsgleich - (nur noch) als Rechtsgrundlage für den Zeitraum zwischen Beitritt und Inkrafttreten der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages (1.1.1991).

50 In Berlin-Ost war keine neue KV zu errichten; vielmehr erstreckte sich die KV Berlin auf den Ostteil der Stadt (§ 311 Abs. 4 Buchst. d SGB V). Aus diesem Grunde beziehen die unten skizzierten "Übergangsverträge" zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen auch die niedergelassenen Ärzte und Einrichtungen in Ost-Berlin nur teilweise ein. Allerdings haben die in Berlin tätigen Regionalkassen und die KV Berlin eine im wesentlichen mit den "Übergangsverträgen" deckungsgleiche Vereinbarung getroffen.

3 SGB V). Ab 1.1.1996 sind die Einrichtungen immer noch dort zuzulassen, wo sie zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind (§ 311 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

Vorstand und Vertreterversammlung der neuen KVen sind bis 31.12.1995 paritätisch mit niedergelassenen Ärzten und solchen der Einrichtungen zu besetzen (§ 311 Abs. 4 Buchst. c) SGB V); ebenso sind die Ärzte der Einrichtungen gleichgewichtig mit den niedergelassenen Ärzten auf der ärztlichen Seite der gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden zu bildenden Zulassungsausschüsse vertreten (§ 311 Abs. 8 SGB V).

Die skizzierten gesetzlichen Rahmenbedingungen hätten es einerseits also den in Einrichtungen tätigen Ärzten ermöglicht, dort weiter ihrer ärztlichen Tätigkeit nachzugehen. Im Extremfall wäre vorstellbar, daß so gut wie kein Arzt in die Niederlassung gegangen wäre, so daß auch nach 1995 die Versorgung weitgehend durch Einrichtungen erfolgt wäre. Andererseits legen Interview-Aussagen nahe, daß der Einigungsvertrag von vielen Ärzten "aus seiner Geschichte heraus" interpretiert worden ist - d.h. als Abfolge von tendenziell gegen das bisherige Versorgungssystem gerichteten Entscheidungen.⁵¹ Insbesondere ist das Datum "1995" vielfach als definitives Enddatum verstanden worden - eine Bewertung, die auch durch die westdeutschen Landespolitiker und Teile der westdeutschen Politik genährt worden ist. Diese haben gleichzeitig auch - unter Verweis auf die Gleichung "Poliklinik = Sozialismus" - zu verstehen gegeben, daß ein Verbleib in der Poliklinik letztlich illegitim sei.⁵²

Es ist folglich anzunehmen, daß die Ärzte in eine Umbewertung der Eintrittswahrscheinlichkeiten der den Handlungsalternativen zugeordneten Eigenschaften eingetreten sind: Insbesondere bezüglich der Eigenschaft "Arbeitsplatzsicherheit", hinsichtlich welcher es bis zu diesem Zeitpunkt nicht unplausibel erscheint, daß ihr für beide Handlungsalternativen gleich große Eintrittswahrscheinlichkeiten zugebilligt worden waren, sind nun in der entsprechenden Komponente des SEU(V)-Wertes Kosten einzutragen, worauf bei Ärzten mit einem geringen Nettonutzenüberschuß zugunsten des Verbleibs in der Poliklinik ein Umschwung bei den Handlungspräferenzen bewirkt worden sein kann.

51. Vgl. etwa Interviews mjw19071, mmw06091, mye24071.

52. Vgl. statt vieler: W. Pforringer, "Polikliniken sind sozialistische Mißgeburten", Neue Ärztliche, 13.12.1990 sowie H.-J. Thomas, "Nein zum Fortbestand der Polikliniken nach 1995", Ärzte-Zeitung, 13.12.1990.

Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverbänden

Besondere Bedeutung für den Transformationsprozess der ambulanten ärztlichen Versorgung kommt nicht nur den Vorgaben des Gesetzgebers, sondern auch Weichenstellungen der körperschaftlich verfaßten Verbände im Gesundheitswesen zu. Dies gilt zum einen für Regelungen zu den Modalitäten der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung; es gilt aber insbesondere auch für die Regelung von Vergütungsfragen.

Im Zusammenhang mit der Herbst-Sitzung 1990 der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen legten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV eine "Gemeinsame Empfehlung zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost" vor (abgedruckt in: Schönbach [Hrsg.] 1991: 493-497). Darin erklären die Beteiligten u.a., daß sie die Möglichkeit der Gründung einer Treuhandgesellschaft zur vorübergehenden Übernahme von Trägerschaften von Einrichtungen im Regelfall nur für Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens und nur im Falle von Betriebsstillegungen beabsichtigen.⁵³ Sie "warnen" vor der Kooperation von Trägern und Einrichtungen mit privaten Investmentfirmen, da daraus resultierende Kooperationsformen "den rechtlichen Fortbestand der Einrichtung als zugelassene Gesundheitseinrichtung im Sinne des Einigungsvertrages" gefährden würden.⁵⁴ Auch weisen sie auf die Möglichkeit hin, daß die Einrichtungen personelle Überhänge besäßen und zeigen Reaktionsmöglichkeiten (Kündigung, Früh-Verrentung etc.) auf.⁵⁵ Auf der anderen Seite appellieren die Partner der Empfehlung an die Träger der Einrichtungen, die Versorgung nicht durch pauschale Kündigungen der Mitarbeiter von Einrichtungen zu gefährden.⁵⁶ Wesentliche Elemente dieser Empfehlung sind in eine dreiseitige Empfehlung von KBV, Spitzenverbänden der Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden vom Mai 1991 übernommen worden.⁵⁷

53 Vorbemerkung Nr. 3 der Gemeinsamen Empfehlung v. 2.11.1990. Schließlich haben die Vertragspartner von dem Gedanken, eine Treuhandgesellschaft zu gründen, ganz Abstand genommen.

54 Empfehlung Nr. 6 der Gemeinsamen Empfehlung v. 2.11.1990.

55 Empfehlung Nr. 5 der Gemeinsamen Empfehlung v. 2.11.1990.

56 Schluß der Gemeinsamen Empfehlung v. 2.11.1990.

57 Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der kommunalen Spitzenverbände vom 23.05.1991.

In zwei im wesentlichen deckungsgleichen Verträgen mit der KBV haben sowohl die Bundesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen⁵⁸ als auch die Verbände der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen⁵⁹ im Dezember 1990 "Übergangsregelungen" für die Modalitäten der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung im Beitrittsgebiet vereinbart. Unter anderem wird hierbei definiert, daß nur Einrichtungen in staatlicher, kommunaler oder freigemeinnütziger Trägerschaft, bei Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens auch solche in Trägerschaft eines Betriebes, zugelassen sind;⁶⁰ Einrichtungen in privatwirtschaftlicher Trägerschaft würden damit ihren Status als durch Gesetz zugelassene Einrichtungen verlieren. Zudem wird explizit festgelegt, daß Krankenhausfachambulanzen nicht zu den durch den Einigungsvertrag zugelassenen Einrichtungen gehören.⁶¹ Die Vertragsparteien regeln zudem, daß die Beschäftigung von Fachärzten in den Einrichtungen über den Personalstand vom 1. Januar 1991 hinaus, sowie ab 1.1.1993 jede Neu- oder Wiederbesetzung einer Facharztstelle der Genehmigung des Zulassungsausschusses (bzw. bei der vertragsärztlichen Versorgung: der Beteiligungskommission) bedarf, die (nur dann) erteilt werden soll, wenn die Beschäftigung zur ordnungsgemäßen Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist.⁶²

Der Einigungsvertrag überließ den Vertragspartnern - im Rahmen der Vorgabe, einen dem im Beitrittsgebiet niedrigeren Grundlohniveau der Versicherten Rechnung tragenden Vergütungsabschlag vorzusehen (§ 311 Abs. 1 Buchst. a) SGB V; vgl. hierzu Wasem 1991: 37-38) - weitgehend die Ausgestaltung der Vergütungen der durch niedergelassene Kassenärzte respektive

58 Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): Übergangsregelungen für die Anwendung des Vertrages in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, in welchem das SGB V bisher nicht gegolten hat; abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-51.

59 Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag: Übergangsregelungen für die Anwendung des Vertrages in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, in welchem das SGB V bisher nicht gegolten hat; abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-138.

60 § 3 Abs. 2 des Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte, § 3 Abs. 2 des Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

61 § 3 Abs. 4 des Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte; § 3 Abs. 3 des Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

62 § 3 Abs. 3 des Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte; § 4 Nr. 7 des Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

Einrichtungen erbrachten Leistungen im Beitrittsgebiet.⁶³ Durch Verträge zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurde - nachdem das vereinbarte Honorar für niedergelassene Kassenärzte bereits im Oktober bekannt wurde,⁶⁴ während die Vergütungen für Einrichtungen zu diesem Zeitpunkt noch vergleichsweise "im Dunkeln" blieben⁶⁵ - im Dezember 1990 für alle Kassenarten einheitlich die ab 1.1.1991 zu zahlende Vergütung im Beitrittsgebiet geregelt.⁶⁶ Für die niedergelassenen Kassen-/Vertragsärzte wurde festgelegt, die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen ohne "Deckelung"⁶⁷ mit einem Punktwert von 6,1 Pfennigen zu berechnen.⁶⁸ Für die Einrichtungen wurde hingegen vereinbart, die Höhe der Gesamtvergütung nach einer Fallpauschale zu berechnen, in deren Ermittlung die Zusammensetzung der Poliklinik mit Ärzten der verschiedenen Fachgruppen, das relative Fallwertgewicht je Arztgruppe und die durchschnittliche Fallzahl je Arzt einer Arztgruppe in Westdeutschland, ein sog. "Überweisungs-gewicht", der durchschnittliche Gesamtfallwert in Westdeutschland und ein dem

-
- 63 Zu erwähnen ist, daß der Einigungsvertrag - bei Einvernehmen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung - gesonderte Verträge zwischen Kassenverbänden und Polikliniken bzw. deren Verbänden ebenso wie eine pauschale Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Gruppe der niedergelassenen Ärzte und die Einrichtungen explizit zugelassen hätte (§ 311 Abs. 5 u. 6 SGB V).
- 64 Vgl. Dienst für Gesellschaftspolitik 29 (40), 7.
- 65 Vgl. Schreiben des BMA an KBV und GKV-Spitzenverbände vom 10.12.1990: "In den ambulanten Einrichtungen herrscht nicht zuletzt aufgrund einer am 5. Dezember 1990 in Berlin durchgeführten Informationsveranstaltung der KBV eine erhebliche Unsicherheit und Unklarheit über die Bewertung der ambulanten Leistungen....Es müssen konkrete Zahlen auf den Tisch gelegt werden,...".
- 66 Für die Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen, für die das SGB V zur Regelung der Vergütung den Abschluß von Gesamtverträgen auf Landesebene vorsieht, schlossen die Bundesverbände - ohne eine explizite Legitimation (Interview-Zitat: "Aber irgendjemand mußte ja aktiv werden, denn Landesverbände bestanden ja noch nicht." [mmw06091]) - einen "Gesamt-Rahmenvertrag für die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen" (v. 14.12.1990; abgedruckt in: Schönbach 1991: 535-574), bei den Ersatzkassen wurde die Vergütung gem. § 8 des Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag in einer Anlage zu diesem Anhang geregelt (abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-138).
- 67 Zu den Gestaltungsmöglichkeiten der Gesamtvergütung und den daraus resultierenden Wirkungen vgl. v.d. Schulenburg (1981: 255-273).
- 68 § 3 Abs. 2 des Rahmen-Gesamtvertrages; Nr. I (1) 1. der Anlage 1 zum Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

niedrigeren Grundlohniveau im Beitrittsgebiet Rechnung tragender "Einigungsvertragsabschlag" (von 50 v.H.) einfließen.⁶⁹

Auf die Vergütungen sollen niedergelassene Ärzte und Einrichtungen Abschlagszahlungen erhalten. Solange Daten aus Vorquartalen noch nicht als Grundlage für die Abschlagszahlungen herangezogen werden können, wird für die niedergelassenen Ärzte von fiktiven Fallzahlen und Fallwerten ausgegangen, bei Einrichtungen wird von den um bestimmte Faktoren geminderten Haushaltsansätzen im November 1990, korrigiert um Verminderungen in der Arztzahl, ausgegangen.⁷⁰ Hierbei wurde eine Begrenzung der Abschlagszahlungen auf monatlich maximal 10.000 DM je in der Einrichtung beschäftigten Arzt vorgenommen.⁷¹

Die skizzierten Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverbänden wurden von den ambulant tätigen Ärzten so interpretiert, daß diese Organisationen entschlossen seien, den Einrichtungen keine Überlebenschancen einzuräumen. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen: Die Fallpauschalen für die Einrichtungen wurden sowohl hinsichtlich des im Vergleich zur Einzelleistungsvergütung für die niedergelassenen Ärzte höheren Einigungsvertrags-Abschlags gegenüber dem West-Honorar als auch hinsichtlich der Höhe der den realen Verhältnissen nur unzureichend Rechnung tragenden Überweisungsgewichte benachteiligend bewertet. Als die Perspektive von Einrichtungen verringernd wurde auch der Ausschluß von Einrichtungen mit "kommerziellem" Träger bewertet: Eine Reihe von Einrichtungen hatte mit westdeutschen Investoren bereits Verhandlungen über eine Weiterführung aufgenommen, die abgebrochen werden mußten. Insbesondere Ärzte aus dem Betriebsgesundheitswesen werteten die restriktive Haltung zur Gründung einer Treuhandgesellschaft als Entschluß, den Einrichtungen keine Zukunft mehr zu geben.⁷²

69 § 2 Abs. 3 i.V.m. Anlage 1a des Gesamt-Rahmenvertrages; Nr. I (1) 2. i.V.m. III. A. der Anlage 1 zum Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

70 § 6 des Gesamt-Rahmenvertrages; Nr. II. 4 der Anlage 1 zum Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

71 Protokollnotiz Nr. 2 zum Gesamt-Rahmenvertrag.

72 Wenn ein Teilnehmer an den Verhandlungen zwischen KBV und Kassen berichtet, die Treuhandgesellschaft sei nicht gegründet worden, weil die Verhandlungspartner "den inneren Zerfallsprozeß der Polikliniken nicht hemmen wollten" (Interview mmw06091), so bestätigt dies eindrucksvoll die Wahrnehmung durch die Ärzte.

Die Anfang 1991 entstehenden "Kommunikationsprobleme" zwischen der nach den einschlägigen Verträgen für die Abrechnung der Fallpauschalen mit den Einrichtungen zuständigen KBV und den Einrichtungen setzten diesen Eindruck fort: Die Abschlagszahlungen erreichten die Einrichtungen vielfach erst mit mehrwöchiger Verspätung (BerG 1991: 1-2; Hofemann 1991: 670). Auch wenn die Ursachen hierfür vielschichtiger Natur sein mögen, wurde dieses Phänomen von den Ärzten als Indiz dafür angesehen, daß es erforderlich war, die Eintrittswahrscheinlichkeit des Risikos eines Verlustes des Arbeitsplatzes in poliklinischen Einrichtungen deutlich heraufzusetzen.

Im Laufe des Jahres 1991 haben die beteiligten Bundesverbände zwar die Verträge mehrfach geändert - unter anderem sehen sie hierbei in im April rückwirkend zum 1. Januar beschlossenen Änderungen mehrere Vergütungsverbesserungen für die Einrichtungen vor⁷³ und verbessern die Teilnahme-möglichkeit von Krankenhausfachambulanzen; auch nehmen die Einrichtungen in gleichem Umfang wie niedergelassene Ärzte an der rückwirkend zum 01.07.1991 im August vereinbarten Anhebung der Vergütungen um 15 v.H. teil⁷⁴ - diese Entwicklungen bewirken jedoch offensichtlich keine Korrekturen der veränderten Bewertungen der Risiken eines Verbleibs in den Einrichtungen mehr. Dies ist auch vor dem Hintergrund der Entwicklungen auf der Landes- und der Mikroebene einzuordnen, die im folgenden dargestellt und analysiert werden sollen.

73 U.a.: Eine Erhöhung der Fallpauschalen durch Anhebung der "Überweisungsgewichte", eine Gleichbehandlung der Einrichtungen mit niedergelassenen Ärzten bei der Vergütung von Behandlungen von GKV-Versicherten aus Westdeutschland (bis zu diesem Zeitpunkt sah der Vertrag vor, daß Einrichtungen bei Behandlung von westdeutschen Versicherten den Einigungsvertragsabschlag gegen sich gelten lassen mußten, während niedergelassene Ärzte in diesen Fällen das Honorar erhielten, das bei Behandlung in Westdeutschland fällig gewesen wäre) sowie eine Anhebung der Abschlagszahlungen (vgl. Nrn. 1, 5 u. 9 der Ergänzung des Rahmen-Gesamtvertrages [o. Datum]).

74 Vgl. Nr. 1 der 1. Ergänzung des Anhangs zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) [o. Datum] u. Nrn. 1 u. 8 der 3. Änderung des Rahmen-Gesamtvertrages vom 31.08.1991 (abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 88: D-3464-3466); Nrn. II. 1. u. III. 1. der Änderung der Anlage I zum Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag (ohne Datum).

3.3.4 Rahmenbedingungen durch die Akteure auf der Landesebene

Die "Transformationspolitik" der neuen Länder

Mit Datum des Beitritts zur Bundesrepublik wurden die fünf Länder des Beitrittsgebietes gebildet,⁷⁵ deren Landtage am 14. Oktober 1990 gewählt wurden. In den Monaten Oktober und November wurden Landesregierungen gewählt, Arbeitsstäbe zur Gründung der Fachministerien wurden gebildet. Diese wenigen Stichworte machen verständlich, warum die Landesregierungen - genauer: die Sozial- bzw. Gesundheitsministerien - der neuen Länder in der zentralen Phase der Weichenstellungen für die ambulante ärztliche Versorgung auch dort, wo ein diesbezüglicher politischer Wille bestand, kaum als gestaltende Akteure auftreten konnten.⁷⁶

Insofern konnten von den Koalitionsvereinbarungen und Regierungserklärungen nach den Landtagswahlen zu jener Zeit in erster Linie "Signalwirkungen" für die Beteiligten ausgehen. Die Dokumente zeigen, daß die jeweiligen Regierungsmehrheiten unterschiedliche Auffassungen zur Struktur und Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung hatten: Während die ambulante Gesundheitsversorgung in der Regierungserklärung des Ministerpräsidenten von Sachsen (CDU) keine Erwähnung findet, das Ziel in Thüringen (CDU/FDP-Koalition) ausschließlich dahingehend formuliert wird, "eine stärkere Eigenverantwortung der Ärzte in freier Niederlassung (zu) fördern",⁷⁷ betonen die Landesregierungen von Sachsen-Anhalt (CDU/FDP)⁷⁸ und Mecklenburg-Vorpommern (CDU/FDP)⁷⁹ einerseits die Notwendigkeit und Förderung einer Umstrukturierung in Richtung auf die Versorgung durch niedergelassene Ärzte, sagen andererseits eine soziale Abfederung des Umstrukturierungsprozesses zu. Die Koalitionsvereinbarung der CDU/SPD-Koalition in

75 Vgl. § 1 des Ländereinführungsgesetzes vom 22.07.1990 (GBl. I Nr. 51 S. 955) i.d.F. v. Anlage II Kap. II Sachgebiet A Abschn. II des Einigungsvertrages.

76 Vgl. Interviews mjw08101, mew20091, mjw22081. Eine Sonderrolle gilt insoweit für Ost-Berlin, insbesondere da Magistrat und Senat bereits vor dem Beitritt in Bezug auf die Gesundheitsversorgung eng kooperiert hatten (vgl. Interview mew19082).

77 Vgl. Thüringer Landtag 1. Wahlperiode, Plenarprotokoll 1/5, 15.11.1990: 73.

78 Regierungserklärung von Herrn Ministerpräsidenten Dr. Gies in der Sitzung des Landtags von Sachsen-Anhalt am 2. November 1990 (Beilage zum Ministerialblatt für das Land Sachsen-Anhalt v. 14.01.1991, VI).

79 Regierungserklärung von Ministerpräsident Dr. Alfred Gomolka am 30. November 1990 vor dem Landtag Mecklenburg-Vorpommern. Pressestelle der Staatskanzlei des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.), Schwerin 1990: 23-24.

Berlin spricht demgegenüber davon, es gelte, für die Einrichtungen eine "faire Chance" zu belassen. Auch der Ministerpräsident von Brandenburg betonte in der Regierungserklärung der SPD/FDP/Grüne/Bündnis'90-Koalition: "Polikliniken und Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens sind...für die medizinische Grundversorgung unverzichtbar. Sie sind finanzierbar und brauchen eine faire Chance im Wettbewerb mit niedergelassenen Ärzten" und sagt hierfür organisatorische und finanzielle Unterstützung des Landes zu.⁸⁰

Auch in der faktisch eingeschlagenen Politik sind Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen: Der Sozialminister von Thüringen legte den Kommunen in einem Rundschreiben Ende 1990 nahe, den Beschäftigten in Einrichtungen zu kündigen,⁸¹ im Verlauf des Jahres 1991 hat das Land bewußt nicht in den Transformationsprozeß eingegriffen.⁸² Auch Mecklenburg-Vorpommern hat in den Prozeß nicht eingegriffen.⁸³

Sachsen hat sich einerseits zwar im Umstrukturierungsprozeß ebenfalls nicht engagiert, andererseits aber Bemühungen unternommen, bestimmte Inhalte, die im DDR-Gesundheitswesen (zumindest teilweise) praktiziert wurden, in die kassenärztliche Versorgung zu integrieren.⁸⁴

Die Landesregierung von Sachsen-Anhalt hatte, nachdem einerseits ein "Runder Tisch Gesundheitspolitik" übereinstimmend bereits zur Jahreswende 1990/91 zu der Einschätzung gelangt war, der Niederlassungsprozeß werde die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung nicht beeinträchtigen, und andererseits die Niederlassung "...von einer derartigen Eigendynamik (geprägt war; JW), daß staatliches Handeln und staatliche Einflüsse die Entwicklung kaum hätten beeinflussen können...bewußt darauf verzichtet, die Entwicklung flankierend zu begleiten."⁸⁵ Allerdings hat das Land in den

80 Regierungserklärung von Ministerpräsident Manfred Stolpe am 6. Dezember 1990 vor dem Landtag Brandenburg "Brandenburg unverzichtbar im geeinten Deutschland", Presse- und Informationsamt des Landes Brandenburg (Hrsg.), Potsdam 1991: 35.

81 Vgl. Interview m. dem Sozial- u. Gesundheitsminister, in: Humanitas, Nr. 3/91: 7.

82 Vgl. Interview mjw08101.

83 Vgl. Interview mjw22081.

84 So hat das Land etwa auf den Abschluß einer Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Primärkassen und der KV Sachsen über die Behandlung bei Diabetes und Fettstoffwechselstörungen hingewirkt (vgl. Interview mew20091).

85 Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD betr. die Entwicklung des ambulanten Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt.

Haushalt 1991 einen Titel "Zuschüsse an Polikliniken, Ambulatorien und Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege" eingebracht und mit rd. 145 Mio. DM ausgestattet, die insbesondere den Kommunen als Eigentümern der Immobilien, in denen Einrichtungen oder niedergelassene Kassenärzte tätig sind, für Investitionen in die bauliche oder medizinisch-technische Infrastruktur zur Verfügung standen. Hiermit sollte die Umstrukturierung der Einrichtungen erleichtert werden.⁸⁶

Das Land Brandenburg hat ein Konzept zur Umstrukturierung von Einrichtungen in sog. "Gesundheitszentren" entwickelt, in denen niedergelassene und angestellte Ärzte gleichermaßen tätig sein können, und bietet einen entsprechenden Beratungsdienst sowie eine finanzielle Förderung der Anlaufphase auf Darlehensbasis (Haushaltsmittel 1991: 117 Mio. DM) an;⁸⁷ allerdings hat das Sozialministerium - nach Interviewaussagen⁸⁸ - einen "Lernprozeß" durchlaufen und sieht die Frage, ob Ärzte im Angestellten-Status sind, heute als nachrangig an.

Für das Land Berlin schließlich besteht eine Sondersituation, weil es als Stadtstaat zugleich Kommune und insoweit Träger der Einrichtungen ist. Der Senat hatte bereits im Dezember 1990 beschlossen, die Einrichtungen vorerst sämtlich weiterzuführen und für 1991 eine Beschäftigungsgarantie auszusprechen. Vorsorglich wurde ein Defizit der Einrichtungen von 43 Mio. DM im Haushaltsplan eingeplant.⁸⁹ In 1991 wurden vom Senat verschiedene Konzeptionen erarbeitet, einen Teil der Einrichtungen in gemeinnützige Trägergesellschaften zu überführen. In diese Trägerschaft der Einrichtungen sollten teilweise auch Wohlfahrtsverbände sowie die Landesärztekammer einbezogen werden. Allerdings war zwischen den Beteiligten umstritten, inwieweit die Einrichtungen im Rahmen solcher Trägergesellschaften nur "sozialverträglich abgewickelt" werden sollten oder inwieweit hiermit eine

Vervielfältigtes Manuskript, Magdeburg 1992: 3.

- 86 Vgl. Interview mjw20081. Siehe auch Antwort der Landesregierung Sachsen-Anhalt auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD die Entwicklung des ambulanten Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt betreffend. Vervielfältigtes Manuskript, Magdeburg 1992.
- 87 Vgl. Jacobs/Schräder 1991; vgl. auch (vorläufige) "Förderrichtlinie des Landes Brandenburg über die Gewährung von Zuwendungen zur Umstrukturierung poliklinischer Einrichtungen in tragfähige Gesundheitszentren". Vervielfältigtes Manuskript, Potsdam 1991.
- 88 Vgl. Interviews mjw02101 u. mew19083.
- 89 Vgl. Interview mew19082.

Entwicklungsperspektive verbunden sein sollte.⁹⁰ Auch auf diese Auseinandersetzungen sowie den nachhaltigen Widerstand der KV Berlin ist es offensichtlich zurückzuführen, daß bis Jahresende 1991 noch keine dieser Konzeptionen realisiert worden war.

Wird gefragt, welche Auswirkungen die unterschiedlichen Landespolitiken auf die Entscheidungsprozesse der Ärzte hatten, so ist festzuhalten, daß mit Ausnahme der Länder Brandenburg und Berlin keine spezifische Politik, die eine Entscheidung zugunsten des Verbleibs in den Einrichtungen hätte bewirken können, eingeleitet wurde. Die in den übrigen vier Ländern des Beitrittsgebietes implementierte Politik wird vielmehr die Überzeugung verstärkt haben, daß eine berufliche Tätigkeit als ambulant tätiger Arzt auf Dauer nur in der Niederlassung möglich sein wird. In Berlin hat die frühe Entscheidung, für 1991 eine Beschäftigungsgarantie zu geben, zunächst (s. Abb. 2) zu einem langsameren Niederlassungstempo geführt;⁹¹ allerdings hat sich dieses Tempo offensichtlich nach dem kontinuierlichen Scheitern der verschiedenen Konzeptionen zum Jahreswechsel 1991/92 erheblich beschleunigt.⁹² Das Land Brandenburg hat erst vergleichsweise spät - nämlich im Februar 1991 - sein Konzept der Einrichtung von Gesundheitszentren vorgelegt; zu diesem Zeitpunkt war der Niederlassungsprozeß bereits erheblich in Gang gekommen. Auch entwickelte sich zunächst eine heftige Kontroverse zwischen Brandenburg und der KBV, die dazu führte, daß nicht wenige Ärzte unsicher darüber waren, ob das "Brandenburg-Modell" ihnen eine hinreichend verlässliche Perspektive geben könnte.⁹³ Allerdings war die Niederlassungsdynamik in Brandenburg im ersten Halbjahr 1991 spürbar geringer als etwa in Thüringen oder Sachsen-Anhalt.

Die Politik von KVen und Krankenkassenverbänden

In Ostdeutschland hatten sich seit dem Frühjahr 1990 Ärzte aus Einrichtungen zu "Kassenärztlichen Vereinigungen" in der Rechtsform privatrechtlicher eingetragener Vereine zusammengeschlossen, um sich für eine Übernahme

90 Vgl. Interviews mjw14011, mjw16011.

91 Von der KV Berlin wird das langsamere Tempo allerdings insbesondere auf eine restriktive Praxis des Landes bezüglich der Möglichkeit, sich in den Gebäuden der Polikliniken niederlassen zu können, zurückgeführt (Interview mjw21081).

92 Das diesbezügliche statistische Material konnte bis Redaktionsschluß dieses Beitrags nicht von der KBV zur Verfügung gestellt werden.

93 Vgl. Interviews mew19083, mjw16012.

des bundesdeutschen Kassenarztrechtes einzusetzen (vgl. hierzu ausführlich: Erdmann 1991). Diese wurden durch den Einigungsvertrag ermächtigt, bis zu dem Zeitpunkt, an dem KVen als Körperschaften öffentlichen Rechts "handlungsfähig" sind, längstens aber bis 30. Juni 1991, deren Aufgaben wahrzunehmen (§ 311 Abs. 4 Buchst. d SGB V). Solange nicht die öffentlich-rechtlichen Körperschaften, sondern die privatrechtlichen Vereine als KVen fungierten, fand die für die öffentlich-rechtlichen Körperschaften vorgeschriebene "Parität" zwischen niedergelassenen Kassenärzten und Ärzten aus Einrichtungen in den Selbstverwaltungsgremien keine Anwendung. Als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Parität haben sich die KVen zwischen April und Juni 1991 konstituiert.⁹⁴

Damit waren die KVen in den ersten Monaten der Übergangsphase in der Lage, ohne Berücksichtigung der Interessen der Ärzte aus Einrichtungen zu agieren. Zwar war die Zulassung der Einrichtungen durch den Einigungsvertrag von den KVen zu exekutieren, sie hatten jedoch etwa hinsichtlich der Informationspolitik,⁹⁵ der Kooperation mit den Krankenkassen und Länderbehörden, sowie bei der Interpretation von "Lücken" im Einigungsvertrag Spielräume⁹⁶. Dies "erleichterte" auch die Einflußnahme der westdeutschen Partner-KVen.

Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind in den ersten Monaten des Jahres 1991 errichtet worden. Sie sind wie die Einzelkassen - von wenigen Ausnahmen abgesehen - im bisherigen Transformationsprozeß relativ wenig in Erscheinung getreten.⁹⁷ Hierzu trägt auch bei, daß die Kassen in erster Linie mit der Mitgliedererfassung etc. befaßt waren und die Landesverbände personell bisher nur sehr dünn besetzt sind. Von Kon-

94 In Thüringen sind offensichtlich die den Ärzten aus Einrichtungen zustehenden Sitze nicht besetzt, da sich keine Bewerber zur Wahl stellten (Erdmann 1991: 27). In Berlin fand die Zuwahl Ost-Berliner Delegierter zur Vertreterversammlung der KV erst im Dezember 1991 statt. Allerdings hatte die KV in den Zulassungs- und Berufungsausschuß bereits zuvor niedergelassene Ärzte aus Ost-Berlin hinzugewählt - die Ärzte aus Einrichtungen hätten (lt. KV) hierzu keine Vorschläge unterbreitet (Interview mjw21081).

95 So ist von Fällen berichtet worden, in denen die privatrechtlich organisierte KV angestellte Ärzte nicht zu ihren Informationsveranstaltungen zugelassen hat (Interview mmw06091).

96 Dies gilt z.B. für die Frage der Zulassung der ambulant tätigen Ärzte aus Krankenhausfachambulanzen, wo offenbar die Politik der KVen noch restriktiver war, als durch die Empfehlungen und vertraglichen Vereinbarungen von KBV und GKV-Spitzenverbänden angelegt (vgl. Interviews mew20091, mjw22081, mjw20081).

97 Vgl. Interviews mjw22081, mjw20081, mew20091, mjw15011.

flikten, die die Krankenkassen(verbände) mit den KVen in Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung eingegangen sind, ist nichts bekannt.

Werden die Wirkungen der Politik von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbänden auf die Entscheidungsfindung der Ärzte untersucht, ist festzustellen, daß insbesondere die Tatsache, daß die KVen aus der Perspektive dieser Ärzte nicht "neutral" für die Belange aller ambulant tätigen Ärzte eintraten, sondern deren Tätigkeit in erster Linie die Niederlassung und die bereits niedergelassenen Ärzte förderte - wie es sich auch sinnbildlich in der Nicht-Vertretung von Poliklinikern in den KVen in den ersten Monaten der Übergangsphase äußerte - für nicht wenige Ärzte die Eintrittswahrscheinlichkeit von "Arbeitsplatzsicherheit" der Handlungsalternative "Verbleib in der Poliklinik" weiter verringert haben dürfte.

3.3.5 Rahmenbedingungen durch die Akteure auf der Mikroebene

Das Verhalten der Träger der Einrichtungen

Träger der ambulanten Gesundheitseinrichtungen - und damit einerseits Arbeitgeber der dort beschäftigten ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeiter sowie andererseits Empfänger der Vergütungen für abgerechnete Leistungen gegenüber den verschiedenen Kostenträgern, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen (soweit ärztliche Leistungen angesprochen sind) und den Krankenkassen (soweit verschiedene nicht-ärztliche medizinische Leistungen, etwa Heilmittel oder häusliche Krankenpflege angesprochen sind) - sind im Regelfall die Kreise bzw. kreisfreien Städte. Dies gilt auch für die Einrichtungen des ehemaligen betrieblichen Gesundheitswesens. Eigentümer der Immobilien, in denen die Gesundheitseinrichtungen betrieben werden, ist hingegen im Regelfall entweder die Gemeinde oder - bei ehemaligen Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens - der Betrieb.⁹⁸

98 Wer einerseits Träger der Einrichtungen ist und bei wem andererseits die gebäudewirtschaftliche Zuständigkeit liegt, war in den ersten Monaten des Beitritts teilweise noch nicht allen Beteiligten klar. Nach dem Gesetz über die Selbstverwaltung der Gemeinden und Landkreise in der DDR (Kommunalverfassung) vom 17.05.1990 (GBl. I Nr. 28 S. 255) war die Verantwortung für die "gesundheitliche und soziale Betreuung" als Selbstverwaltungsaufgabe der Kommunen definiert worden. Die gebäudewirtschaftliche Zuständigkeit für die Einrichtungen der territorialen Versorgung ergab sich aus dem Gesetz über das Vermögen der Gemeinden, Städte und Landkreise (Kommunalvermögensgesetz) der DDR vom 06.07.1990 (GBl. I S. 660). Aufgrund dieses Gesetzes (§ 21) konnte die Eigentümerschaft an den vom betrieblichen Gesundheitswesen bislang genutzten Gebäuden auf Antrag der Gemeinde vom Betrieb an die Kommune übertragen werden. Träger von ambulanten Gesundheitseinrichtungen

Überwiegend haben die Träger seit Ende vergangenen Jahres eine rasche Niederlassung der in den Einrichtungen beschäftigten Ärzte angestrebt.⁹⁹ Insbesondere vor dem Hintergrund der generellen Finanznot der Kommunen befürchteten diese, die von den westdeutschen ärztlichen Standesvertretern regelmäßig als unwirtschaftlich arbeitend bewerteten Einrichtungen würden durch Defizite zur Erhöhung der finanziellen Schwierigkeiten beitragen. Auch war häufig unbekannt, welche Kostenträger die weiteren von den Polikliniken bislang wahrgenommenen Aufgaben, die nicht in das Leistungsspektrum der GKV gehörten, finanzieren würden.¹⁰⁰ Zu Beginn des Jahres schienen sich die finanziellen Befürchtungen zudem zu bestätigen: Die Gehälter für die ärztlichen und nicht-ärztlichen Beschäftigten waren zu zahlen, ohne daß die Abschlagszahlungen der KBV eingetroffen waren (BerG 1991: 1-2; Hofemann 1991: 670). Hinzu kam, daß durch den abrupten Abgang von Ärzten in die Niederlassung ein Überhang nicht-ärztlicher Mitarbeiter entstand, der seinerseits Finanzierungslücken verursachte (BerG 1991: 2-4).

In dieser Situation haben Kommunen einerseits in zahlreichen Fällen Kündigungen der Arbeitsverhältnisse ärztlicher wie nicht-ärztlicher Mitarbeiter ausgesprochen.¹⁰¹ Investitionen der Kommunen in die Einrichtungen, soweit sie sie mit einem "Restbestand" an Ärzten fortgeführt haben, sind so gut wie unterblieben. Andererseits sind für die Ärzte zumindest in der Anfangszeit durch niedrige Mieten bei einer Niederlassung in der Einrichtung oder in anderen kommunalen Gebäuden, häufig unentgeltliche Überlassung der Geräte und regelmäßig unentgeltliche Überlassung der Patientenkarteen Anreize zur Niederlassung geschaffen worden.¹⁰² Zugleich haben die Kommunen die

an Krankenhäusern (Fachambulanzen) waren die Krankenhausträger, womit neben den Kommunen auch freigemeinnützige Träger in Betracht kommen; bei Polikliniken der Universitäten ist das Land Träger der Poliklinik.

- 99 Vgl. Interviews mmw06091, mew19083, mjw01102 sowie zahlreiche Illustrationen in der lokalen Tagespresse in den neuen Ländern.
- 100 Einen Überblick über die Vielzahl bislang von Einrichtungen wahrgenommener Aufgaben und die hierfür im bundesdeutschen Kontext nunmehr zuständigen Kostenträger gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (1991: 23-24).
- 101 Dies scheint für die Ärzte in Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens im besonderen Maße zu gelten - insbesondere für Ärzte in solchen Einrichtungen, die nicht in die Versorgung der umliegenden Wohnbevölkerung integriert waren (vgl. Interview mjw01102).
- 102 Vgl. Interviews mew19082, mjw20081, mjw22081, mjw01102, mjw08101. In Berlin ist diskutiert worden, ob die sich niedergelassen habenden Ärzte beim Verkauf ihrer Praxis einen Teil des Erlöses als Ausgleich für die unentgeltliche Überlassung der Patientenkartei an das Land abführen sollten (Interview mew19082).

Arbeitseinheiten, die bislang in den Polikliniken solche Aufgaben wahrgenommen hatten, für die nunmehr die Kommunen zuständig geworden waren (insbesondere: Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes), vielfach aus den Polikliniken herausgelöst.

Soweit (zumeist ältere) Ärzte gegenwärtig noch beschäftigt sind, ist die Mehrzahl der Träger allerdings bereit, diese solange (zumindest bis Ende 1995) weiter zu beschäftigen, wie diese sich und die nicht-ärztlichen Mitarbeiter selber tragen.¹⁰³ Teilweise wird die Entscheidung, eine Einrichtung mit den im Angestelltenverhältnis verbliebenen Ärzten weiter bestehen zu lassen, von dem Ergebnis einer "Wirtschaftlichkeitsprüfung" - entweder der Einrichtung insgesamt oder der einzelnen ärztlichen Mitarbeiter - abhängig gemacht.¹⁰⁴ Im gegenwärtig noch bestehenden Finanzierungssystem der Polikliniken über den spezifischen Besonderheiten im Leistungsspektrum der einzelnen Einrichtungen nur unzureichend Rechnung tragende Fallpauschalen, deren Höhe insbesondere von der Struktur der Ärzteschaft nach Facharztgruppen und der Zahl der in einer Einrichtung vertretenen Facharztgruppen abhängt, ist die "Wirtschaftlichkeit" hierbei nicht nur von der Akzeptanz der Einrichtung bei den Patienten, sondern auch von der Zusammensetzung mit Ärzten über die verschiedenen Fachgruppen und deren jeweilige Leistungsintensitäten abhängig.

Für den Entscheidungsprozeß der Ärzte ist das Verhalten der Kommunen unter mehreren Aspekten bedeutsam: Ärzte, denen gegenüber Kündigungen ausgesprochen oder angekündigt wurden, hatten faktisch, sofern sie weiterhin an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen und nicht auf andere ärztliche (oder nicht-ärztliche) Arbeitsfelder ausweichen oder arbeitslos werden wollten, keine andere Möglichkeit als den Gang in die Niederlassung. Die Kündigungen bewirkten aber auch bei den nicht direkt von ihnen betroffenen Ärzten eine einschneidende Neukalkulation der Kosten und Nutzen der Handlungsalternativen: Hinsichtlich der Eigenschaft "sicherer Arbeitsplatz" erschien die Eintrittswahrscheinlichkeit bei Verbleib in der Poliklinik vermutlich deutlich geringer als zuvor. Diese Eintrittswahrscheinlichkeit schien sich darüber hinaus mit zunehmenden Niederlassungen jeweils weiter zu verrin-

103 Vereinzelt ist berichtet worden, daß der Finanzdezernent des Kreises bzw. der Stadt auch "Überschüsse", die die angestellten Ärzte erwirtschaften sollten, bereits im Haushaltsplan eingeplant hat (Interview mjw01102). Zur Bereitschaft der Kommunen, die noch verbliebenen Polikliniken auch weiterhin zu tragen, vgl. auch Hofemann (1991).

104 Vgl. Interviews mjw01101, mew19082, mjw16011. In Brandenburg sind solche Wirtschaftlichkeitsprüfungen Bestandteil der dortigen Konzeption der Errichtung von Gesundheitszentren. Vgl. hierzu BerG (1991a).

gern, da diese - wie beschrieben - steigende Personalüberhänge im nicht-ärztlichen Bereich und daher steigende Defizit-Gefahren mit sich brachten. Auch durch die weitgehende Unterlassung von Investitionen in die Einrichtungen durch deren Träger wurde die Sicherheit des Arbeitsplatzes als gefährdet erlebt, insoweit die Patienten hierauf mit Abwanderung zu mit Investitionen ausgestatteten niedergelassenen Praxen reagieren könnten (s.u.) und somit die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung gefährdet würde.

Der Verzicht auf investives Engagement wird zugleich zu einer Neukalkulation der Eintrittswahrscheinlichkeit bezüglich des Kriteriums "gute Medizin betreiben können" geführt haben. Die Wahrscheinlichkeit, bei Beschäftigung in der Einrichtung "gute Medizin" betreiben zu können, wird aber auch deswegen abgenommen haben, weil sich im Zusammenhang mit den Kündigungen von nicht-ärztlichen medizinischen Mitarbeitern und der Überführung von Teilen dieser Mitarbeiter in Organisationseinheiten außerhalb der Polikliniken zeigte, daß die von den Ärzten bislang als nutzenstiftend perzipierten Verzahnungs- und Integrations-Funktionen der Einrichtungen nicht länger möglich sein würden. Auch ist über die - häufig auf den individuellen Arzt bezogene - Wirtschaftlichkeitsprüfung, die der Träger bei der Einrichtung durchführt, nun auch dort der Zwang "ökonomischen Denkens" präsent - mithin verliert die Einschätzung, in der Einrichtung könne - im Gegensatz zur niedergelassenen Praxis - ohne ökonomischen Imperativ eine Orientierung ausschließlich an medizinischen Bewertungen stattfinden, an Gültigkeit.

Patientenverhalten

Sowohl für den Arzt in der Niederlassung als auch den bei einer Poliklinik angestellten Arzt ist die Zahl der von ihm betreuten Patienten von erheblicher Bedeutung: Für den niedergelassenen Arzt folgt aus der Einzelleistungsvergütung unmittelbar, daß ein seine laufenden Praxiskosten, die Investitionsfinanzierung, den Unternehmerlohn und einen Gewinn ermöglichender Umsatz an eine ausreichende Fallzahl gekoppelt ist. Aber auch für den Polikliniker, dessen Gehalt in keinem direkten Zusammenhang zu der Zahl der von ihm versorgten Patienten steht, ergibt sich dieser Zusammenhang mittelbar: Wie skizziert wird ein erheblicher Teil der Träger eine Poliklinik schließen, wenn die Einrichtung insgesamt nicht die laufenden Kosten "einspielt". Teilweise droht für den einzelnen Arzt auch die Kündigung, sofern er individuell nicht für sich und die ihm zugeordneten nicht-ärztlichen Mitarbeiter ausreichend Einnahmen erwirtschaftet. Daher ist das Patientenverhalten ein die Entscheidungsfindung beeinflussender Faktor.

Aus der Zeit von Mitte 1990 bis Anfang 1991 liegen mehrere Untersuchungen über die Einstellung der Bevölkerung zu den Alternativen der ambulanten Versorgung vor. Diese ergeben übereinstimmend das Bild, daß ein großer Teil der Patienten einerseits mit der gesundheitlichen Versorgung durch Einrichtungen zufrieden war,¹⁰⁵ andererseits die Erwartung bestand, im Zuge der Niederlassungen würde sich die gesundheitliche Versorgung verbessern.¹⁰⁶

Auf die Entscheidungen der Ärzte werden diese Patienteneinschätzungen daher, sofern sie ihnen durch die Arzt-Patienten-Kontakte in der Tendenz bekannt waren, ambivalent gewirkt haben: Während aus der Zufriedenheit mit dem Versorgungssystem eine "Arbeitsplatzsicherheit" in der Poliklinik resultieren könnte, könnte die Erwartung der Patienten, mit Niederlassungen würde sich die Versorgung verbessern, so interpretiert werden, daß die Patienten aus der Poliklinik "abwandern" und damit die ökonomische Basis der Angestelltentätigkeit gefährden könnten. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, daß sich bis zum Inkrafttreten des bundesdeutschen Rechts bei

105 In einer Untersuchung des Sample-Instituts im Auftrag des BKK-Bundesverbandes im Mai 1990 gaben 64 % der befragten Nutzer von Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens an, mit ihrer dort erhaltenen medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zufrieden zu sein, während 19 % eher unzufrieden bzw. sehr unzufrieden waren. Unter den (mit einer offenen Frage erfragten) Gründen der guten Zufriedenheit dominierten - in dieser Reihenfolge - "gute Versorgung", "kurze Wartezeiten" und "Angebot von Vorsorgeuntersuchungen", während unter den Gründen der Unzufriedenheit "schlechte Versorgung", "lange Wartezeiten" und "unfreundliche/unpersönliche Behandlung" dominierten (BKK-Bundesverband Stabsabteilung Unternehmensplanung 1990: 6-9). In einer von der Braunschweiger Kasse - einer Ersatzkasse für Arbeiter - durchgeführten (auf Beschäftigte im Bekleidungs-gewerbe beschränkten) Befragung beurteilten im 4. Quartal 1990 67 % der Befragten die bisherige Versorgung in Polikliniken als "gut" gegenüber 28 % Beurteilungen als "nicht gut" (Kruse/Kruse 1991: 10-13); 78,3 % sprachen sich dafür aus, die Einrichtungen zu erhalten (Kruse/Kruse 1991: 14). Im April 1991 waren in einer für das "ZDF-Gesundheitsmagazin Praxis" von der Forschungsgruppe Wahlen (im Rahmen des ZDF-Politbarometers) durchgeführten Befragung 64 % der Bevölkerung sehr zufrieden oder zufrieden mit der medizinischen Versorgung. 49 % der Befragten sahen zu diesem Zeitpunkt keinen Unterschied gegenüber der Versorgung vor der Wende, 27,2 % bewerteten sie als verbessert, 9,6 % demgegenüber als verschlechtert (Forschungsgruppe Wahlen e.V. 1991: Politbarometer 4/91 - Sonderauswertungen zu Fragen 59 u. 6061).

106 In der von der Braunschweiger Kasse durchgeführten Untersuchung stimmten 88,3 % der Befragten der Aussage "Ich erwarte mehr von ihm." über den frei praktizierenden Arzt zu (Kruse/Kruse 1991: 14). In der Befragung für das ZDF-Gesundheitsmagazin "Praxis" bekundeten 63,3 % der Ärzte, daß es ihnen "lieber wäre", wenn die medizinische Versorgung "hauptsächlich durch in eigenen Praxen tätige Ärzte" erfolgen würde, während 27,9 % eine Situation bevorzugten würden, in der sie "hauptsächlich durch beim Staat angestellte Ärzte" erfolgen würde (Forschungsgruppe Wahlen e.V. 1991, Sonderauswertung zu Frage 62).

den Ärzten recht unterschiedliche Einschätzungen über die "Patiententreue" herausgebildet hatten: Im 4. Quartal 1990 waren rd. 59 v.H. aller "bestimmt niederlassungswilligen" Ärzte davon überzeugt, mehr als 85 v.H. ihrer bisherigen Patienten behalten zu können und weitere 30 v.H. der zur Niederlassung fest entschlossenen Ärzte waren immerhin noch zuversichtlich, mehr als 60 v.H. ihrer bisherigen Patienten behalten zu können. Demgegenüber waren von den "vielleicht niederlassungswilligen Ärzten" nur 39 v.H. davon überzeugt, mehr als 85 v.H. ihrer bisherigen Patienten behalten zu können und weitere 41 v.H. schätzten den Anteil der von ihnen gehaltenen Patienten auf mehr als 60 v.H.¹⁰⁷

Wird demgegenüber das tatsächliche Verhalten der Patienten seit Jahresbeginn 1991 aus den Interviews mit gesundheitspolitischen Beteiligten sowie ambulant tätigen Ärzten rekonstruiert, so ergibt sich das folgende Bild: Sofern die Arzt-Patienten-Beziehung wenig eng war, was insbesondere für verschiedene Facharzttrichtungen und in der Großstadt eher als in ländlichen Gebieten zutrifft, sind in größerem Umfang Wechsel zu sich niederlassenden Ärzten, die umfangreich in eine neue Praxis, d.h. insbesondere: in die medizinisch-technische Ausstattung, investiert haben, erfolgt. Hier wirkt sich bereits aus, daß die Kommunen als Träger der Einrichtungen bislang im Regelfall nicht in die medizinisch-technische Ausstattung investiert haben. Sofern hingegen eine langjährige und intensive Arzt-Patienten-Beziehung bestand, sind die Patienten ihren Ärzten sowohl bei Niederlassung als auch bei Verbleib als Arzt der Einrichtung "treu" geblieben. Feststellungen allerdings, seit Ermöglichung der Niederlassungen hätte der Patientenkreis der Einrichtungen zugenommen,¹⁰⁸ dürften sich eher auf Einzelfälle beziehen.

Hinsichtlich der Auswirkungen des Patientenverhaltens nach Eröffnung der Niederlassungsmöglichkeiten auf die Entscheidungssituation solcher Ärzte, die sich bis zu diesem Zeitpunkt nicht für eine Niederlassung entschlossen hatten, ist einerseits auf die individuelle Motivlage abzustellen, andererseits zu berücksichtigen, daß - wegen des skizzierten Trägerverhaltens - nicht nur die Entwicklung des jeweils individuellen Patientenstammes, sondern u.U. auch die des Patientenstammes der übrigen angestellten Ärzte der Einrichtung von Bedeutung ist: Stellt der Arzt fest, daß sowohl seine eigenen Patienten als auch die der übrigen Ärzte der Poliklinik erhalten bleiben, kann er - sofern das bisherige Trägerverhalten eine solche Interpretation zuläßt - zu

107 Vgl. Datensatz "Arztbarometer I" (Infratest Gesundheitsforschung/ISOG Medizinsoziologie/ZEG 1991). Nicht-niederlassungswilligen Ärzten wurde die Frage nicht gestellt.

108 Vgl. Interview mew19081.

der Einschätzung kommen, daß der Träger die Klinik weiterführen würde, und darauf weiterhin das Anstellungsverhältnis präferieren. Dies wird allerdings insoweit nicht gelten, wie unter den bisher zur Entscheidung gegen die Niederlassung geführt habenden Faktoren insbesondere die ökonomische Unsicherheit der Niederlassung eine wichtige Rolle spielte und diese aufgrund des Verbleibs der Patienten beim Arzt nunmehr als geringer eingeschätzt wird.

Findet sich der einzelne Arzt hingegen in einer Situation, in der zwar er seinen Patientenstamm behält, ein nennenswerter Teil der übrigen Ärzte der Poliklinik aber einen erheblichen Verlust ihrer Patienten hinnehmen muß, wird der Arzt das Risiko, daß die Einrichtung schließen wird, hoch ansetzen, seine "Überlebenschancen" bei Niederlassung hingegen vergleichsweise günstiger bewerten, so daß eine Entscheidung zur Niederlassung resultieren kann. Umgekehrt wird das Kalkül eines Arztes aussehen, der feststellt, daß seine eigenen Patienten in nennenswertem Umfang abgewandert sind, die übrigen an der Poliklinik noch beschäftigten Ärzte ihre Patienten hingegen behalten konnten: Die Handlungspräferenzen dieses Arztes werden verstärkt auf einen Verbleib in der Einrichtung ausgerichtet sein. Stellen schließlich alle Ärzte einer Einrichtung Abwanderung von Patienten in erheblichem Umfang fest, muß es als relativ unwahrscheinlich gelten, daß eine realistische Perspektive zur Weiterführung der Einrichtung besteht.

Die Beziehungen der Ärzte untereinander

Die vorstehende Analyse hat gezeigt, daß sowohl durch die auf der Makroebene durch Gesetzgeber und Verbände, als auch durch die auf der Mikroebene durch die Träger der Einrichtungen gesetzten Rahmenbedingungen - bei nicht eindeutigen Folgewirkungen des Patientenverhaltens - eine Veränderung der relativen Preise insoweit bewirkt wurde, daß die Eintrittswahrscheinlichkeit von Kosten verursachenden Eigenschaften eines Verbleibs in den Polikliniken heraufgesetzt und daher auch bei unveränderten Zielpräferenzen und unveränderter Informationslage die Möglichkeit des Umschwungs von Handlungspräferenzen zugunsten der Einrichtung zu solchen zugunsten der Niederlassung bewirkt wurde.

Lag bislang der Schwerpunkt der Argumentation auf der Evaluation der sich verändernden Rahmenbedingungen durch den einzelnen Arzt, so ist dennoch an verschiedenen Stellen bereits deutlich geworden, daß in dessen Kalkulation von Kosten und Nutzen der beiden Handlungsalternativen auch die erwarteten Entscheidungen und Handlungsfolgen der anderen bislang als Angestellte

beschäftigten Ärzte einfließen: Diese Konstellation lag zum einen bereits auf der Ebene der Präferenzbildung hinsichtlich des Entstehens einer "Metapräferenz" der Orientierung am westdeutschen Modell vor: Da die übrigen Ärzte eine Gruppe darstellen, an welcher der einzelne Arzt sein Normen- und Wertgefüge mißt, erscheint es nicht unplausibel, daß um so mehr Ärzte das westliche Modell als Bezugsrahmen akzeptieren, je mehr sie erwarten, daß auch viele andere Ärzte diese Metapräferenz haben.

Aber nicht nur bei der Präferenzbildung, sondern auch bei der Kosten und Nutzen bestimmenden Festlegung von Eintrittswahrscheinlichkeiten der konkreten Eigenschaften der Handlungsalternativen wurde bereits Interdependenz der ärztlichen Entscheidungen festgestellt: Hinsichtlich der Reaktionen der Träger der Einrichtungen wurde festgestellt, daß deren Bereitschaft, die Einrichtung fortzuführen, auch davon abhing, ob diese sich finanziell trägt. Die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung wurde aber, wie beschrieben, dann beeinträchtigt, wenn Ärzte rasch die Einrichtung verlassen und hierbei Personalüberhänge im nicht-ärztlichen Bereich entstehen lassen - je mehr ein Arzt damit rechnen mußte, daß andere in die Niederlassung gehen würden, um so kostenträchtiger wurde für ihn somit der Verbleib in der Poliklinik. Dies gilt, wie bei der Analyse des Patientenverhaltens festgestellt, in verstärktem Umfang, wenn sich niederlassende Ärzte von weiterhin in der Poliklinik beschäftigten Ärzten Patienten abziehen.

Für Ärzte, deren Zielpräferenzen gegenüber der Ausgangssituation, in der für sie $SEU(V) > SEU(N)$ galt, unverändert geblieben sind, und bei denen auch keine durch eine veränderte Informationslage bedingte Neukalkulation der Vektoren p_V und p_N eingetreten ist, hat die Entscheidungssituation daher - unbeschadet der Veränderung der relativen Preise durch die übrigen Akteure auf der Makro- wie Mikroebene - den Charakter eines "assurance game".¹⁰⁹ Abb. 5 verdeutlicht den Zusammenhang: Gegeben sei ein in einer Poliklinik beschäftigter Arzt, der den übrigen dort bislang beschäftigten Ärzten gegenübergestellt wird. Es liegt eine symmetrische Präferenzstruktur vor: Sowohl der einzelne Arzt als auch die übrigen Ärzte würden den höchsten Nutzen erzielen, wenn alle Beteiligten in der Poliklinik verblieben (Auszahlungen: 4;4), und der Nutzen wäre deutlich niedriger, wenn sich alle Beteiligten in der Niederlassung wiederfänden (Auszahlungen: 2;2). Eine Situation, in der sich der einzelne Arzt für die Niederlassung, die übrigen hingegen für die Poliklinik entscheiden, würde von dem einzelnen Arzt als nützlicher empfunden als die Situation, in der alle Ärzte in der Niederlassung sind (z.B. weil er Patienten aus der Poliklinik auf sich ziehen kann),

109 Vgl. zur Analyse dieses Spiels etwa Sen (1967) sowie Runge (1984).

jedoch als weniger nützlich als die Situation, in der alle Ärzte in der Poliklinik wären. Hingegen würde diese Situation von den übrigen, in der Poliklinik verbliebenen Ärzten als am wenigsten nützlich von allen Konstellationen empfunden (Auszahlungen: 3;1). Aufgrund der Symmetrieannahme gilt das Umgekehrte (Auszahlungen: 1;3), wenn der einzelne Arzt alleine in der Poliklinik verbleibt, alle übrigen hingegen in die Niederlassung gehen.

In dieser Situation eines "assurance game" erscheint es zwar nicht als gesichert, daß die für beide optimale Situation erreicht wird, andererseits aber muß es auch - anders als in Situationen, in denen das "prisoner's dilemma" eine treffende Charakterisierung liefert - keineswegs als "gesichert" gelten, daß diese Situation nicht erreicht wird.¹¹⁰ Vielmehr könnte sie dann erreicht werden, wenn zwischen den Beteiligten hinreichend Vertrauen aufgebaut werden könnte, daß auch der jeweils andere kooperiert - wie die "Geschichte" erfolgreicher Lösungen von nach dem "assurance game" strukturierten "common pool"-Problemen auch empirisch belegt (vgl. Ostrom 1990).

Abbildung 5: Niederlassung oder Poliklinik? - Das "assurance game":

| | | | |
|------|---------------|--------------|---------------|
| | | übrige Ärzte | |
| | | Poliklinik | Niederlassung |
| Arzt | Poliklinik | 4 4 | 3 1 |
| | Niederlassung | 1 3 | 2 2 |

¹¹⁰ Im "prisoner's dilemma" wird das gemeinsame Optimum deswegen besonders leicht verfehlt, weil das nicht-kooperative Verhalten die dominante Strategie ist, während im "assurance game" die Situation der beiderseitigen Kooperation ein Nash-Gleichgewicht darstellt (vgl. hierzu: Bates 1988).

An der hierfür erforderlichen Vertrauens- und Kooperationsbasis innerhalb poliklinischer Einrichtungen hat es jedoch zu diesem Zeitpunkt aus mehreren Gründen gefehlt:¹¹¹ Der Informationsstand der Ärzte über die exakten rechtlichen Zusammenhänge und die Möglichkeiten des Fortbestehens der Einrichtung war oftmals unzureichend und setzte sich - auch aufgrund der Informationspolitik westdeutscher Verbände - aus widersprüchlichen Informationen zusammen. Auch fielen die bisherigen ärztlichen Leiter der Einrichtungen häufig als Koordinatoren von Kooperation aus, teilweise weil sie (als mit dem alten Regime verquickt) von ihren Aufgaben entbunden wurden, teilweise weil sie - Informationsvorsprünge nutzend - frühzeitig eigene berufliche Alternativen zu realisieren suchten.¹¹² Von Situationen, in denen jeder Arzt jedem anderen mißtraute, daß dieser nur deswegen Interesse an einem Verbleib in der Poliklinik bekundete, um möglichst einen zeitlichen "Vorsprung" für die Niederlassung gewinnen zu können, ist vielfach berichtet worden. In diesem Kontext konnten gemeinschaftliche Aktivitäten nicht-niederlassungswilliger Ärzte (und der übrigen Beschäftigten der Einrichtungen) nicht entwickelt werden. Daher sind auch auf angekündigte Schließungen von Einrichtungen die in anderen Studien beobachteten "Rettungsaktivitäten" der Beschäftigten (Sutton 1987) auch dort kaum zu beobachten gewesen, wo die zu diesem Zeitpunkt nicht niederlassungswilligen noch einen beträchtlichen Anteil am Personalbestand ausmachten.

Wo hingegen Kommunikationsnetze funktionierten und es z.B. bei den Kollegen allgemein als integer angesehenen Poliklinikern gelang, mit "ihren" Ärzten früh eine Vertrauensbasis aufzubauen, konnte teilweise ein "Windhundrennen" um die ersten Niederlassungen verhindert werden - etwa mit der Konsequenz, daß in solchen Fällen die Bereitschaft der Träger, die Einrichtung fortzuführen, größer war, weil die aus überstürzten Niederlassungen resultierenden Folgekosten nicht anfallen würden.

4. Ein zusammenfassender Erklärungsversuch

Ausgehend von einem sehr unterschiedlich strukturierten ambulanten ärztlichen Versorgungssystem in der ehemaligen DDR war festgestellt worden, daß in einem frühen Stadium offenbar große Teile der ambulant tätigen Ärzte

111 Vgl. Interviews mew19082, mmw06091, mjw22081, mjw16012, mye24071.

112 Berichtet worden ist auch, daß ehemals leitende Ärzte von Niederlassungswilligen "durch den Hinweis auf ihre Vergangenheit zum Schweigen gebracht werden konnten" (Interview mye24071).

Präferenzen für einen Verbleib in den sie beschäftigenden Einrichtungen hatten: Den m Eigenschaften der beiden Handlungsalternativen V bzw. N wurden in dieser Ausgangssituation mit Eintrittswahrscheinlichkeiten gewichtete Nutzen und Kosten so zugesprochen, daß der subjektive erwartete Nettotonutzen des Poliklinikverbleibs $\{SEU(V)\}$ für die große Mehrzahl der Ärzte den subjektiv erwarteten Nettotonutzen der Niederlassung $\{SEU(N)\}$ überstieg. Obwohl auch nach dem Beitritt zur Bundesrepublik die "Polikliniken" zunächst zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen sind und eine Tätigkeit in ihnen rechtlich möglich wäre, ist ein großer Teil der Ärzte bereits kurze Zeit nach Eröffnung der Möglichkeit zur Niederlassung in die Freiberuflichkeit gegangen.

Für einen Teil dieser Ärzte wird der Wandel der Handlungspräferenzen auf einen Wandel ihrer Zielpräferenzen zurückzuführen sein, so daß bei gleich bleibenden Eintrittswahrscheinlichkeiten der den Handlungsalternativen zugesprochenen Eigenschaften eine Neukalkulation der $SEU(V)$ - und $SEU(N)$ -Werte resultierte: So hat - im Sinne eines entscheidungsprägenden Orientierungsrahmens - die "Orientierung am westlichen Modell" generell an Nützlichkeit gewonnen; auch hat offensichtlich das Einkommensmotiv an Priorität zugenommen. In anderen Fällen hat die gegenüber der Ausgangssituation geänderte Informationslage darüber, mit welcher Eintrittswahrscheinlichkeit welche Eigenschaften der beiden Handlungsalternativen bei gegebenen Zielpräferenzen und gegebenen Rahmenbedingungen zu erwarten sein werden (also eine durch Informationsveränderung bedingte Neukalkulation der Eintrittswahrscheinlichkeiten p_{Vj} und p_{Nj}) zu einem Umschwung der Handlungspräferenzen geführt: So ist das mit einer Niederlassung verbundene Risiko anfänglich sicherlich deutlich stärker bewertet worden als nach Verarbeitung der aus den alten Bundesländern einfließenden Informationen.

Entscheidend für den Umschwung der Handlungspräferenzen wird in den meisten Fällen aber die Neukalkulation der Eintrittswahrscheinlichkeiten infolge einer Änderung der Rahmenbedingungen ("relative Preise") gewesen sein: Vom Bundesgesetzgeber über die Vertragspartner der kassenärztlichen Versorgung auf Bundes- und Landesebene bis zu den Kreisen, Städten und Gemeinden als Trägern der Einrichtungen und Verfügungsberechtigten über die Immobilien sind Regelungen und Bedingungen geschaffen worden, die die Kosten des Verbleibs in der Poliklinik, insbesondere durch eine Heraufsetzung der Risiken des Verlustes des Arbeitsplatzes, stetig erhöhten und den Nutzen eines Verbleibs ("gute Medizin" betreiben Können) spürbar verringerten. Hinzu kam, unterhalb des Niveaus realer Änderung von Rechtsnormen, die durch Teile der westdeutschen Politik und Verbände bewirkte "Stigmatisierung" im Zusammenhang mit dem Verbleib in den Einrichtungen.

sierung" der Polikliniken, die ebenfalls in die Kalkulationen der Ärzte als risikoerhöhend einging.¹¹³

Vom Patientenverhalten, das - anders als das Handeln der übrigen Akteure - nicht intentional auf die Veränderung der Relation zwischen Niederlassungen und poliklinischen Arbeitsplätzen ausgerichtet ist, diese aber dennoch unintendiert beeinflußt, gehen keine eindeutigen Wirkungen aus, da - wie gesehen - unter bestimmten Umständen ein Arzt hieraus auch verstärkt an einem Verbleib in der Einrichtung interessiert sein könnte. Insgesamt werden jedoch auch aus dem Patientenverhalten die Anreize, in die Niederlassung zu wechseln, überwiegen.

Schließlich wurde deutlich, daß die Kosten des Verbleibs in der Einrichtung ihrerseits sowohl aufgrund der Bildung der Zielpräferenzen als auch im Zusammenhang mit der Kalkulation von Eintrittswahrscheinlichkeiten der Handlungsalternativen mit der Zahl der in die Niederlassung gegangenen Ärzte ansteigen. Damit aber tritt zusätzlich ein dynamisches Element in den Umwandlungsprozeß ein: Niederlassungen erhöhen die Kosten des Verbleibs in der Einrichtung und ziehen damit weitere Niederlassungen nach sich, die wiederum die Kosten des Verbleibs in den Einrichtungen erhöhen.¹¹⁴

"Ausgelöst" wurde die Niederlassungsdynamik von denjenigen Ärzten, deren Zielpräferenzen bereits in der Ausgangssituation einen Nettonutzenüberschuß zugunsten der Niederlassung aufwiesen. Relativ rasch kamen diejenigen hinzu, bei denen bereits kleine Änderungen der Zielpräferenzen oder der Informationslage ausreichten, einen Umschwung in der Nettonutzenrelation und damit bei den Handlungspräferenzen zu bewirken. Die Setzung der Rahmenbedingungen durch die korporativen Akteure bewirkte für alle noch nicht zur Niederlassung entschlossenen Ärzte eine deutliche Verringerung des SEU (V)-Wertes, woraus in vielen Fällen ein Umschwung der Handlungspräferenz resultierte. In Fällen von Kündigungen des Arbeitsverhältnisses durch den Träger der Einrichtung reduzierte sich, zum Beispiel, die Entscheidung auf die Frage "Niederlassung oder Aufgabe des Berufes". Die somit zunehmenden Niederlassungen bewirkten schließlich eine weitere Verringerung des SEU (V)-Wertes bei bislang noch nicht niederlassungswilligen Ärzten.

113 Zur durch Stigmatisierung in ihrem Bestand gefährdeter Institutionen ausgelösten "self-fulfilling prophecy" vgl. Sutton/ Callahan 1987.

114 Vgl. zur Modellierung solcher Dynamiken interdependenter Nutzen- und Kostenfunktionen etwa Granovetter (1978) sowie Granovetter/ Soong (1986).

Der "Schwellenwert", bei dem aus einer Verringerung der Eintrittswahrscheinlichkeit nutzentragender Eigenschaften des Poliklinikverbleibs und einer Erhöhung der Eintrittswahrscheinlichkeit nutzentragender Eigenschaften der Niederlassung - kurz: einer relativen Mehrung des Erwartungsnutzens der Niederlassung - ein "Umkippen" der Handlungspräferenz resultiert, ist zwischen den einzelnen Individuen unterschiedlich. Dadurch, daß die eigene Kalkulation der Eintrittswahrscheinlichkeiten auch vom erwarteten und beobachteten Verhalten der anderen Ärzte abhängt, wird eine "Spirale" in Gang gesetzt. Diese mündet dann in ein Gleichgewicht, wenn nur noch diejenigen Ärzte, die aufgrund persönlicher Faktoren (geringe Belastbarkeit, Alter) zu einer Niederlassung objektiv nicht in der Lage sind, in den Polikliniken beschäftigt bleiben: Bei diesen Ärzten wird der Schwellenwert zum Wechsel in die Niederlassung auch am Ende des dynamischen Prozesses nicht überschritten. Ihre weitere berufliche Zukunft ist somit in erster Linie nicht mehr von der eigenen Entscheidung abhängig: Vielmehr entscheidet bis 1995 der Träger der Einrichtung und nach 1995 auch der Zulassungsausschuß über den weiteren Betrieb der Poliklinik und damit über die Möglichkeit dieser Ärzte, ambulant ärztlich tätig sein zu können.

Literatur

- Apelt, Peter, 1991: Gleichheit und Ungleichheit im Gesundheitswesen der DDR. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 16, 27-33.
- Arnold, Michael/ Berndt Schirmer, 1990: *Gesundheit für ein Deutschland. Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Arrow, Kenneth J., 1987: Rationality of Self and Others in an Economic System. In: Robin M. Hogarth/ Melvin W. Reder, *Rational Choice. The Contrast between Economics and Psychology.* Chicago: University of Chicago Press, 201-216.
- Bates, R. H., 1988: Contra Contractarianism: Some Reflections on the New Institutionalism. In: *Politics and Society* 16, 387-401.
- BerG [Beratungsdienst Gesundheitszentrum Brandenburg], 1991: Liquiditätsprobleme und "strukturelle Finanzierungslücken" in Kreisen und Gemeinden der neuen Bundesländer als Folge des ungeordneten und häufig überstürzten Wandels in der ambulanten medizinischen Versorgung. Vervielfältigtes Manuskript [Potsdam].
- BerG [Beratungsdienst Gesundheitszentrum Brandenburg], 1991a: Zur Wirtschaftlichkeitsanalyse der ärztlichen Abteilungen. Vervielfältigtes Manuskript [Potsdam].
- BKK-Bundesverband Stabsabteilung Unternehmensplanung, 1990: Ergebnisse einer Repräsentativumfrage in der DDR zur betrieblichen Krankenversicherung. Vervielfältigtes Manuskript [Essen].
- Butterfaß, Eva, 1986: Freie Ärzteverbände - Gewerkschaften oder Berufsverbände? In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 11, 30-34.
- Dawes, Robyn M., 1988: *Rational Choice in an Uncertain World.* New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Elster, Jon, 1983: *Sour Grapes. Studies in the Subversion of Rationality.* Cambridge: Cambridge University Press.

- Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", [1990]: Schlußbericht. Bundestags-Drucksache 11/ 6380.
- Erdmann, Yvonne, 1991: Zur Entstehung der Ärzteverbände in Ostdeutschland. Unveröffentlichtes Manuskript. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Esser, Hartmut, 1990: "Habits", "Frames" und "Rational Choice". Die Reichweite von Theorien der rationalen Wahl. In: Zeitschrift für Soziologie 19 (4), 231-247.
- Festinger, L., 1957: A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford: Stanford University Press.
- Forschungsgruppe Wahlen e.V., 1991: ZDF - Politbarometer/ Gesundheitsjournal Praxis: Zweiklassenmedizin? Vervielfältigtes Manuskript, [Mannheim].
- Frick, Joachim/ Peter Krause/ Johannes Schwarze, 1991: Haushalts- und Erwerbseinkommen in der DDR. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 43, 334-343.
- Geigant, Friedrich, 1986: Niederlassung in freier Praxis - Noch Gegenwart oder schon Vergangenheit? In: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens. Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik/ Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Saarbrücken 1985, Berlin: Duncker&Humblot, 305-322.
- Gornig, Martin/ Johannes Schwarze, 1990: DDR: Hohe pauschale Lohnsteigerungen gefährden die Wettbewerbsfähigkeit. In: DIW-Wochenbericht, 441-446.
- Granovetter, Mark, 1978: Threshold Models of Collective Behavior. In: American Journal of Sociology 83, 1420-1443.
- Granovetter, Mark/ Roland Soong, 1986: Threshold Models of Interpersonal Effect in Consumer Demand. In: Journal of Economic Behavior and Organization 7, 83-99.

- Groser, Manfred, 1992: Gemeinwohl und Ärzteinteressen - Die Politik des Hartmannbundes. In: Renate Mayntz (Hrsg.): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 162-210.
- Grunenberg, Antonia, 1990: "Ich finde mich nicht mehr zurecht..." - Drei Thesen zur Krise in der Gesellschaft der DDR. In: Die DDR auf dem Weg zur Deutschen Einheit. Probleme, Perspektiven, offene Fragen. Dreiundzwanzigste Tagung zum Stand der DDR-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland 5. bis 8. Juni 1990, Köln: Edition Deutschland Archiv, 47-58.
- Harych, Horst, 1990: Zur Zukunft der Polikliniken und der ambulanten Versorgung in der DDR. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. Sankt Augustin: Asgard, 99-104.
- Häussler, Bertram/ Wilhelm F. Schröder/ Ingolf Schulz, 1990: Das Betriebsgesundheitswesen der DDR - Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. Berlin: Hrsg.: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH .
- Heiner, Ronald, 1983: The Origin of Predictable Behavior. In: American Economic Review 73, 560-595.
- Henke, Klaus-Dirk, 1990: Das Gesundheitswesen im gesamtdeutschen Einigungsprozeß. In: Wirtschaftsdienst, 7/ 1990, S. 353 ff..
- Hofemann, Klaus, 1991: Polikliniken im Umbruch. Eine empirische Bestandsaufnahme zur Diskussion des Umwandlungsprozesses in Ostdeutschland. In: Die Ortskrankenkasse 73, 669-672.
- Hogarth, R. M./ M. W. Reder (Hrsg.), 1987: Rational Choice: The Contrast between Economics and Psychology. : University of Chicago Press.
- Huber, Ellis, 1990: Zukunft für die Polikliniken und Ambulatorien. Integrierte Gesundheitszentren und andere Strategien zur ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland. Berlin: Hrsg.: Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin.

- Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1990: Das Gesundheitswesen. Jahresgesundheitsbericht 1989 für das Gebiet der ehemaligen DDR. Berlin: Ärztebuch.
- Jacobs, Klaus/ Wilhelm F. Schröder, 1991: Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. Geordneter Wandel in der ambulanten medizinischen Versorgung: Das "Brandenburg-Modell" der Umstrukturierung. In: Arbeit und Sozialpolitik Nr. 5-6, 4-13.
- Kahneman, Daniel/ Amos Tversky, 1979: Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk. In: *Econometrica* 47, 263-91.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1991: Entscheidungshilfen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Neuorganisation bisheriger poliklinischer Einrichtungen in den fünf neuen Bundesländern und Berlin-Ost. Hrsg.: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1991a: Tätigkeitsbericht 1990 für die Zeit von November 1989 bis Dezember 1990. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Korbanka, Christian, 1990: Das Gesundheitswesen in der DDR. Darstellung und Effizienzanalyse. Köln: Müller-Botermann.
- Kruse, Udo/ Silke Kruse, 1991: Neue Bundesländer: Geborgenheit des Sozialismus wird nicht vermißt. In: Arbeit und Sozialpolitik, 10-15.
- Lancaster, K., 1971: Consumer Demand. A New Approach. New York.
- Langlois, Richard N., 1987: Rationality, Institutions, and Explanation. In: Richard N. Langlois (Hrsg.), *Economics as a Process: Essays in the New Institutional Economics*. Cambridge: Cambridge University Press, 225-255.
- Leibenstein, H., 1950: Bandwagon, Snob and Veblen Effects in the Theory of Consumer's Demand. In: *Quarterly Journal of Economics* 64, 183-207.
- Lindenberg, Siegwart, 1984: Preference versus Constraints. In: *Journal of Institutional and Theoretical Economics/ Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft* 140, 96-103.
- Lindenberg, Siegwart, 1986: Individual Economic Ignorance Versus Social Production Functions and Precarious Enlightenment. In: *Journal of Institu-*

tional and Theoretical Economics/ Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft 142, 20-26.

Lucas, Robert E., 1986: Adaptive Behaviour and Economic Theory. In: Robin M. Hogarth/ Melvin W. Reder (Hrsg.), Rational Choice - The Contrast between Economics and Psychology. Chicago: The University of Chicago Press, 217-242.

Manow-Borgwardt, Philip, 1991: Strategien gesundheitspolitischer Akteure im Prozeß der deutschen Vereinigung. Unveröffentlichtes Manuskript, Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

March, James G., 1978: Bounded Rationality, Ambiguity, and the Engineering of Choice. In: Bell Journal of Economics 9, 587-608.

Neubauer, Günther/ Rebscher, 1984: Gemeinsame Selbstverwaltung. Spardorf.

Neumann, John v./ Oskar Morgenstern, 1944: Theory of Games and Economic Behavior. Princeton.

North, Douglass C., 1986: The New Institutional Economics. In: Journal of Institutional and Theoretical Economics 142, 230-7.

Opp, Karl-Dieter, 1984: Rational Choice and Sociological Man. In: Erik Boettcher/ Philipp Herder-Dorneich/ Karl-Ernst Schenk (Hrsg.), Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Band 3. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 1-16.

Opp, Karl-Dieter, 1991: DDR 89. Zu den Ursachen einer spontanen Revolution. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 43, 302-321.

Ostrom, Elinor, 1990: Governing the Commons: the Evolution of Institutions for Collective Action. Cambridge: Cambridge University Press.

Porsch, Bernhard/ Martin Abraham, 1991: Die Revolution in der DDR. Eine strukturell-individualistische Erklärungsskizze. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 43, 291-301.

Riker, William/ Peter C. Ordeshook, 1973: An Introduction to Positive Political Theory. New York: Englewood Cliffs.

- Ronning, Gerd, 1991: Mikroökonomie. Berlin: Springer.
- Runge, Carlisle Ford, 1984: Institutions and the Free Rider: The Assurance Problem in Collective Action. In: Journal of Politics 46, 154-81.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991. Baden-Baden: Nomos.
- Scharpf, Fritz W., 1991: Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des Zwanzigsten Jahrhunderts. MPIfG Discussion Paper 91/10. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Scherhorn, Gerhard, 1981: Methoden und Chancen einer Beeinflussung der Konsumenten zur rationalen Überprüfung von Präferenzen. In: Reinhard Tietz (Hrsg.), Wert- und Präferenzprobleme in den Sozialwissenschaften, Berlin: Duncker u. Humblot, 171-194.
- Schneider, K./ Otto Weiss/ Gerhard Wolfram, 1990: Die ambulante medizinische Versorgung in der DDR - Entwicklung und aktuelle Probleme unter besonderer Beachtung der Polikliniken. Vervielfältigtes Manuskript, ISOG (Hrsg.), [Berlin].
- Schoemaker, Paul J.H., 1982: The Expected Utility Model: Its Variants, Purposes, Evidence and Limitations. In: Journal of Economic Literature 20, 529-563.
- Schönbach, Karlheinz (Hrsg.), 1991: Das Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Leitfaden mit Textsammlung. Baden-Baden: Nomos.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der, 1981: Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen. Tübingen: Mohr.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der, 1987: Verbände als Interessenswahrer von Berufsgruppen im Gesundheitswesen. In: Leonhard Männer/ Günter Sieben (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Gerlingen: Bleicher, 373-418.
- Sen, A. K., 1967: Isolation Assurance and the Social Rate of Discount. In: Quarterly Journal of Economics 81, 172-224.

- Simon, Herbert A., 1955: A Behavioral Model of Rational Choice. In: Quarterly Journal of Economics 69, 99-118.
- Simon, Herbert A., 1956: Rational Choice and the Structure of the Environment. In: Psychological Review 63, 129-138.
- Stigler, George J./ Becker, Gary S., 1977: De gustibus non est disputandum. In: American Economic Review 67, 76-90.
- Sutton, Robert I., 1987: The Process of Organizational Death: Disbanding and Reconnection. In: Administrative Science Quarterly 32, 542-569.
- Sutton, Robert I./ Anita L. Callahan, 1987: The Stigma of Bankruptcy: Spoiled Organizational Image and its Management. Vervielfältigtes Manuskript, [Stanford].
- Tietzel, Manfred, 1988: Zur Theorie der Präferenzen. In: Erik Boettcher/ Philipp Herder-Dorneich/ Karl-Ernst Schenk (Hrsg.), Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie. Band 7. Interdisziplinarität - Voraussetzungen und Notwendigkeiten. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 38-71.
- Tietzel, Manfred/ Marion Weber/ Otto F. Bode, 1991: Die Logik der sanften Revolution. Eine ökonomische Analyse. Walter Eucken Institut, Vorträge und Aufsätze 133, Tübingen: Mohr.
- Turner, Ralph H., 1991: The Use and Misuse of Rational Models in Collective Behavior and Social Psychology. In: Archives Européennes de sociologie 32, 84-108.
- Tversky, Amos/ Daniel Kahneman, 1986: Rational Choice and the Framing of Decision. In: The Journal of Business 59, 251-278.
- Volpp, Kevin, 1991: The Structure of Health Care Delivery in Communist East Germany. In: Medizin Mensch Gesellschaft 16, 3-13.
- Wasem, Jürgen, 1991: Die Finanzierung der Krankenversicherung im vereinigten Deutschland. In: Die Krankenversicherung 42, 32-38.
- Webber, Douglas, 1992: Die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. In: Renate Mayntz (Hrsg.): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 211-272.

- Weber, Axel, 1990: Das Gesundheitswesen in der DDR. In: Soziale Sicherheit, 87-92.
- Weiss, Otto/ Gerhard Wolfram/ Peter Köhler, 1990: Die Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der DDR. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. Sankt Augustin: Asgard, 96-98.
- Weizsäcker, C. C. v., 1971: Notes on Endogenous Change of Tastes. In: Journal of Economic Theory 3, 345-372.
- Wiesenhütter, Peter, 1991: Wandeln sich die Arzt-Patienten-Beziehungen in Ostdeutschland? In: Medizin Mensch Gesellschaft 16, 21-26.
- Wiesenthal, Helmut, 1987: Rational Choice. Ein Überblick über Grundlinien, Theoriefelder und neuere Thementenakquisition eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas. In: Zeitschrift für Soziologie 16, 434-449.
- Wiesenthal, Helmut, 1990: Unsicherheit und Multiple-Self-Identität: Eine Spekulation über die Voraussetzungen strategischen Handelns. MPIfG Discussion Paper 90/2. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Zerche, Jürgen, 1988: Das Gesundheitssicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland. Regensburg: Transfer.